

SAÚDE:

ASPECTOS GERAIS

VOLUME 2

Organizadora:

Andréa Kedima Diniz Cavalcanti Tenório

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

VOLUME 2

Organizadora:
Andréa Kedima Diniz Cavalcanti Tenório


EDITORA
OMNIS SCIENTIA

Editora Omnis Scientia

SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

Volume 2

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadora

Andréa Kedima Diniz Cavalcanti Tenório

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S255 Saúde [livro eletrônico] : aspectos gerais: volume 2 / Organizadora
Andréa Kedima Diniz Cavalcanti Tenório. – Triunfo, PE: Omnis
Scientia, 2022.
209 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-89-6

DOI 10.47094/978-65-88958-89-6

1. Saúde. 2. Atenção à saúde. 3. Doenças – Prevenção.
I. Tenório, Andréa Kedima Diniz Cavalcanti.

CDD 610

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A concepção de saúde sofreu fortes modificações ao longo do tempo, passando de apenas a ausência de doenças, até um estado de completo bem-estar biopsicossocial e espiritual, que por conseguinte, determina-se a partir de múltiplos fatores. Demandando dos profissionais de saúde uma visão holística capaz de contemplar o processo saúde-doença em sua complexidade.

A compreensão da multidimensionalidade do processo de adoecimento, bem como, os diversos problemas de saúde pública da contemporaneidade, como: a escassez de recursos, o envelhecimento populacional, as alterações climáticas, as doenças emergentes e reemergentes, as doenças crônicas, e até a pandemia, tornam imprescindível que tenhamos uma visão cada vez mais ampliada no contexto assistencial e de saúde pública.

Ademais, as práticas de saúde na atualidade devem fundamentar-se na prática baseada em evidências, seguindo os mais criteriosos métodos científicos, e proporcionando uma assistência de qualidade à população. Assim sendo, este livro possui 19 capítulos e abrange diferentes perspectivas e práticas, numa abordagem interdisciplinar da saúde, contemplando diferentes especialidades, como: enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia, farmácia e nutrição.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo aos autores, e entre os excelentes trabalhos que compõem esta obra, o premiado foi o capítulo 01, intitulado “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM REGIME HEMODIALÍTICO PÓS-COVID-19”.

A organizadora

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....13

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM REGIME HEMODIALÍTICO PÓS COVID-19

Raphaella Castro Jansen

Vitória Costa Oliveira

Alicyregina Simião Silva

José Erivelton de Souza Maciel Ferreira

Joelita de Alencar Fonseca Santos

Francisco Walyson da Silva Batista

Letícia Pereira Felipe

Tiago Araújo Moreira

Marks Passos Santos

Camille Catunda Rocha Moreira

Christianne Vieira Limaverde Costa Garcia

José Garibaldi Vieira

Frankeline Pereira Abreu

Hármilla Hádilla Paz Paiva

Janna Helca Duarte Carneiro da Costa Cardoso

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/13-27

CAPÍTULO 2.....28

A AUTOMEDICAÇÃO PRATICADA POR FREQUENTADORES DE UMA FARMÁCIA DE VITÓRIA-ES DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Cláudia Janaina Torres Müller

Jeise Stefane de Jesus Oliveira

Karliene de Abreu Da Silva

Odilon Azevedo Calian

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/28-43

CAPÍTULO 3.....	44
CONSUMO DE ANOREXÍGENOS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO ENTRE JANEIRO/2019 A AGOSTO/2021	
Cláudia Janaina Torres Müller	
Bianca Carminati Schmidt	
Karine Lorrayne da Silva Kuhn de Andrade	
Odilon Azevedo Calian	
DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/44-58	
CAPÍTULO 4.....	59
BURNOUT EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CORRELAÇÕES COM PERFIL SOCIOCULTURAL E PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA	
Marco Aurelio Cândido de Melo	
Amado Daniel Antiba	
DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/59-81	
CAPÍTULO 5.....	82
METODOLOGIA DE PESQUISA BIOMÉDICA ORIENTADA PARA A GRADUAÇÃO EM MEDICINA	
Bruna Marina Ferrari dos Santos	
Cristiano Hayoshi Choji	
Raphael Adilson Bernardes	
Priscila Buosi Rodrigues Rigolin	
Fernando Antônio Mourão Valejo	
Rodrigo Sala Ferro	
Bárbara Modesto	
Fernando Coutinho Felicio	
Rodrigo Santos Terrin	
DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/82-91	

CAPÍTULO 6.....92

DISPLASIA FIBROSA ÓSSEA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Luís Victor Silva Ribeiro

Amanda Cristina L. Saraiva

Carla Oliveira Machado

Dalila Pereira do Nascimento

Jaila Arruda Pereira

Joelson Ferreira Santana

Mateus Gomes Leal

Ivigna Neves Ferraz Oliveira

Rita de Cássia Dias Viana Andrade

Maria da Conceição Andrade de Freitas

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/92-101

CAPÍTULO 7.....102

GRAVIDEZ X GESTANTE: A IMAGEM DE SI MESMA

Cássia Rozária da Silva Souza

Cheila Maria Lins Bentes

Cássia Camila de Oliveira Araújo

Heloísa Maria Martins Pérez

Lanna Dávila Santos Monteiro

Thaynara Ramires de Farias Carvalho

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/102-113

CAPÍTULO 8.....114

PERCEPÇÃO DE PARTURIENTES DIANTE A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Camila Lima Moraes dos Santos

Pedro Vitor Mendes Santos

Mickaelle Bezerra Calaça

José Martins Coelho Neto

Odileia Martins Silva

Rafaela Ferreira Vilanova

Ana Carla Marques da Costa

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/114-127

CAPÍTULO 9.....128

NUTRIÇÃO E IMUNIDADE NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Flávia Pereira da Silva Cipriano Fraga de Oliveira

Lizia Camilla Nunes Maia

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/128-138

CAPÍTULO 10.....139

A PANDEMIA E SEUS REFLEXOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL E AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Evellyn Dos Santos Rios

Karina Lane Campos Andrade

Lara Bastos Lopes

Polyana Bastos Araújo

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/139-150

CAPÍTULO 11.....151

TREINO MUSCULAR INSPIRATÓRIO: THRESHOLD OU POWERBREATHE? UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Leisly Carolini Maurer

Carolini Paulo do Nascimento

Caroline Camelo de Silos

Gabrielle Watermann Vieira

Felipe Figueiredo Moreira

Pamela Taina Licovisk

Josiane Lopes

Giovana Frazon Andrade

Ana Carolina Dorigoni Bini

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/151-162

CAPÍTULO 12.....163

**PERCEÇÃO DOS IDOSOS SOBRE PRESSUPOSTO DOS PROJETOS DE VIDA:
REVISÃO DE LITERATURA**

Cássia Rozária da Silva Souza

Lanna Dávila Santos Monteiro

Marianina Cerbina Grisi Pessoa Costa

Mônica Andréia Lopez Lima

Yone Almeida da Rocha

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/163-172

CAPÍTULO 13.....173

**RESULTADOS NA MARCHA EM PACIENTES QUE REALIZAM FISIOTERAPIA
ASSOCIADA A DUPLA TAREFA: REVISÃO DE LITERATURA**

Larissa Cristina Heis

Rafaela Nardi Desconsi

Vítor Augusto Fronza

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/173-183

CAPÍTULO 14.....184

**PAPEL DO ENFERMEIRO COMO FACILITADOR DO TRABALHO DE PARTO
HUMANIZADO: REVISÃO NARRATIVA**

Maria Yunaria Noia Lima Ferreira

Leyla Gerlane de Oliveira Adriano

Amanda Karoliny Meneses Resende Fortes

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/184-194

CAPÍTULO 15.....195

MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS DA INFECÇÃO POR *Helicobacter Pylori* – UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Gabriell Simões de Castro

Luiz Henrique Souza Fantini

Matheus Portilho Esteves Lima

Danielle Cristina Zimmermann Franco

DOI: 10.47094/978-65-88958-89-6/195-203

BURNOUT EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CORRELAÇÕES COM PERFIL SOCIOCULTURAL E PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA

Marco Aurelio Cândido de Melo¹;

Médico de Família e Comunidade; Doutor em Ciências Biomédicas pelo Instituto Universitário Italiano de Rosário-IUNIR-Argentina, Docente de Graduação da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) e da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde (UNIRV)-Extensão Goiânia-Goiás-Brasil.

Amado Daniel Antiba².

Psicólogo Clínico; Pós-Doutor em Docência e Investigação e Doutor em Ciências Biomédicas pelo Instituto Universitário Italiano de Rosário-IUNIR-Argentina, Diretor e Docente de Graduação da Faculdade de Psicologia da Instituto Universitário Italiano de Rosário-IUNIR-Argentina.

RESUMO: O estresse no trabalho é determinado pela percepção de que o trabalhador tem as demandas existentes no local de trabalho e por sua capacidade de lidar com elas. Em geral, podemos definir o burnout como “doença crônica associada às demandas de adaptação e às demandas de trabalho, cujo desenvolvimento é insidioso e muitas vezes não reconhecido pelo indivíduo com múltiplos sintomas, exaustão emocional predominante”. A qualidade de vida é definida pela OMS como: “ a autopercepção de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valor em que você vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações “. Essa definição da OMS implica implicitamente a ideia de que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e inclui elementos positivos e negativos de avaliação. A categoria profissional de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi criada no contexto das reformas sanitárias, iniciadas no Brasil a partir do final dos anos 80, com a nova Constituição e a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). O ACS apresenta como pré-condição ser residente da área atendida pela Equipe de Saúde da Família (ESF), característica única entre os profissionais de saúde. Este estudo teve como objetivo determinar a prevalência da síndrome de burnout nos ACS e sua correlação com o perfil socioeconômico e cultural e a percepção de qualidade de vida dos mesmos, no município de Goiânia-Goiás, cujos instrumentos foram um questionário sobre dados sociodemográficos e a aplicação de dois questionários validados para investigar a presença da SB e avaliar a qualidade de vida. A amostra foi de 50 ACS entrevistados entre julho e agosto de 2015, demonstrando que 26 ACS possuíam SB, segundo os critérios de Grunfeld et al. As características sociodemográficas e comportamentais dos ACS, suas avaliações de qualidade de vida foram apresentadas com uma análise bivariada entre elas. ACS com a SB também foram apresentados em suas diferentes dimensões:

exaustão emocional, despersonalização e baixo desempenho profissional e suas inter-relações. As inter-relações entre as dimensões do burnout e os domínios de qualidade de vida foram feitas com uma análise bivariada das dimensões entre as duas variáveis. Uma das consequências destes estudos que descreveram e analisaram as peculiaridades das condições de trabalho e insalubres da ACS, foi a aprovação, em 13 de setembro de 2017, pelo Senado Federal do do projeto de lei da Câmara dos Deputados (PLC) 56/2017, que regulamentou a atuação de ACS. Foram definidos pelo projeto uma carga horária 40 horas, divididas em 30 horas semanais para atividades externas de visitas domiciliares e outras ações de campo e mais de 10 horas semanais para atividades de planejamento e avaliação das ações. As mudanças feitas pelo projeto também permitirão que a ACS se afastem mais da comunidade em que frequentam (se reside em sua própria casa) reduzindo fatores de risco para os transtornos de estresse laboral como a própria SB.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde. Burnout. Qualidade de Vida.

BURNOUT IN COMMUNITY HEALTH AGENTS: CORRELATIONS WITH SOCIOCULTURAL PROFILE AND PERCEPTIONS OF QUALITY OF LIFE

ABSTRACT: Work stress is determined by the perception that the worker has the existing demands in the workplace and by his/her ability to deal with them. In general, we can define burnout as “a chronic disease associated with adaptation demands and work demands, whose development is insidious and often not recognized by the individual with multiple symptoms, predominant emotional exhaustion”. Quality of life is defined by who as: “ self-perception of your position in life in the context of culture and value systems in which you live and in relation to your goals, expectations, standards and concerns “. This definition of the WHO implicitly implies the idea that the concept of quality of life is subjective, multidimensional and includes positive and negative elements of evaluation. The professional category of Community Health Agent (CHA) was created in the context of health reforms, initiated in Brazil from the end of the 1980s, with the new Constitution and the structure of the Unified Health System (SUS). The CHA presents as a precondition being a resident of the area assisted by the Family Health Team (ESF), a unique characteristic among health professionals. This study aimed to determine the prevalence of burnout syndrome in CHA and its correlation with socioeconomic and cultural profile and their perception of quality of life in the city of Goiânia-Goiás, whose instruments were a questionnaire on sociodemographic data and the application of two validated questionnaires to investigate the presence of BS and assess quality of life. The sample consisted of 50 CHA interviewed between July and August 2015, demonstrating that 26 CHA had BS, according to the criteria of Grunfeld et al. The sociodemographic and behavioral characteristics of the CHA, their quality of life assessments were presented with a bivariate analysis among them. CHA with BS were also presented in their different dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and low

professional performance and their interrelationships. The interrelationships between the burnout dimensions and the quality of life domains were made with a bivariate analysis of the dimensions between the two variables. One of the consequences of these studies that described and analyzed the peculiarities of the working and unhealthy conditions of the CHA, was the approval, on September 13, 2017, by the Federal Senate of the bill of the House of Representatives (PLC) 56/2017, which regulated the performance of CHA. The project defined a 40-hour workload, divided into 30 hours per week for external activities of home visits and other field actions and more than 10 hours per week for planning and evaluation activities of actions. The changes made by the project will also allow the CHA to move further away from the community in which they attend (if they live in their own home) reducing risk factors for work stress disorders such as the syndrome itself

KEY-WORDS: Health Community Agent-Burnout-Quality of Life.

INTRODUÇÃO

O Programa saúde da família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994. No entanto, é a partir de 1998 que o programa se consolida como estratégia de estruturação de um modelo de atenção à saúde que prioriza ações baseadas nos princípios da territorialidade, inter-setorialidade, descentralização e equidade corresponsáveis, priorizando os grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, ou seja, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS¹.

O Programa Saúde da Família no Brasil é composto basicamente por uma equipe de atenção à saúde, formada desde o início de sua aplicação, por um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A partir de 2000, foram incluídas equipes de saúde bucal. Os dados sobre o número de equipes de saúde da família foram registrados oficialmente desde 1998, com a implantação do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Assim, a estimativa média populacional da cobertura de FPH no Brasil só é possível após 1998; uma vez calculada a proporção da população abrangida pelo programa, o número de equipes de saúde da família em cada cidade pode ser levado em conta².

A categoria profissional de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi criada no contexto das reformas sanitárias, iniciadas no Brasil a partir do final dos anos 80, com a nova Constituição e a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos principais objetivos dessas mudanças foi a reorganização do sistema de saúde do país. O ACS apresenta como pré-condição para serem residentes da área atendida pela Equipe de Saúde da Família (ESF), característica única entre os profissionais de saúde. Por causa dessa exigência, praticamente esse agente não tem plano de trabalho conjunto e realiza atividades às vezes não padronizadas, o que demonstra as diferenças entre o trabalho prescrito e o real, o que leva a uma sobrecarga de atividades³.

As inúmeras tarefas contidas nas atribuições da ACS, percebidas em seus relatórios, possibilitam identificar uma contradição entre o trabalho prescrito nos manuais e padrões e suas tarefas reais no cotidiano. O significado que esse trabalhador faz de seu trabalho e da lógica imposta, com características relacionadas à organização baseada em Taylor, são expressos na cobrança de produtividade por objetivos, ritmos excessivos e prazos curtos, além da execução de tarefas sobrepostas e sem planejamento cronológico, bem como interrupções e intervenções constantes. O conteúdo de algumas ações, que não são atribuições normativas da ACS, eventualmente se tornam parte do seu cotidiano e requerem muita energia. Além disso, há uma carga emocional que se refere a situações de extrema pobreza, doença e degradação humana vivenciadas no seu dia-a-dia e aos moradores daquela comunidade³.

O estresse relacionado ao trabalho é determinado pela percepção do trabalhador sobre as demandas no local de trabalho e por sua capacidade de lidar com elas⁵.

Nesse processo, surge a síndrome de Burnout (SB), fenômeno que seria gerado como resposta aos estressores ocupacionais crônicos (Maslach et al., 2001). A expressão burnout (traduzida como “queima após burnout”) expressa exaustão emocional progressiva, associada a um grau de desumanização e falta de comprometimento em situações de alta demanda por emprego. O termo passou a ser usado como metáfora para explicar o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho⁶.

Christina Maslach, psicóloga social de pesquisadores da Universidade da Califórnia (UC), deduziu principalmente através de estudos com profissionais de saúde e serviços sociais que pessoas com burnout tinham atitudes negativas e desprendimento pessoal. Christina Maslach, Pino Ayala e Gary Cherniss foram estudiosos que popularizaram o conceito de burnout e o legitimaram como um grande problema social (Farber, 1991). Nesta fase foi adotada a termo síndrome de burnout (SB). Caracterizando-se o primeiro momento como uma resposta inadequada ao estresse crônico acompanhado de tédio e fadiga (Maslach, 1978). Em 1986, os autores referiram-se ao processo de burnout como um processo de perda gradual de responsabilidade e interesse dos trabalhadores do serviço⁷.

Segundo Wood-Dauphinee, o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar. Ele abordou o apoio do governo às classes sociais das pessoas desfavorecidas e o impacto em suas vidas e no orçamento do governo. Ele não era valorizado e foi esquecido. De acordo com Fleck et al., o termo qualidade de vida foi usado pela primeira vez por Lyndon Johnson em 1964, o então presidente dos Estados Unidos da América, que declarou: “[...] as metas não podem ser medidas pelo balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos pela qualidade de vida que oferecem às pessoas⁸.

Como resultado das funções multidimensionais da atividade da ACS, o presente estudo tem como contribuição, a tentativa de compreender o trabalho do mesmo com uma nova abordagem, para uma melhor compreensão e proteção contra as doenças ocupacionais

que elas possam ter, desenvolvendo estratégias para enfrentar suas situações de estresse no trabalho.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal com três variáveis, duas independentes (perfil socioeconômico-cultural e percepção de qualidade de vida) e uma dependente (Burnout). A coleta de dados foi realizada após a aprovação dos comitês de ética em pesquisa do Instituto Universitário Italiano de Rosário (IUNIR/Argentina) em junho de 2013 e da Plataforma Brasil (CONEP) vinculada à Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGO/Brasil) em maio de 2015, após autorização formal do Ministério da Saúde do Município de Goiânia, em junho de 2015. Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador por meio de inquéritos semiestruturados entre julho e agosto de 2015. Após esclarecimentos do pesquisador e aceitação formal e voluntária para participar do estudo, os ACS responderam individualmente às entrevistas. Os questionários serão realizados após consulta prévia com os agentes comunitários de saúde em cada uma de suas unidades básicas de saúde, em locais que garantem a privacidade dos participantes. A técnica de coleta de dados estimulou o afloramento da subjetividade e proporcionou aos sujeitos maior interação com o objeto do estudo - trabalho e situações percebidas como fontes de estresse. Assim, foram realizadas entrevistas sobre o tema, tendo em vista que a representação de um fenômeno para um indivíduo envolve questões não palpáveis. Todos os sujeitos participantes do estudo assinaram consentimento informado.

Amostra

A população-alvo inclui os agentes comunitários de saúde distribuídos nas 60 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Goiânia-província de Goiás e que possuem equipes da estratégia de saúde da família em 2015. De acordo com os dados coletados em julho de 2015 na secretaria de recursos humanos de saúde do município de Goiânia, há um total de 495 agentes comunitários de saúde matriculados em 176 equipes de saúde da família. Essas equipes estão distribuídas em 60 UBS em 6 distritos sanitários de Goiânia. Todos os agentes comunitários de saúde ativos com pelo menos seis meses de trabalho nessas unidades básicas de saúde foram escolhidos para o estudo no início do estudo, em julho de 2015. Excluídas as que estavam em licença médica, de atividade ou férias no período de investigação.

Variáveis e ferramentas de pesquisa

Para a determinação dos dados sociodemográficos e questões relacionadas ao trabalho e à saúde do entrevistado, foi elaborado um questionário com as **seguintes variáveis**: idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, renda familiar, tempo de residência na área de trabalho, número de famílias cadastradas, tempo de trabalho como ACS, exercício de outra atividade remunerada, participação em estudos e atividades de treinamento, atividade física, atividades de lazer e uso de medicamentos (ansiolíticos, sedativos, estimulantes e moduladores de humor).

O Inventário de Burnout de Maslach (MBI) foi usado para determinar a SB. O MBI foi desenvolvido por Maslach e Jackson (1981), usado como instrumento para identificar o grau de burnout profissional. Aborda três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal (decepção). A combinação de níveis de exaustão, despersonalização e decepção do grau de exaustão. Portanto, o grau de exaustão corresponde a escores elevados nas três dimensões ao mesmo tempo; os graus moderados refletem níveis moderados, e notas baixas indicam notas baixas nos três aspectos.

Para medir a qualidade de vida, será utilizado o WHOQOL-BREF (Organização Mundial da Saúde Qualidade de Vida), que é um instrumento da Organização Mundial da Saúde, que abrange os seguintes aspectos (domínios): físico, psicológico, social e meio ambiente. O WHOQOL -Bref é um questionário que leva em conta as duas últimas semanas da pessoa entrevistada, multidimensional, psicométrica, explica por si só, adaptada e validada para o português e consiste em duas partes, a primeira é um documento de informações relacionadas ao sexo, idade, escolaridade, estado civil e situação de saúde. A segunda parte contém 26 questões, das quais apenas as duas primeiras são geralmente consideradas por se relacionarem, respectivamente, com qualidade de vida e satisfação com a própria saúde, enquanto outras questões são divididas em quatro áreas: física, psicológica, social e meio ambiente. O WHOQOL-Bref foi validado no Brasil por Fleck em 2000, com o artigo "A aplicação da versão em português do instrumento abreviado para avaliar a qualidade de vida - WHOQOL-bref", mostrando um bom desempenho psicométrico e praticidade de uso. A versão em português do instrumento tem características adequadas, consistência interna, validade discriminatória, validade do critério, validade simultânea e teste de re-teste ⁹.

Análise estatística

Os dados foram processados em microcomputador no tipo de banco de dados do Excel, com planilhas separadas para os três grupos de variáveis, mas com referência numérica para cada indivíduo analisado. A análise estatística foi realizada com a ajuda do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) versão 18.0.

A confiabilidade do WHOQOL-BREF e do Maslach Burnout Inventory (MBI) neste estudo foram analisadas por uma análise da consistência interna das perguntas, e refere-

se ao grau em que os elementos estão relacionados entre si, utilizando o coeficiente alfa de Cronbach.

Os índices de facetas resumem os campos a que pertencem, usados para calcular pontuações de domínio. Tanto a qualidade de vida quanto os campos são medidos na direção positiva (de 1 a 5), de modo que os escores mais elevados indicam uma melhor avaliação da qualidade de vida, a discussão dos tópicos 3,4 e 26 de que os valores são revificadas e inversamente calculadas na folha excel (1 = 5); (2 = 4) , (3 = 3) , (4 = 2) e (5 = 1) . Os escores obtidos podem ser convertidos em dois tipos de escalas, um 1 a 5 (com valores decimais considerados) e outro de 0 e 100 (grupo WHOQOL/1998). A escala de 0 a 100 foi utilizada neste estudo.

O MBI tem sido usado para medir o grau de burnout profissional. O instrumento tem três seções: exaustão emocional; despersonalização (ceticismo); baixa realização pessoal (decepção) . Para cada elemento da frequência desta pergunta o réu percebe ou experimenta um certo sentimento ou atitude. As respostas são avaliadas como não (0); um par de vezes por ano (1) ; não mais do que uma vez por mês (2); um par de vezes por mês (3) ; uma vez por semana (4) ; às vezes por semana (5) ; e diariamente (6) .

A combinação de níveis de exaustão, despersonalização e decepção define o grau de síndrome de burnout. Portanto, de acordo com Maslach e Jackson (1981), ele é considerado um indivíduo com síndrome de burnout elevado quando as pontuações nas três sub-escalas são altas; o esgotamento moderado é observado quando há uma pontuação moderada em três sub-escalas, e finalmente o baixo burnout ocorre quando os escores são baixos em três dimensões. No entanto, deve-se notar que esse critério significa que muitas pessoas não são classificadas, por essa razão outros autores (Grunfeld et al., 2000) propõem outra forma de interpretar os resultados do MBI, enquanto a exaustão está presente quando pelo menos uma dimensão atinge uma pontuação maior. No presente estudo, utilizou-se este último critério para a análise das variáveis de exposição e desfecho¹⁰.

As associações das variáveis de desfecho (exaustão e qualidade de vida) com as variáveis de exposição (questionário socio-demográfico) foram avaliadas utilizando-se a razão de chances (OR), simples e ajustada com intervalos de confiança de 95%. Os valores P foram obtidos com o teste de Wald. A regressão logística foi utilizada para obtenção de estimativas de OR e valores p. A construção dos modelos de regressão logística foi tomada pelo método stepwise, no qual a variável com maior associação estatística foi introduzida pela primeira vez, seguida por outras variáveis, de acordo com a ordem descendente de associação estatística encontrada na análise univariada. Em seguida, foram testadas as variáveis selecionadas uma a uma no modelo múltiplo e apenas as que permaneceram significativas ($p < 0,05$).

RESULTADOS

De acordo com os dados, houve predominância das seguintes características sociodemográficas e comportamentais da ACS: feminino, com idade média de 39,6 anos, com ensino médio, casado/em união estável, com filhos, renda média entre 1 e 3 salários mínimos, com mais de quatro anos de trabalho como ACS, com no máximo 150 famílias cadastradas, que não exercem nenhuma outra atividade lucrativa, que fazem atividade física regular, que participam de atividades de lazer, que não conciliam trabalho com outros estudos e não usam drogas sedativas ou moduladores de humor. Foi demonstrado que 26 ACS tinham SB, de acordo com os critérios de Grunfeld et al.

Em relação às dimensões da SB, entre 50 entrevistados da ACS, a maioria apresentou alto esgotamento emocional e despersonalização, além de desempenho profissional moderado ou elevado. Entre os 26 ACS com SB, a maioria apresentava alto esgotamento emocional e alta despersonalização e desempenho profissional moderado ou baixo. Em relação às dimensões da ES, a análise bivariada utilizando o coeficiente de Spearman mostrou que o esgotamento emocional apresentou forte correlação positiva com a despersonalização, o esgotamento emocional apresentou uma fraca correlação negativa com baixos níveis de realização profissional e baixa realização profissional mostrou uma fraca correlação negativa com a despersonalização.

Quanto à avaliação da qualidade de vida dos 50 ACS pesquisados, tem-se demonstrado que a maioria considera sua qualidade de vida em geral como regular ou boa. Entre os meios whoqol-bref, os resultados mostraram que as maiores médias ocorreram entre os domínios das relações sociais e psicológicas e os menores com os domínios físico e ambiental. Na inter-relação entre os domínios da qualidade de vida, a análise bivariada utilizando o coeficiente spearman indicou que, a qualidade de vida em geral foi significativamente correlacionada com todos os domínios nos seguintes pontos fortes: correlações positivas acentuadas com a correlação psicológica, física e ambiental e positiva moderada com o domínio psicológico e as relações sociais. O domínio psicológico apresentou forte correlação positiva com a correlação física e positiva moderada com as relações socioambientais. O domínio físico mostrou forte correlação positiva com o meio ambiente e a correlação positiva moderada com as relações sociais e o domínio das relações sociais apresentaram correlação positiva moderada com o meio ambiente

A análise bivariada pelo coeficiente de Spearman com as inter-relações do perfil sociodemográfico da ACS com síndrome de burnout, e o risco para o MBI indica que, na variável de gênero, as mulheres apresentaram maior risco, mas não houve associação estatisticamente significativa, idade menor de 34 anos apresentou maior risco, mas não houve associação estatisticamente significativa; a variável estado civil observou que a condição divorciada/separada apresentou maior risco, mas não houve associação estatisticamente significativa. A variável escolaridade mostrou que o grupo com ensino superior foi o de maior risco, mas sem associação estatisticamente significativa, a equidade

mostrou que o grupo com renda acima de três salários mínimos apresentou maior risco, mas não houve associação estatisticamente significativa, a variável de crianças, mostrou que aqueles que tiveram filhos ou três filhos, foram os mais em risco, mas também uma associação estatisticamente significativa. O tempo variável de residência na comunidade de trabalho mostrou que o grupo que viveu menos de nove anos apresentou o maior risco e, neste caso, foi encontrada associação moderada, mas sem associação estatisticamente significativa. Quanto ao tempo de trabalho como ACS, verificou-se que aqueles que trabalharam por mais de quatro anos, são aqueles que apresentaram o menor risco, mas sem associação estatisticamente significativa; a variável número de famílias cadastradas indicou que o grupo que possuía menos de 150 famílias cadastradas era o de maior risco e que não foram encontradas associações estatisticamente significativas.

A contribuição de outros estudos indicou que o grupo que não manteve atividades de formação ou formação em outros estudos foi o de maior risco, mas não houve associação estatisticamente significativa. Em relação à variável adicional de trabalho remunerado, ele apontou que o grupo que realizou outras atividades ou relações de trabalho fora do PSF apresentou o menor risco e, da mesma forma, não houve associação estatisticamente significativa. A variável prática de atividade física regular mostrou que o grupo que não tinha atividade física, apresentava o menor risco, mas não há associação estatisticamente significativa, a variável prática de atividades de lazer observou que o grupo que realizou a atividade de lazer com pouca frequência, aqueles com menor risco e também sem associação estatisticamente significativa. A variável de uso de medicamentos tranquilizantes/sedativos observou que o grupo que não utilizava esses medicamentos, aquele que apresentava maior risco e relação estatisticamente significativa entre as variáveis, o uso variável de drogas moduladoras de humor observou que o grupo não estava utilizando esses fármacos apresentou o maior risco e similarmente à variável anterior, uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Quanto às inter-relações entre as dimensões da ES e os domínios da qualidade de vida, a análise bivariada pelo coeficiente spearman indicou que o esgotamento emocional apresentou forte correlação negativa com o domínio físico e moderado com a qualidade de vida nas relações gerais, sociais, psicológicas e ambientais. A despersonalização apresentou fraca correlação negativa com o domínio psicológico e moderada com os domínios de qualidade de vida em geral, relações físicas, sociais e ambientais. O baixo desempenho profissional, a satisfação no trabalho, apresentaram fraca correlação negativa com os domínios psicológico e físico e apresentaram correlação negativa moderada com a qualidade geral, as relações sociais e o meio ambiente.

DISCUSSÃO

Os sujeitos deste estudo foram 50 ACS do município de Goiânia, capital do estado de Goiás, distribuídos em 9 unidades básicas de saúde. A maioria dos ACS são mulheres (98%), com média de 39,6 anos, com ensino médio completo (78%), casados ou com união estável (68%) e tempo médio de trabalho como ACS ao longo de 4 anos (58%).

Em 2008, Bernardes realizou um estudo com 198 ACS em uma cidade da região leste de São Paulo, distribuído em 21 unidades básicas de saúde. Neste estudo, a maioria dos ACS eram mulheres (86,1%), com idade média de 34,3 anos, ensino médio completo (66,7%) e casados ou em união estável (54,3%). O ACS também teve, em média, 3 anos e 2 meses de tempo de trabalho no programa de saúde da família (PSF)

Em outro estudo realizado por Kluthcovsky, em 2005, 169 ACS apresentaram predominância de mulheres (89,3%), com idade média de 31,1 anos, com ensino médio completo (61,5%) e casados (42,6%).⁴

Acredita-se que agentes mais velhos tendem a conhecer a comunidade, têm mais vínculos e amizades, mas podem ter alguma inimizade ou conflitos com outros moradores, e têm seus próprios conceitos de processo saúde/doença, podem ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde. Em vez disso, os ACS mais jovens geralmente não conhecem muito bem as comunidades e podem ter menos participação; no entanto, eles podem ter mais amigos e estar mais abertos a mudanças e coisas novas¹¹. A presença de maior percentual de ACS com ensino médio completo ocorre na maioria das seleções em municípios que exigem essa gama de educação como pré-requisito para participar de concursos e seleções para o cargo de ACS.

Este estudo revelou que, entre os entrevistados, 26 ACS (52%) tinha síndrome de burnout (SB). Entre as pessoas com ES, 25 ACS (96,15%) apresentaram altos níveis de exaustão emocional, 10 ACS (38,46%) apresentaram alto nível de despersonalização e 10 ACS (38,46%) eles tinham baixos níveis de realização profissional. Ao correlacionar as dimensões da SB, observa-se que entre os 25 ACS que apresentaram altos níveis de exaustão emocional, 10 ACS (40%) apresentaram altos níveis de despersonalização. Mesmo entre os 25 ACS que apresentaram altos níveis de exaustão emocional, 9 ACS (36%) eles tinham baixos níveis de realização profissional. Entre os 10 ACS que apresentaram altos níveis de despersonalização, 3 ACS (30%) eles tinham baixo desempenho profissional.

Nos próximos tópicos, será feita uma discussão dos resultados deste estudo, por domínio, com outros que analisaram a qualidade de vida na ACS.

O QVG refere-se à média da primeira pergunta que avalia a percepção de qualidade de vida (P1) e a satisfação com a segunda avaliação da própria saúde (P2). Por não fazer parte do cálculo dos domínios, essas duas questões foram analisadas separadamente. O presente estudo foi comparado com outros três estudos semelhantes que avaliaram a qualidade de vida na ACS (Bernardes em 2008 Kluthcovsky em 2005 e Ursine e Trelha em

2010)

Para a dimensão da qualidade de vida em geral (QVG) observa-se que, em ordem descendente, Ursine e Trelha (76,7) com CVG classificados como muito bons, e os de Kluthcovsky (69,6), Bernardes (68,3) e presente estudo (62,3) classificados com CVG regular foram encontrados como escores médios.¹¹

As pontuações médias dos domínios variaram de 50,1 a 67,8. O domínio das relações sociais apresentou a maior pontuação média (67,8), seguido pelo domínio psicológico (61,0), pelo domínio físico (57,9) e o menor escore médio foi obtido através do domínio do ambiente (50,1).

Em pesquisa realizada em 2010 por Ursine e Trelha, o domínio com maior pontuação média foi físico (74), seguido por domínios psicológicos e relações sociais com o mesmo escore médio (71,5) e o domínio ambiental teve a menor pontuação média (58).¹¹

Nesta comparação, verificou-se que o domínio ambiental apresentou o menor escore médio dos 4 estudos, demonstrando a provável correlação com a atividade exaustiva da SA em sua área, bem como com as precárias condições de trabalho a que estão submetidos.

O domínio das relações sociais apresentou a maior pontuação média entre os domínios (67,8). Entre as facetas, as pontuações médias variaram de 65 a 70. As facetas com maiores pontuações médias foram P20 (questão 20) (relações pessoais) (70,0) e P22 (apoio social e apoio) (67,5). O menor escore médio foi P21 (atividade sexual) (65).

Na pesquisa de Kluthcovsky, as facetas que apresentaram os maiores e menores escores médios foram “relações pessoais” (P20) (78,4) e “apoio social e apoio” (P22) (73,4), respectivamente. A faceta “atividade sexual” (P21) (75,4) foi a que teve valor intermediário neste domínio.⁴

Comparando este trabalho e os estudos citados, observa-se que o estudo de Kluthcovsky foi o que teve a maior pontuação média em todas as facetas e no domínio das relações sociais.

Na comparação dos quatro estudos, todos tiveram a faceta “relações pessoais” (P20) com a maior pontuação média do domínio, o que mostra grande semelhança entre os resultados das pesquisas. Os altos valores dos escores encontrados estão de acordo com as principais tarefas da ACS, que envolvem diretamente o desenvolvimento de relações próximas com as comunidades e com as equipes de saúde na atenção básica, tanto no elo, quanto com os moradores das áreas abrangidas.

O domínio psicológico teve a segunda maior pontuação média entre os domínios (61,0). As seis facetas que compõem esse domínio apresentaram pontuações médias variando de 54,0 a 81,0, e as mais altas foram encontradas nas facetas “espiritualidade/religião/crenças pessoais” (P6) (81) e “autoestima” (P19) (62,5). Os menores escores foram observados nas facetas “pensamento, aprendizagem, memória e concentração” (P7) (56,5) e “sentimentos negativos” (P26) (54).

No estudo Klutchcovsky, este domínio também teve a terceira maior pontuação média (74). As maiores pontuações médias de facetas ocorreram com “espiritualidade/religião/crenças pessoais” (P6) (82,8) e “autoestima” (P19) (79,4). Os escores de menor valor foram encontrados nas facetas “pensamento, aprendizagem, memória e concentração” (P7) (64,8) e “sentimentos positivos” (P5) (67,5).

Na pesquisa de Ursine e Trelha, esse domínio teve uma pontuação média de 71,5 (também a segunda maior entre seus domínios), e as facetas espiritualidade/religião/crenças pessoais (P6) (82,87) e “autoestima” (P19) (75) tiveram as maiores pontuações médias neste domínio. As facetas dos valores mais baixos foram “sentimentos positivos” (P5) (65,8) e “sentimentos negativos” (P26) (27).

Ao comparar os estudos, todos tiveram as facetas “espiritualidade/religião/crenças pessoais” (P6) e “autoestima” (P19) com os maiores desfechos médios, sugerindo semelhanças relativas entre os resultados dos estudos.

Diversos estudos têm focado na relação entre qualidade de vida (QR) e várias variáveis religiosas/espirituais. No presente estudo, o domínio do ambiente apresentou o menor escore médio entre os domínios (50,1). Entre as 8 facetas, os escores variaram entre 62,5 e 32,5 representando valores muito divergentes. Os maiores valores foram encontrados nas 3 facetas “ambiente familiar” (P23) (62,5), seguindo as facetas: “segurança física e segurança” (P8), “oportunidades de adquirir novas informações e habilidades” (P13) e “transporte” (P25) que obtiveram o mesmo valor (55). As facetas com os menores escores médios foram “ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima” (P9) (42,5) e “recursos financeiros” (P12) (32,5).

Em 2005, Klutchcovsky também teve a pior pontuação média neste domínio (54,1). Neste estudo, as facetas com maiores escores médios foram “ambiente familiar” (P23) (66), seguida por “segurança física e segurança” (P8) (64). Os menores valores são encontrados nas facetas “oportunidade de lazer” (P14) (43,2) e “recursos financeiros” (P12) (38,6).

Em 2010, a pesquisa de Ursine e Trelha teve esse domínio com a pior pontuação média de todas (58). As facetas tiveram valores entre 84,3 e 19,8. Entre as facetas que alcançaram as maiores pontuações médias estavam “ambiente familiar” (P23) (70,1) e “Transporte” (P25) (65,7). As facetas com os menores valores foram “oportunidades recreativas” (P14) (47,2) e “recursos financeiros” (P12) (38,7).

Comparando os estudos, todos tiveram as facetas “ambiente familiar” (P23) e “recursos financeiros” (P12) como os maiores e menores escores, respectivamente, indicando alta semelhança entre os valores encontrados em ambas as pesquisas.

Nesta pesquisa, o domínio físico apresentou a terceira maior pontuação média entre os domínios (57,9). Facetas 7 de formação deste domínio tiveram pontuações médias variando de 75,0 a 42,5. As facetas que foram encontradas com valores mais elevados foram “mobilidade” (P15) (75) e “capacidade de trabalhar” (P18) (62, 5). Os menores

escores foram observados nas facetas “energia e fadiga” (P10) e “sono e descanso” (P16) ao mesmo tempo com os mesmos escores médios (52,5) e na faceta “dependência de medicamentos ou tratamento” (P4) com menor escore médio (42,5).

No estudo de Klutchcovsky, o domínio físico teve a maior pontuação média (74,2). Entre as facetas, as maiores pontuações médias foram para “mobilidade” (P15) (78,5) e “capacidade de trabalhar” (P18) (76,9). Os menores escores médios foram encontrados nas facetas “energia e fadiga” (P10) (69,4) e “sono e descanso” (P16) (71,1). Para Ursine e Trelha, esse domínio também teve a maior pontuação média entre os domínios (74). Facetas que tiveram pontuação média entre 84,3 e 19,8. As facetas com maior pontuação foram “mobilidade” (P15) (84,3) e “capacidade de trabalhar” (P18) (73,6). Os menores escores médios foram encontrados nas facetas “dor” (P3) (21,5) e “dependência de medicamentos ou tratamentos” (P4) (19,8)

Descreve as correlações entre as variáveis do perfil socioeconômico e cultural dos ACS com a prevalência de burnout. Para isso, foram incluídas informações sobre sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar, número de filhos, tempo de residência, tempo de trabalho como ACS, famílias cadastradas, outros estudos, a prática de atividades físicas e recreativas, bem como o uso de medicamentos; a fim de entender se essas características pessoais da ACS podem ou não contribuir ou estar associadas à síndrome de Burnout.

Os ensaios utilizados foram de risco no MBI razão de prevalência (RP), intervalo de confiança de 95% (IC95), qui-quadrado (X^2) e p^* (razão de amplitude de significância). Os dados são apresentados nas Tabelas 36, 37, 38 e 39. A razão de chances (em inglês, razão de chances; Abreviação O.R.) é definido como a razão da probabilidade de um evento ocorrer em um grupo e a possibilidade de outro grupo.

Ainda neste tópico, será feita uma análise comparativa entre os diversos estudos sobre a prevalência da Síndrome de Burnout (SB) entre ACS, em diferentes momentos e locais. A pesquisa de Silva e Menezes (2008) avaliou a BS entre 141 ACS na cidade de São Paulo; o trabalho de Telles e Pimenta (2009) avaliou a BS entre 80 SAs no estado de Minas Gerais; estudo de Basquerote e Kanan (2010) analisou a SB em 39 ACS no estado de Santa Catarina, a pesquisa de Barroso e Guerra (2013) analisou a SB entre 24 ACS no município de Caetanópolis-Minas Gerais e o trabalho de Mota e Dosea (2013) avaliou a SB entre a ACS 222 em Aracaju, estado de Sergipe. Também serão utilizados os estudos que investigaram a prevalência da SB entre ACS e outros profissionais de saúde da família (ESF).¹²

A variável de gênero tem sido mostrada para incluir ACS com SB, 25 (96,15%) eram mulheres e apenas uma (3,73%) eles eram homens. Na análise de risco relacionada ao MBI, o sexo feminino apresentou o maior percentual (53,19%). Não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de SB e o sexo. (RP = 0,44 e $p = 0,50$). A variável idade mostrou que, entre os ACS com ES, o grupo de crianças menores de 34

anos apresentou risco aumentado relacionado ao MBI (61,54%). Não foram encontradas diferenças significativas na associação entre prevalência e idade da ES. ($X^2 = 2,92$ e $p = 0,44$).

O estudo realizado por Martins e Ranzoni (2011) foi significativamente associado à BS ($p = 0,05$). Neste caso, os trabalhadores com ff com 30 anos ou mais tinham 55% menos chances de ter SB, em comparação com aqueles com 29 anos ou mais. A SB é atribuída à inexperiência dos trabalhadores, o que leva à insegurança, ou ao choque com a realidade quando percebem que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos¹³.

A variável estado civil mostrou que, entre os ACS com SB, o estado civil divorciado/separado foi ter o maior risco relacionado ao MBI (75%). Não foram encontradas diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e estado civil ($X^2 = 2,13$ e $p = 0,658$). A variável escolaridade mostrou que, entre os ACS com SB, o grupo com ensino superior apresentou maior risco relacionado ao MBI (66,67%). Não foram encontradas diferenças significativas na associação entre prevalência e idade da ES. ($X^2 = 2,48$ e $p = 0,377$). A renda familiar variável mostrou que, entre os ACS com SB, o grupo com renda superior a 3 salários mínimos apresentou o maior risco relacionado ao MBI (66,67%). Não foram encontradas diferenças significativas na associação entre prevalência e idade da ES. ($X^2 = 2,28$ e $p = 0,322$)

A variável infantil mostrou que, entre os ACS com BS, os grupos que não têm filhos com 3 ou mais filhos foram aqueles com maior risco relacionado ao MBI (60%). Não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e crianças. ($X^2 = 0,89$ e $p = 0,953$). O tempo variável de residência na área de trabalho mostrou que, entre os ACS com SB, o grupo que viveu menos de nove anos na área de trabalho apresentou o maior risco relacionado ao MBI (75%). Foi encontrada associação moderada ($X^2 = 4,47$), mas com relação estatística sem significância na associação da prevalência de ES e tempo de residência ($p = 0,378$).

Wai e Carvalho (2009) também levantaram a falta de privacidade da ACS (derivada da proximidade com a comunidade) como outro estressor crônico. Além disso, essa posição expõe o agente a possíveis conflitos e dificuldades de relacionamento não só com as pessoas da comunidade, mas também com os demais membros da equipe de saúde, que devem ser considerados na gênese da síndrome de burnout nesses profissionais¹⁴.

O tempo de trabalho variável como ACS indicou que, entre os ACS com a SB, o grupo trabalhou por mais de quatro anos, foi o que apresentou o menor risco relacionado ao MBI (41,38%). Não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e o tempo de trabalho como ACS. ($X^2 = 3,58$ e $p = 0,111$). A variável número de famílias cadastradas indicou que, entre as ACS com AS, o grupo com menos de 150 famílias cadastradas, foi o que apresentou maior risco relacionado ao MBI (56,10%). Não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e o número de famílias

cadastradas para ACS. ($X^2 = 2,03$ e $p = 0,351$).

Na pesquisa de Silva e Menezes, os ACS foram divididos em dois grupos com relação ao número de pessoas cadastradas (menos ou igual a 530 pessoas ou mais de 530 pessoas). Na análise bivariada, não houve diferença ou associação significativa da presença ou ausência de BS nestes ACS.¹⁵

A variável outros estudos foram encontrados que, entre os ACS com a SB, o grupo que não manteve as atividades de formação ou formação em outros estudos, foi o que apresentou maior risco relacionado ao MBI (52,78%). Não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e os demais estudos. ($X^2 = 0,03$ e $p = 0,861$). A variável outras atividades remuneradas indicaram que, entre os ACS com a SB, o grupo que não realizou outras atividades remuneradas ou relações de trabalho fora da FF, foi o que apresentou maior risco relacionado ao MBI (52,78%). Não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e o desempenho de outras atividades além do trabalho remunerado, como a ACS. ($X^2 = 0,015$ e $p = 0,902$).

A prática variável de atividade física regular mostrou que, entre os ACS com SB, o grupo que não teve atividade física foi o de menor risco relacionado ao MBI (40,0%). Não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e a prática de atividade física regular. ($X^2 = 2,55$ e $p = 0,509$). No mesmo tópico, a variável prática de atividades de lazer indicou que, entre os ACS com a SB, o grupo que realiza a atividade de lazer com pouca frequência, foi o que apresentou o menor risco relacionado ao MBI (44,44%). Não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e a prática de atividade física regular. ($X^2 = 0,82$ e $p = 0,881$).

O uso variável de medicamentos tranquilizantes/sedativos indicou que, entre os ACS com SB, o grupo que não usou esses medicamentos, é o que apresentou maior risco relacionado ao MBI (63,16%). Embora não tenham sido encontradas associações significativas ($RP = 0,117$) há uma relação estatisticamente significativa ($X^2 = 7,89$ e $p = 0,005$). Nesse mesmo tópico, a variável uso de medicamentos moduladores de humor, indicou que entre os ACS com SB, o grupo que não usava esses medicamentos, é o que apresentou maior risco relacionado ao MBI (60,53%). Embora não tenham sido encontradas associações significativas ($RP = 0,217$) há também uma relação estatisticamente significativa ($X^2 = 4,61$ e $p = 0,032$).

Ao contrário dos resultados deste estudo, Martins e Ranzoni (2011) encontraram relação estatisticamente significativa com a presença de SB e uso de drogas por profissionais da APS. O uso de ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos esteve associado a uma probabilidade de aproximadamente 8,7 vezes maior para o escore positivo de exaustão, quando comparado com o não uso desses tipos de medicamentos ($OR: 8,75$ e $p < 0,01$). Esta estimativa variou de cerca de 2 vezes a 42 vezes mais chances de ter indícios de burnout profissional. O uso de antidepressivos, analgésicos e tranquilizantes também foram identificados como estratégias de enfrentamento para situações estressantes no trabalho¹⁶

Os testes de correlação de Spearman serão então feitos para determinar a existência de uma relação entre a Síndrome de Burnout e a Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nas estatísticas, o coeficiente de correlação de Spearman, em homenagem a Charles Spearman, é frequentemente chamado pela letra grega ρ (rho). Representa uma medida de correlação não paramétrica, ou seja, uma função monótona arbitrária é avaliada que pode descrever a relação entre duas variáveis, sem fazer quaisquer suposições sobre a distribuição de frequência das variáveis. Na aplicação do coeficiente de Spearman, quando a correlação é positiva, isso indica que as variáveis estão diretamente relacionadas, ou seja, quando uma aumenta a outra também aumenta. Quando a correlação é negativa, o que indica é que as variáveis estão inversamente relacionadas, ou seja, quando a outra aumenta diminui. O coeficiente de Spearman é interpretado com os seguintes valores para a correlação de forças entre as variáveis: Resultado 0,9 indica uma *correlação muito forte*; a faixa de 0,7 a 0,9 positivo ou negativo indica uma forte *correlação*; a faixa de 0,5 a 0,7 positivo ou negativo indica uma *correlação moderada*; a faixa de 0,3 a 0,5 positivo ou negativo indica uma *correlação fraca* e a faixa de 0 a 0,3 positivo ou negativo indica uma *correlação insignificante*.

Para a análise a seguir, baseamos-se em alguns estudos que correlacionam a qualidade de vida (WHOQOL-BREF) com a Síndrome de Burnout (MBI) entre diferentes categorias de trabalhadores, incluindo a ACS.

Os pesquisadores Barroso e Guerra, em 2013, realizaram uma pesquisa muito semelhante à desta pesquisa, com a análise de correlações de qualidade de vida com síndrome de burnout em 26 Agentes Comunitários de Saúde do município de Caetanópolis, em Minas Gerais-. Neste trabalho os 26 ACS (100%) tinha síndrome de burnout (SB).

Neste estudo, os resultados indicaram que a dimensão da exaustão emocional apresentou *forte* correlação positiva com a dimensão de despersonalização ($\rho = 0,740$; $p \leq 0,001$), o que pode indicar que os ACS emocionalmente esgotados também são aqueles com sentimentos e atitudes mais negativas em relação aos colegas de trabalho e às pessoas da comunidade. Neste estudo, a dimensão da exaustão emocional apresentou *uma fraca* correlação negativa com a dimensão do baixo desempenho profissional ($\rho = -0,492$; $p \leq 0,001$), indicando que os ACS emocionalmente exaustos são aqueles que são realizados menos no trabalho.

Na pesquisa de Barroso e Guerra, a baixa realização profissional mostrou *uma fraca* correlação positiva com a dimensão da despersonalização ($\rho = 0,370$; $p \leq 0,001$) com resultados semelhantes a este estudo, onde a baixa realização profissional também apresentou *fraca* correlação negativa com a dimensão da despersonalização ($\rho = -0,483$; $p \leq 0,001$). A análise indicou que o domínio da qualidade em geral apresentou correlação significativa com todos os domínios, e apresentou *forte* correlação com o psicológico ($\rho = 0,744$; $p \leq 0,001$), físico ($\rho = 0,783$; $p \leq 0,001$) e ambiental ($\rho = 0,754$; $p \leq 0,001$) e também correlação positiva moderada com o domínio das relações sociais ($\rho = 0,555$; $p \leq 0,001$)

que pode indicar que a ACS que tem uma boa percepção de sua qualidade de vida geral mantém boa qualidade de vida psicológica, física e ambiental.

Neste estudo, o domínio psicológico apresentou forte correlação positiva com o domínio físico ($\rho = 0,744$; $p \leq 0,001$) e correlação positiva moderada com os domínios das relações sociais ($\rho = 0,562$; $p \leq 0,001$) e meio ambiente ($\rho = 0,692$; $p \leq 0,001$), o que denota grande influência positiva entre o bom estado de saúde física e o ambiente social da ACS e a manutenção de boas relações sociais e familiares com a comunidade e com sua saúde mental. Neste estudo, o domínio das relações sociais apresentou correlação positiva *moderada* com o domínio ambiental ($\rho = 0,694$; $p \leq 0,001$) indicando influência positiva com o ambiente social e de trabalho da ACS e a manutenção de suas boas relações sociais na comunidade e no local de trabalho.

No presente levantamento, a dimensão da exaustão emocional mostrou *forte* correlação negativa com o domínio físico ($\rho = -0,722$; $p \leq 0,001$) e correlação negativa moderada com o domínio da qualidade de vida geral ($\rho = -0,663$; $p \leq 0,001$) domínio psicológico ($\rho = -0,609$; $p \leq 0,001$), domínio das relações sociais ($\rho = -0,637$; $p \leq 0,001$) e com o domínio do meio ambiente ($\rho = -0,606$; $p \leq 0,001$). Essa forte correlação de exaustão emocional com a dominação física pode indicar uma influência inversamente proporcional das condições orgânicas da ACS com maior exaustão emocional no trabalho.

Nesta análise, a dimensão despersonalização apresentou *uma fraca* correlação negativa com o domínio psicológico ($\rho = -0,490$; $p \leq 0,001$) e correlação negativa moderada com os domínios de qualidade de vida em geral ($\rho = -0,519$; $p \leq 0,001$), domínio físico ($\rho = -0,614$; $p \leq 0,001$) domínio das relações sociais ($\rho = -0,560$; $p \leq 0,001$) e com o domínio ambiental ($\rho = -0,505$; $p \leq 0,001$). Neste caso, temos uma associação relativamente significativa de que os ACS que têm uma melhor percepção de qualidade de vida, melhores condições de saúde física, melhores relações sociais e melhores ambientes de trabalho e vida, são os que têm os menores indicadores de despersonalização na SB.

A dimensão do baixo desempenho profissional apresentou *uma fraca* correlação negativa com os domínios psicológico ($\rho = -0,368$; $p \leq 0,001$) e físico ($\rho = -0,464$; $p \leq 0,001$) e também apresentou correlação negativa moderada com os domínios da qualidade geral de vida ($\rho = -0,614$; $p \leq 0,001$), com domínio das relações sociais ($\rho = -0,516$; $p \leq 0,001$) e com o domínio ambiental ($\rho = -0,551$; $p \leq 0,001$). Esses resultados podem sugerir que os ACS que têm melhores condições no ambiente de trabalho, que mantêm melhores relações sociais com a comunidade e têm uma melhor percepção de qualidade de vida, são os que terão os melhores resultados de desempenho profissional, diminuindo as chances de adquirir a SB.

CONCLUSÕES

Até o momento, há poucos estudos sobre condições de trabalho no programa PSF, especialmente em relação ao trabalho dos ACS inseridos nas práticas públicas de saúde no Brasil, especialmente nas últimas três décadas, por isso são importantes articuladores dos princípios do SUS e das atividades das ESF. Além disso, outra característica única que os distingue de outros profissionais de saúde: o fato de trabalharem nas mesmas comunidades onde vivem e estabelecerem com os clientes As Unidades de Saúde da Família (ESF) uma relação estranha, permeada por essa especificidade. Esta pesquisa teve como objetivo verificar a prevalência da síndrome de burnout e a percepção de qualidade de vida entre ACS em uma cidade do Centro-Oeste do Brasil, dada a importância desse trabalhador no contexto da saúde pública atual.

De acordo com os dados obtidos nesta pesquisa, observou-se a predominância das seguintes características sociodemográficas e comportamentais da SA: sexo feminino (98%), com idade média de 39,6 anos, com ensino médio (78%), união casada ou estável (68%), com filhos (80%), renda média de 1 a 3 salários mínimos (74%), mais de 4 anos como ACS (58%), com até 3 salários mínimos 150 famílias cadastradas (80%), que não exercem nenhuma outra atividade lucrativa (84%), que fazem atividade física regular (84%), que participam de atividades de lazer (74%), aquelas que não conciliam o trabalho com outros estudos (72%) e não usam medicamentos calmantes ou moduladores de humor (76%).

Este estudo mostrou que 26 ACS (52%), segundo os critérios de Grunfeld et al, possuíam SB. Com as dimensões da SB, entre as 50 ACS entrevistadas, a maioria apresentou alto esgotamento emocional (50%), baixa despersonalização (56%), satisfação profissional moderada ou alta (56%). Entre os 26 ACS que tinham ES, a maioria apresentou alto esgotamento emocional (96,15%), alta despersonalização (38,46%) e satisfação moderada ou baixa no trabalho (61,53%).

Ainda na SB entre os ACS, a análise bivariada utilizando o coeficiente spearman mostrou que a dimensão da exaustão emocional apresentou forte correlação positiva com a dimensão de despersonalização ($\rho = 0,740$; $p \leq 0,001$), a dimensão da exaustão emocional apresentou uma fraca correlação negativa com a baixa dimensão de satisfação profissional ($\rho = -0,492$; $p \leq 0,001$) e a dimensão de satisfação profissional também apresentou fraca correlação negativa com a dimensão de despersonalização. $\rho = -0,483$; $p \leq 0,001$).

Quanto à avaliação da qualidade de vida dos 50 ACS pesquisados, este estudo mostrou que a maioria considera sua qualidade de vida global como regular (44%) ou bom (38%). Entre os meios dos domínios whoqol-bref, os resultados mostraram que as maiores médias ocorreram entre os domínios das relações sociais (67,8%) e as menores médias foram com domínio físico (57,9) e ambiente (50,1).

A análise bivariada da qualidade de vida da ACS, pelo coeficiente spearman, indica que o domínio geral de qualidade de vida teve correlação significativa com todos os domínios, nos seguintes pontos: forte correlação positiva com o psicológico ($\rho = 0,744$;

$p \leq 0,001$), físico ($\rho = 0,783$; $p \leq 0,001$) e ambiental ($\rho = 0,754$; $p \leq 0,001$) e correlação positiva moderada com o domínio das relações sociais ($\rho = 0,555$; $p \leq 0,001$). O domínio psicológico apresentou forte correlação positiva com o domínio físico ($\rho = 0,744$; $p \leq 0,001$) e correlação positiva moderada com os domínios das relações sociais ($\rho = 0,562$; $p \leq 0,001$) e do meio ambiente ($\rho = 0,692$; $p \leq 0,001$). O domínio físico apresentou forte correlação positiva com o domínio ambiental ($\rho = 0,724$; $p \leq 0,001$) e correlação positiva moderada com o domínio das relações sociais ($\rho = 0,574$; $p \leq 0,001$) e o domínio das relações sociais apresentou correlação positiva e moderada para o domínio ambiental ($\rho = 0,694$; $p \leq 0,001$).

Pela análise bivariada, o coeficiente de correlação de Spearman entre o perfil socioeconômico e cultural e a SB da ACS mostrou que a variável de gênero relacionada ao MBI, a mulher apresentou o maior percentual (53,19%), mas não houve diferenças significativas na associação entre prevalência de SB e gênero. ($RP = 0,44$ e $p = 0,50$), que na variável idade entre os ACS com SB, os menores de 34 anos apresentaram maior risco relacionado ao MBI (61,54%), mas não foram encontradas diferenças significativas na associação entre SB e idade ($X^2 = 2,92$, $p = 0,44$) e o estado civil variável mostrou que, entre os ACS com AS, a condição divorciada/separada foi a que apresentou maior risco relacionado ao AMM (75%), mas não foram encontradas diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e o estado civil. ($X^2 = 2,13$ e $p = 0,658$).

Ainda na mesma avaliação bivariada, a variável educacional mostrou que, entre a ACS com a SB, o grupo com ensino superior apresentou maior risco relacionado ao MBI (66,67%), mas não houve diferenças significativas na associação entre prevalência de ECE e escolaridade. ($X^2 = 2,48$, $p = 0,377$), a renda familiar variável mostrou que, entre os ACS com SB, o grupo com renda superior a 3 salários mínimos apresentou maior risco relacionado ao AMM (66,67%), mas não foram encontradas diferenças significativas na prevalência da associação entre SB e renda familiar ($X^2 = 2,28$, $p = 0,322$), a variável infantil mostrou que entre as ACS com SB, os grupos que têm filhos ou têm 3 ou filhos foram aqueles com maior risco relacionado ao MBI (60%), mas não foram encontradas diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e crianças. ($X^2 = 0,89$ e $p = 0,953$). O tempo variável de residência no bairro mostrou que, entre os ACS com a SB, o grupo que viveu menos de nove anos no bairro foi o que apresentou maior risco relacionado ao MBI (75%) neste caso foi encontrada associação moderada ($X^2 = 4,47$) mas sem associação estatisticamente significativa entre a prevalência de ES e o tempo de residência ($p = 0,378$).

As análises de duas variáveis também foram aplicadas nas seguintes variáveis: Tempo de trabalho que indicou que, entre os ACS com SB, o grupo de trabalho de mais de quatro anos, foi o que apresentou o menor risco relacionado ao MBI (41,38%) e não houve diferenças significativas na associação da SS e do tempo de trabalho como ACS ($X^2 = 3,58$, $p = 0,111$), o número variável de famílias cadastradas indicou que, entre os ACS com a BS, o grupo que possuía menos de 150 famílias cadastradas, o que foi associado ao aumento do risco relacionado ao MBI (56,10%) e também que não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e o número de famílias em ACS. (X^2

= 2,03 e $p = 0,351$).

A participação em outros estudos indicou que entre os ACS com a SB, o grupo que não manteve as atividades de formação ou formação em outros estudos, é o que apresenta maior risco relacionado ao MBI (52,78%). Além disso, não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e outros estudos. ($X^2 = 0,03$ e $p = 0,861$); a variável de trabalho remunerado adicional indicou que, entre os ACS com BS, o grupo que realizou outras atividades ou relações de trabalho fora da ESF, foi o que apresentou menor risco relacionado ao MBI (52,78%) e da mesma forma, não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de ES e o desempenho de outras atividades além do trabalho remunerado, como a ACS. ($X^2 = 0,03$ e $p = 0,861$).

Embora pela análise bivariada do perfil e comportamento sociodemográfico, a variável prática de atividade física regular mostrou que, entre a ACS com a SB, o grupo que não tinha atividade física, foi o de menor risco relacionado ao MBI (40,0%), mas não houve diferenças significativas na associação entre a prevalência de SB e a prática de atividade física regular. ($X^2 = 2,55$ e $p = 0,509$). Em questão semelhante, a variável prática de atividades de lazer indicou que, entre os ACS com a SB, o grupo que realiza a atividade de lazer com pouca frequência, foi o que apresentou menor risco relacionado ao MBI (44,44%) e não foram encontradas diferenças significativas de associação entre a prevalência de SB e a prática de atividade física regular ($X^2 = 0,82$ e $p = 0,881$), a variável de uso de medicamentos tranquilizantes/sedativos indicou que entre os ACS com SB, o grupo que não utiliza esses medicamentos, o que apresenta o maior risco relacionado ao MBI (63,16%), nele não foram encontradas associações significativas ($RP = 0,117$), se houver relação estatisticamente significativa ($X^2 = 7,89$, $p = 0,005$) entre as variáveis. Também neste mesmo tópico, a variável do uso de medicamentos moduladores de humor indicou que, entre os ACS com SB, o grupo que não usava esses medicamentos, foi o que apresentou maior risco relacionado ao MBI (60,53%) e da mesma forma que a variável anterior, mesmo não foram encontradas associações significativas ($RP = 0,217$); há também uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ($X^2 = 4,61$, $p = 0,032$).

Os resultados das correlações entre AS e as percepções de qualidade de vida neste estudo mostraram que a dimensão da exaustão emocional apresentou forte correlação negativa com o domínio físico ($\rho = -0,722$; $p \leq 0,001$) e correlação negativa moderada com os domínios de qualidade de vida geral ($\rho = -0,663$; $p \leq 0,001$), com o domínio psicológico ($\rho = -0,609$; $p \leq 0,001$), com o domínio das relações sociais ($\rho = -0,637$; $p \leq 0,001$) e com o domínio do meio ambiente ($\rho = -0,606$; $p \leq 0,001$). A dimensão de despersonalização apresentou uma fraca correlação negativa com o domínio psicológico ($\rho = -0,490$; $p \leq 0,001$) e correlação negativa moderada com os domínios de qualidade de vida em geral ($\rho = -0,519$; $p \leq 0,001$), físico ($\rho = -0,614$; $p \leq 0,001$) com domínio das relações sociais ($\rho = -0,560$; $p \leq 0,001$) e com o domínio do meio ambiente ($\rho = -0,505$; $p \leq 0,001$). A dimensão do baixo desempenho profissional apresentou fraca correlação negativa com o psicológico ($\rho = -0,368$; $p \leq 0,001$) e físico ($\rho = -0,464$; $p \leq 0,001$) e também apresentou

correlação negativa moderada com a qualidade de vida dos domínios gerais de qualidade de vida ($\rho = -0,614$; $p \leq 0,001$) com ou domínio das relações sociais ($\rho = -0,516$; $p \leq ,001$) e com o domínio do ambiente ($\rho = -0,551$; $p \leq 0,001$).

De acordo com o espaço amostral definido e utilizado neste trabalho, é possível que alguns ACS que tiveram outros transtornos de estresse, transtornos mentais ou síndrome de burnout e não tenham participado do estudo, sendo eliminados ou não tenham sido atingidos no momento da aplicação da pesquisa. Da mesma forma, entre os ACS que participaram deste estudo, pode haver variáveis relacionadas a outros transtornos psiquiátricos ou comportamentais que não foram avaliados neste estudo, e que também podem ter influenciado os resultados obtidos. Portanto, a generalização dos resultados é limitada, pois o número de participantes é pequeno em relação ao espaço total da amostra de ACS em Goiânia (478). Além disso, como mostra o perfil socioeconômico e cultural, a amostra consistiu predominantemente em mulheres (98%), não sendo possível fazer inferências mais consistentes para os homens.

Embora seja uma investigação limitada a uma amostra do contingente de ACS em um município, pode-se concluir que este estudo permitiu mostrar aspectos importantes da relação profissional, do meio ambiente e do trabalho desses profissionais, especialmente neste caso em que os ACS estão com a principal tarefa de ajudar e cuidar da saúde de sua comunidade. Dessa forma, pode-se considerar também que este estudo permitiu avaliar a necessidade de uma mudança na estrutura da organização em saúde, especialmente no que diz respeito às relações de trabalho, a fim de minimizar o impacto da síndrome de burnout sobre esses trabalhadores e melhorar seu desempenho produtivo em favor da organização de seu trabalho na atenção primária à saúde.

Diante dessa realidade, é necessário adotar estratégias institucionais para melhorar a qualidade de vida da ACS, sugerindo a promoção de atividades de trabalho físico em áreas comunitárias, a fim de melhorar o desempenho físico e reduzir a dor ou a fadiga; a oferta de apoio psicológico ou acompanhamento para combater as tensões emocionais vivenciadas no trabalho; a valorização dos processos de trabalho com escuta ampliada, troca de informações e reconhecimento das individualidades da ACS. Dessa forma, recomenda-se que outros estudos sobre esse mesmo tema sejam desenvolvidos em outras regiões do país com diferentes condições socioeconômicas e culturais, para que possa ser construído um panorama mais consistente da realidade da ACS, abordando outros problemas e relativizações em seus ambientes de trabalho.

Uma das consequências dos diversos estudos que descreveram e analisaram as peculiaridades das condições de trabalho e insalubres da ACS foi a aprovação, em 13 de setembro de 2017, pelo Senado Federal do Brasil do projeto de lei da Câmara dos Deputados (PLC) 56/2017, que regulamentou a atuação de ACS e agentes de controle de endemias (ACE). Pela proposta, o trajeto das duas categorias foi definido como 40 horas, divididas em 30 horas semanais para atividades externas de visita domiciliar e outras ações

de campo e mais de 10 horas semanais para atividades de planejamento e avaliação das ações.⁵⁴

De acordo com o projeto aprovado, para o exercício da profissão, tanto o ACS quanto o ACE devem concluir um curso técnico de formação inicial, com carga horária mínima de 40 horas e ter o ensino médio completo. Para quem já está trabalhando na função, o ensino médio não será exigido, e para aqueles que já estavam exercendo suas funções desde 5 de outubro de 2006, o ensino fundamental não será exigido. Também foi prevista compensação de transporte para o trabalhador que incorreu nas despesas para o exercício de suas atividades.

As mudanças feitas pelo Senado Federal também permitirão que a ACS se afaste mais da comunidade em que frequenta (se reside em sua própria casa), e também aceitou a sugestão de alguns senadores para batizar o projeto com o nome da ACS Ruth Brilhante, que morreu em 2017 e que era presidente da entidade nacional, e que estava envolvida na luta para melhorar as condições de trabalho desses profissionais.

Mesmo com esse avanço nas condições de trabalho da ACS no Brasil, acreditamos que, embora continuem sendo insuficientes, pois as sobrecargas psicológicas ainda permanecem invariavelmente presentes em seu trabalho. Acreditamos que um projeto nacional de assistência à saúde mental da ACS pode ser desenvolvido e inserido nos projetos existentes para a saúde do trabalhador do Ministério da Saúde e que eles podem, posteriormente e sistematicamente, ser aplicados aos municípios de todo o país, com a aplicação de instrumentos adequados para lidar com as condições extremamente estressantes desses trabalhadores e que, em última instância, levará a uma maior qualidade nas atividades dos ACS, reverberando em uma população nacional melhor assistida pelos mesmos.

BIBLIOGRAFIA

1. MS, 2003; Trad & Bastos, 1998. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 429-435, abr.-jun., 1998.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.)
3. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19 (1):52-7. • p.53
Luiz Fernando Boiteux Santos/Helena Maria Scherlowski Leal DavidII)
- 4-Klutchovsky ACG et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.

5. Lautert L. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev. Panam. Salud. Publica/Pan Am J Public Health*.1999; 6(6).
6. Maslach C (1994). Estresse, burnout e workaholism. Em Kilburg R; Nathan PE, Thoreson RW (Orgs.). *Profissionais em perigo: Problemas, síndromes e soluções em psicologia* Washington: American Psychological Association, pp. 53-75, 1994.
7. Ortega RC & López RF. (2004). Síndrome de burnout ou burnout em profissionais de saúde: revisão e perspectivas. *Revista de Psicologia Clínica e de Saúde*, 4, 1, 137-160.
8. Wood-Daphinee, S, Avaliação da qualidade de vida em pesquisas clínicas: de onde viemos e para onde estamos indo? *Journal Clinical Epidemiology*, v.52, n.4, p.355-363, 1999.
9. Cárdenas A.M.C.Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade de baixa renda: estudo comparativo entre mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado, 2004.156f. Tese de Dourorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
10. Maslach C, Jackson SE. A medição do burnout experiente. *Journal of Occupational Behavior*. 1981; 2:99-113.
11. Ursine e Trelha, 2010.O Agente Comunitario de Saúde na Estratégia Saúde da Família: Uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida, *Rev. Bras.Saude Ocupacional*, São Paulo, 35 (122):327-339,2010.
- 12-Basquerote e Kanan.2010. Estresse e Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde. <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/Aline-machado-Basquerote.pdf>.
13. Barroso e Guerra. 2013. Burnout e Qualidade de Vida de Agentes Comunitarios de Saúde de Caetanópolis, Minas Gerais.*Cad Saude Coletiva*, 2013, Rio de Janeiro; 21 (3):338-25.
14. Way MFP; Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, out./dez. 2009.
15. Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em Agentes Comunitários de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5): 921-929, 2008.
16. Martins y Ranzoni. Estresse Ocupacional e Esgotamento Profissional entre Profissionais da Atenção Primaria a Saúde. UFJF. Minas Gerais. Instituto de Ciencias Humanas, Programa de Pos Graduação em Psicologia. Dissertação de Mestrado.2011.

Índice Remissivo

A

Ações de campo 60, 80
Acompanhante 115, 116, 118
Adenocarcinoma gástrico 195, 196, 197
Agência nacional de vigilância sanitária 36, 40, 44, 45, 46, 56
Agente comunitário de saúde (acs) 59
Alimentação 128, 138
Alteração na rotina 139
Análise histopatológica 93, 95
Anemia ferropriva 195, 198
Anfepramona 44, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 55
Anorexígenos 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57
Antimicrobianos 44, 45, 47
Apoio emocional 115, 116, 122, 123
Aprendizagem 69, 70, 83, 84, 90
Assistência de enfermagem 15, 18, 23, 26, 27, 188, 194
Assistência farmacêutica 28, 32, 37, 38, 39
Atendimento clínico 83, 84
Atividade físicas 164
Atividades de planejamento 60, 80
Atividades externas 60, 79
Autoimagem 103
Automedicação 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 43
Autopercepção 59
Avaliação das ações 60, 80
Avanço tecnológico e científico 83

B

Bactéria 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201
Balanço hídrico rigoroso 15
Base de dados 43, 83, 119, 121, 122, 167
Bradicinesia 173, 174
Burnout 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 68, 71, 72, 73, 74, 76, 79, 81

C

Categoria profissional 59, 62
Células 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 143, 144
Células cancerígenas 128, 133
Cicatrização da ferida operatória 15, 21
Comunicação 83, 84, 90, 123
Corpo docente 83, 84
Covid-19 6, 7, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 39,

40, 41, 42, 43, 52, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150
Cuidados de enfermagem 15
Cura do coronavírus 28
Curso médico 83, 85

D

Deformidades faciais 93, 95, 98
Demandas 18, 59, 62, 142
Demandas de adaptação 59
Demandas de trabalho 59
Depressores do apetite 45
Desenvolvimento acadêmico 83, 91
Desequilíbrio eletrolítico 15, 21, 22
Desordem neurodegenerativa 173, 174
Diabetes mellitus tipo 2 195, 200
Discente 83, 90, 91
Displasia fibrosa-óssea 93
Distúrbios hematológicos 195
Docente 83, 84, 88, 90, 91
Doença coronariana 195
Doença crônica 22, 38, 46, 59
Doença de parkinson 173, 174, 178, 179
Doença hepática gordurosa não alcoólica (nafld) 195
Doença neurodegenerativa 173, 175, 198
Doença renal crônica 15, 16, 18, 19, 21, 25
Doenças gastrointestinais 195
Doenças respiratórias 46, 144, 151, 159, 160
Dor 17, 21, 36, 71, 79, 96, 103, 122, 123, 142, 174, 185, 189, 191, 192
Dupla tarefa 173, 175, 176, 179, 180, 181, 182

E

Efeitos colaterais 45, 55, 132, 134, 135
Emoções 103, 189
Enfermagem 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 43, 81, 125, 126, 127, 135, 136, 184, 186, 187, 188, 192, 193, 194
Enfermagem baseada em evidências 184
Enfermeiro obstetra 115, 124, 188, 194
Enjoos constantes 103
Ensino 66, 67, 68, 72, 76, 77, 80, 83, 84, 90, 91, 107, 167, 171, 188, 193
Envelhecimento 6, 113, 163, 165, 167, 170, 171, 172, 175
Equilíbrio hídrico 15, 21
Equipe de saúde da família (esf) 59, 62
Espera do parto 102, 105
Estágios supervisionados 83, 85
Estilo de vida sedentário 44, 46
Estresse no trabalho 59, 63

Exames imaginológicos 93
Exaustão emocional 59, 60, 62, 64, 65, 68, 74, 75, 76, 78
Excisão cirúrgica 93
Exercícios respiratório 152
Expectativas 59, 102, 104, 105, 110, 121, 163, 165, 189, 191

F

Fármacos antiobesidade 45
Fatores genéticos 44, 131, 175
Fatores psicológicos 44
Femproporex 44, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 55
Fisioterapia 6, 160, 173, 175, 176, 182
Formação acadêmica 83, 84

G

Gastrites crônicas 195
Gestação 103, 104, 105, 108, 109, 110, 185, 187, 191, 194
Gravidez 102, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 119, 122

H

Helicobacter pylori 195, 196, 198, 202, 203
Humanização da assistência 184
Humanização de parto 114, 116

I

Identidade pessoal 103
Imunoterapia 128, 130, 133, 135
Inclusão na sociedade 164
Infecção crônica 195, 199
Informação 83, 84, 90, 115, 124
Ivermectina 29, 31, 35

L

Lesões ósseas 93
Linfoma 195, 196, 199
Local de trabalho 59, 62, 75

M

Má alimentação 44, 135
Mal-estar 103
Mandíbula 93
Medicamentos controlados 44, 45, 47
Medicamentos manipulados 44, 45, 47
Medicina 14, 59, 83, 91, 133, 136, 137, 202
Medidas de isolamento social 28
Microrganismo 195

Modalidade terapêutica 128
Mudança de hábitos alimentares 139
Mudanças fisiológicas 103

N

Nascimento do bebê 102
Neoplasia 93, 98
Nutrição 20, 57, 128, 136

O

Obesidade 44, 46, 55, 57, 142
Objetivos 59, 62, 165, 181
Odontologia 100, 139, 140, 141, 147, 150
Odontopediatra 93, 96
Organização mundial da saúde (oms) 116, 139, 145
Órgãos 15, 16, 23, 129, 132
Orientação farmacêutica 29, 39
Osso imaturo 93, 95
Osteoporose 195

P

Paciente oncológico 128
Padrões 59, 62, 94, 104, 165
Pandemia 6, 16, 23, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 39, 40, 41, 43, 52, 139, 140, 141, 142, 145, 146, 147, 148, 149, 150
Parto 105, 109, 110, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194
Parturiente 114, 116, 117, 124, 186, 188, 189, 190, 191, 194
Perda de dopamina 173, 174
Perspectiva dos idosos 163, 165
Pessoa idosa 164
Planejamento cirúrgicos 93
Pós covid-19 15, 18, 19, 24
Pós-parto 116, 125, 184, 190, 191, 192
Powerbreathe® 151, 152, 159, 160
Prática odontológica 139
Prejuízos à saúde 44
Pré-natal 102, 106, 109
Preocupações 16, 59, 110, 165
Pré-parto 115
Presença do cônjuge 115, 122
Prevenção 24, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 130, 137, 138, 145, 146
Prevenção à covid-19 28, 33
Processo inflamatório crônico 195, 196
Processos biológicos 163, 165, 198
Processos patológicos 93

Produtores de conteúdo web 83, 85
Profissionais de saúde 6, 23, 31, 38, 59, 62, 71, 76, 81, 146, 191, 192
Projeto de vida 164, 167, 172
Psoríase 195
Púrpura trombocitopênica idiopática 195, 198

Q

Qualidade de vida 17, 23, 38, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 128, 132, 135, 136, 137, 159, 161, 163, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 182, 195

R

Reabilitação 152
Reformas sanitárias 59, 62
Região mandibular 93, 96
Representação social 103
Rigidez 173, 174
Rins 15, 16, 17, 23
Risco de cânceres 128
Risco de desequilíbrio eletrolítico 15, 20, 21
Risco de infecção 15, 20, 21

S

Sala de parto 115
Saúde bucal 61, 139, 141, 142, 146, 149
Sentimentos 69, 70, 74, 103, 104, 105, 109, 110, 111, 116, 163, 166, 168, 169, 170, 185, 189
Sibutramina 44, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 55
Sistema imunológico 23, 31, 128, 129, 130, 133, 134, 135, 136, 138
Sistema único de saúde (sus) 59, 62, 145
Supervisão 83, 84

T

Tecido fibroso 93, 95, 98
Tecido linfóide 195, 196
Tecnologia 83, 84, 90
Terapia hemodialítica 15, 18, 22, 23, 24, 26
Threshoud® 151, 152
Tipo de câncer 128, 129, 131, 134
Tomografia computadorizada 93
Tomografia computadorizada de feixe cônico (tcfc) 93
Trabalho de parto 110, 114, 116, 117, 122, 124, 125, 184, 185, 186, 189, 190, 192
Transtornos mentais 79, 81, 139
Tratamento oncológico 128, 130, 133
Treino muscular inspiratório (tmi) 151
Tremor 173, 174

U

Úlceras pépticas 195, 196

Unidade básica de saúde 102, 106

Uso racional de medicamentos 29, 38, 39

Usuários 38, 55, 83, 85, 86

V

Visitas domiciliares 60

Vitamina b12 195, 198, 200

Vitamina c 28, 34, 39, 200

Vitamina d 28, 34, 39, 43

Volume de líquidos excessivo 15, 20, 21

Z

Zinco 28, 34, 39



EDITORA
OMNIS SCIENTIA

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



EDITORA
OMNIS SCIENTIA

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 