



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Juliberta Alves de Macêdo

**SÍNDROME DE BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA EM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO AMAZONAS**

Florianópolis
2022

Juliberta Alves de Macêdo

**SÍNDROME DE BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA EM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO AMAZONAS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa
Catarina como requisito final para a obtenção do título de
mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Ione Jayce Ceola Schneider, Dra.

Florianópolis
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Macêdo, Juliberta Alves de
Síndrome de Burnout e Qualidade de Vida em Agentes
Comunitários de Saúde do interior do Amazonas / Juliberta
Alves de Macêdo ; orientadora, Ione Jayce Ceola Schneider,
2022.
84 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Síndrome de Burnout. 3. Qualidade
de Vida. 4. Agentes Comunitários de Saúde. 5. Áreas
Remotas. I. Schneider, Ione Jayce Ceola. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva. III. Título.

Juliberta Alves de Macêdo

**SÍNDROME DE BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA EM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO AMAZONAS**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 16 de dezembro de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Ione Jayce Ceola Schneider, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Maruí Weber Corseuil Giehl, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Roger Flores Ceccon, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prof.^a Ione Jayce Ceola Schneider, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2022

Dedico esta pesquisa à minha mãe (in memoriam), a melhor professora que pude ter. Também homenageio meu pai, que deu o seu melhor para cuidar de mim, garantir meus estudos, me incentivar e celebrar junto minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Expresso meus agradecimentos à minha família, que mesmo à distância, fizeram-se presentes nos momentos que mais precisei.

Ao Rafael, meu principal apoiador e incentivador em meio ao turbilhão de emoções que tenho passado nos últimos anos. Obrigada por me encorajar e me ajudar tanto em todas as áreas da minha vida.

À minha orientadora professora Ione, mulher extraordinária e inspiradora, por todos os ensinamentos, paciência e cuidado que teve comigo. Obrigada pela orientação no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e professores que fizeram parte da minha jornada, por tornarem possível a concretização de um sonho. Obrigada também à Maria Júlia, que sempre esteve disposta a ajudar e tirar as minhas dúvidas (que não eram poucas).

Às minhas amigas Bruna, Adriana, Ariná, Daiane, Letícia e Marielly por serem minha rede de apoio e compartilharem comigo tantos momentos importantes, fazendo a rotina da pós-graduação ser mais leve. Obrigada também às amigas que fiz no LABEPI e na Representação Discente, vocês não imaginam o quanto são queridas por mim e o quanto me ajudaram nesses dois anos.

Ao professor Cléber, meu orientador na graduação, por me incentivar na pesquisa e no campo da Saúde Coletiva. Obrigada também aos integrantes Núcleo de Epidemiologia e Saúde Coletiva do Médio Solimões por me ajudarem na coleta e tabulação dos dados. Também agradeço aos ACS de Coari pela disponibilidade e colaboração em participar desta pesquisa.

Ademais, à CAPES pelo fomento da bolsa para dar suporte a esta pesquisa.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham função imprescindível nas ações do Sistema Único de Saúde. Durante a jornada de trabalho os ACS estão expostos a diversas situações que desencadeiam desgaste físico e psicológico, que podem interferir na sua qualidade de vida. **OBJETIVO:** Investigar se a Síndrome de Burnout está associada à pior qualidade de vida em ACS das zonas rural e urbana do município de Coari-AM. **MÉTODOS:** Foram incluídos ACS de ambos os sexos, admitidos há mais de um ano na Secretaria Municipal de Saúde. Para investigar a Qualidade de Vida foi utilizado o *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref*, e a Síndrome de Burnout, o *Maslach Burnout Inventory*. Para comparar as variáveis quantitativas foi utilizado o teste t não pareado e ANOVA-One Way. Para verificar a associação entre Síndrome de Burnout e Qualidade de Vida nos ACS das zonas urbana e rural foi utilizado modelo de regressão linear bruta e ajustada de acordo com as características sociodemográficas. O nível de significância adotado foi de 95%. Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS v.20 (IBM, Armonk, NY, EUA). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob a CAAE 44289315.9.0000.5020. **RESULTADOS:** 223 ACS participaram da pesquisa, 58,29% da zona urbana; 65,91% do sexo feminino; 65,92% com quadro de Síndrome de Burnout já instalado e 34,08% em estágio inicial. ACS da zona urbana apresentaram escores maiores que os da zona rural no WHOQOL-bref no domínio meio ambiente ($p=0,005$) e no escore total ($p=0,032$). Indivíduos com quadro de Burnout em fase inicial apresentaram melhor pontuação no domínio físico ($p=0,013$) e no escore total ($p=0,032$) do WHOQOL-bref comparados aos com quadro instalado. Ao realizar a regressão linear bruta e ajustada por características sociodemográficas, o escore geral de qualidade de vida continua sendo maior em ACS da zona urbana. **CONCLUSÕES:** A presença de Síndrome de Burnout está associada à pior qualidade de vida dos ACS. Todos apresentaram algum grau de Burnout, e os ACS da zona rural apresentaram pior média de qualidade de vida geral que os da zona urbana. Os trabalhadores com quadro clínico de Síndrome de Burnout já instalado também apresentaram pior qualidade de vida em relação aos trabalhadores em estágios iniciais.

Palavras-chaves: Agentes Comunitários de Saúde; Áreas Remotas; Qualidade de vida; Síndrome de Burnout.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Community Health Workers (ACS) play an essential role in the actions of the Brazilian Unified Health System. During their workday, ACS are exposed to various situations that trigger physical and psychological exhaustion, which can interfere with their quality of life. **OBJECTIVE:** To investigate whether Burnout Syndrome is associated with a worse quality of life among ACS in the rural and urban areas of the municipality of Coari-AM. **METHODS:** ACS of both sexes, who had been working for more than a year in the Municipal Health Department, were included in the study. The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref was used to investigate the Quality of Life, and the Maslach Burnout Inventory was used to diagnose Burnout Syndrome. The unpaired t-test and ANOVA-One Way were used to compare quantitative variables. To verify the association between Burnout Syndrome and Quality of Life in ACS in rural and urban areas, a crude and adjusted linear regression model was used according to sociodemographic characteristics. The significance level adopted was 95%. All analyzes were performed using the statistical package SPSS v.20 (IBM, Armonk, NY, USA). The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Amazonas, under CAAE 44289315.9.0000.5020. **RESULTS:** 223 ACS participated in the research, 58.29% from urban areas, 65.91% female, 65.92% with a Burnout Syndrome diagnosis already installed, and 34.08% in the early stage. ACS from urban areas presented higher scores than those from rural areas in the WHOQOL-bref domain of environment ($p = 0.005$) and the total score ($p = 0.032$). Individuals with early-stage Burnout Syndrome presented better scores in the physical domain ($p = 0.013$) and the total score ($p = 0.032$) of the WHOQOL-bref compared to those with an installed diagnosis. When performing the crude and adjusted linear regression, the overall score of quality of life remained higher among ACS from urban areas. **CONCLUSIONS:** The presence of Burnout Syndrome is associated with worse quality of life among ACS. All of them presented some degree of Burnout, and ACS from rural areas presented a worse average of overall quality of life than those from urban areas. Workers with a clinical diagnosis of Burnout Syndrome also presented worse quality of life compared to those in early stages.

Keywords: Community Health Workers; Remote Areas; Quality of Life; Burnout Syndrome.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. (Dissertação) Localização do município de Coari, Amazonas, Brasil	30
Figura 1. (Artigo) Representação gráfica de comparação da Qualidade de Vida de acordo com o estágio do Burnout em Agentes Comunitários de Saúde do município de Coari, Amazonas, 2017.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Saúde do Trabalhador e Agentes Comunitários de Saúde.....	26
Quadro 2. Variáveis do estudo	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de Agentes Comunitários de Saúde do município de Coari, Amazonas, Brasil, 2017	52
Tabela 2. Regressão linear bruta e ajustada por características sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Coari, Amazonas, Brasil, 2017	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 11	11ª Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBI	<i>Malory Burnout Inventory</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SB	Síndrome de Burnout
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidades de Saúde da Família
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	SAÚDE DO TRABALHADOR.....	17
3.2	QUALIDADE DE VIDA	20
3.3	SÍNDROME DE BURNOUT	21
3.4	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	22
3.5	SAÚDE DO TRABALHADOR E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	24
4	MÉTODOS	30
4.1	FONTE DE DADOS	30
4.2	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SÍNDROME DE BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO AMAZONAS.	33
5	RESULTADOS	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICE A – Fluxograma da revisão integrativa	63
	ANEXO A – Instrumento de coleta de dados	64
	ANEXO B – Normas de Submissão da Revista Brasileira de Epidemiologia	74

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), como é conhecida no Brasil, é considerada fundamental para a efetividade dos sistemas de saúde e para melhorias nas condições de saúde da população (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Representa a principal porta de entrada dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2017). Dessa forma, a AB consiste em um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas e é apontada internacionalmente como a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária para expansão e consolidação da AB no país, de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2020). A ESF surgiu com o Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, que objetivou a reorientação do modelo assistencial da saúde (DANTAS et al., 2020). Através dessa estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias que trabalham de forma articulada. Essa equipe considera o indivíduo de maneira integral e leva em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade (BRASIL, 2009). Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha função imprescindível, pois é a figura central na Estratégia de Saúde da Família.

O papel dos ACS começou a fazer parte das políticas públicas de saúde com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, entretanto só foi legalmente regulamentada pelo MS em 2002. Com base na experiência bem-sucedida do PACS, a ESF, nos anos seguintes, firmou-se como trama de fortalecimento do SUS (FARIA; PAIVA, 2020). O ACS caracteriza-se por assistência à população pertencente a determinado território, desenvolvida com equipes multiprofissionais baseadas nas necessidades locais (BROCH et al., 2020).

Estes trabalhadores são elementos-chave do sistema e são responsáveis por realizar

atividades de prevenção e promoção à saúde, por meio de ações educativas, realizadas em domicílios ou junto à coletividade (DANTAS et al., 2020). A sensibilidade de compreender o momento certo e a maneira propícia de se aproximar e firmar relação de confiança é uma das habilidades primordiais do ACS (BRASIL, 2009), pois a visita domiciliar é a atividade mais importante do seu trabalho. Além disso, os ACS trabalham e residem na mesma comunidade, exercendo um duplo papel: o de ser concomitantemente usuário e trabalhador do serviço de saúde. Essa dupla colocação pode acarretar fonte de sofrimento psíquico para o trabalhador, podendo esse sofrimento tornar-se patogênico (SANTOS; SOUZA; FREITAS, 2019).

Ademais, os ACS exercem uma rotina de trabalho desgastante com longas caminhadas sob condições climáticas desfavoráveis, utilização de meios de transporte inseguros, interação com pessoas portadoras de doenças infectocontagiosas e parasitárias, contato com animais ferozes, comparecimento em áreas de risco, exposição à radiação solar e poeira e intenso ritmo de trabalho (SANTOS et al., 2019). Não há como negar que os ACS necessitam de habilidades e de um ambiente de trabalho favorável para atender à população. Entretanto, observa-se que, por vezes atuam em condições desfavoráveis para o bom desempenho de suas competências e, em ambientes de trabalho inadequados que favorecem seu adoecimento (TRINDADE et al., 2007).

Neste cenário, ressalta-se que o Brasil possui uma dimensão continental e grandes iniquidades regionais que refletem na vida da população (MATA et al., 2020). Destacar as mudanças nos estados nacionais no atual período da globalização e suas inseparáveis e particulares configurações espaciais é fundamental para elucidar os impasses das políticas regionais e seu renovado papel neste processo (VIANA; IOZZI, 2019). Nesse sentido, destaca-se a atuação de trabalhadores em populações com especificidades locorregionais, como as ribeirinhas da Amazônia (BRASIL, 2017).

As populações ribeirinhas da Amazônia representam uma mistura de diferentes grupos sociais: indígenas, nordestinos e migrantes de outras regiões (GAMA et al., 2018). Essas populações vivem em áreas remotas, às margens de rios e lagos na Amazônia brasileira, distribuindo-se em uma área geográfica com cerca de 5.020.000km² (IBGE, 2022). O cotidiano dos ribeirinhos às margens dos rios é impactado pela dinâmica das águas (cheias e vazantes), continuamente impondo restrições de ordem multidimensional (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007). De modo geral, são destituídos de infraestrutura mínima de saneamento básico, energia elétrica e serviços de saúde. A assistência à saúde é centralizada na zona urbana dos municípios, com ações esporádicas dos profissionais de saúde nas comunidades (GAMA et al., 2018).

No contexto das disparidades regionais, os municípios do Amazonas constituem-se cenários vulneráveis (GARNELO; SOUSA; DA SILVA, 2017). O Amazonas é o maior estado do Brasil em extensão territorial e integra o Bioma da Amazônia, um dos sete estados da Região Norte, pertencente à Amazônia Legal (IBGE, 2022). Possui 62 municípios, com população estimada de 4.269.995 habitantes. A densidade demográfica é baixa (2,23 habitantes/km²) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é considerado “médio”, valor igual a 0,674 (IBGE, 2021).

No Brasil, os problemas de natureza estrutural se sobrepõem a uma estrutura incompleta de equipamentos e especialidades (recursos humanos e tecnológicos) pelo território, e trazem para o primeiro plano a questão da equidade territorial como o maior desafio a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS (VIANA; IOZZI, 2019). A relevância dos ACS frente às ações do SUS e sua importância na construção de uma AB forte demanda reconhecê-los como merecedores de um olhar voltado para suas condições de vida e trabalho, isso porque estes trabalhadores enfrentam diariamente situações de exposição ocupacional, que podem representar riscos à sua saúde física e psicológica e à sua Qualidade de Vida (QV) (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

Ressalta-se que a QV desses trabalhadores pode influenciar na qualidade assistencial do serviço que eles prestam. O equilíbrio das expectativas profissionais e suas respectivas concretizações contribuem para a melhoria da sua QV e uma boa condição de saúde mental (MIRANDA; PEGORARO, 2021). Contudo, o estresse, desgaste e esgotamento profissional podem contribuir para o surgimento da Síndrome de Burnout (SB) (SEABRA, 2020). A SB é conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso e consta na lista das doenças ocupacionais na 11^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (WHO, 2019).

Diante do exposto, a pergunta de pesquisa deste estudo é: a presença de Síndrome de Burnout está associada à pior Qualidade de Vida em ACS das zonas rural e urbana do município de Coari, Amazonas?

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar se a presença de Síndrome de Burnout está associada à pior Qualidade de Vida em ACS das zonas rural e urbana do município de Coari, Amazonas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características sociodemográficas dos ACS das zonas rural e urbana do município de Coari, Amazonas.

Relatar as condições de Qualidade de Vida e possível Síndrome de Burnout em ACS das zonas rural e urbana do município de Coari, Amazonas.

Identificar em quais domínios de Qualidade de Vida há possíveis diferenças entre ACS das zonas rural e urbana do município de Coari, Amazonas.

Identificar em quais domínios relacionados à Síndrome de Burnout há possíveis diferenças entre ACS das zonas rural e urbana do município de Coari, Amazonas.

Verificar se há diferença na Qualidade de Vida em diferentes níveis de Síndrome de Burnout de ACS das zonas rural e urbana do município de Coari, Amazonas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para conhecer a literatura a respeito da saúde dos ACS, foi realizada uma revisão integrativa. Esta revisão é composta por cinco subcapítulos: “Saúde do Trabalhador”, “Qualidade de Vida”, “Síndrome de Burnout”, “Agentes Comunitários de Saúde” e uma revisão integrativa sobre Saúde do Trabalhador e Agentes Comunitários de Saúde.

3.1 SAÚDE DO TRABALHADOR

O termo “Saúde do Trabalhador” (ST) refere-se à compreensão das relações entre o trabalho e o processo saúde/doença (BRASIL, 2002). No Brasil, o campo da Saúde do Trabalhador advém de um patrimônio acumulado na esfera da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência operária italiana (MINAYO GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Trabalhador é toda pessoa que exerce uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal, inclusive na forma de serviço familiar e/ou doméstico (BRASIL, 2002). Dessa forma, o cuidado à saúde dos trabalhadores deve levar em conta a inserção destes nos processos produtivos, considerando que o trabalho é um determinante importante do processo saúde-doença (AMORIM et al., 2017).

Historicamente, o trabalho surge como uma das principais condições determinantes de organização da sociedade e ocupa um lugar central na constituição do homem, à medida que através dele o indivíduo atua modificando seu ambiente e edificando a si mesmo (CARDOSO, 2001). Com a chegada do capitalismo, o mundo do trabalho passou por inúmeras transformações, de forma que esse processo de metamorfose perdura até os dias atuais e geram impactos continuamente (SILVA, 2019).

Assim, com o avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante os anos 1960/70, expandiu-se a compreensão do processo saúde-doença, principalmente em sua relação com o trabalho. Essa nova forma de enxergar a relação trabalho-saúde e de intervir no mundo do trabalho desperta, na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no rol das propostas da Reforma Sanitária Brasileira (MINAYO GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

A partir da implementação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, esta área passou a ser incorporada nas ações do SUS. No artigo 6º, parágrafo 3º, a Saúde do Trabalhador é definida como:

um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Atualmente, observa-se que o modo de vida exigido dos trabalhadores, em uma tentativa constante de se adequar aos mutáveis processos de trabalho, tem gerado graves desgastes físicos e emocionais. Assim, o ritmo de trabalho entra em contradição com o ritmo biológico do indivíduo. O efeito dessa configuração reflete diretamente na saúde do trabalhador e excede, perpassando em suas diversas relações sociais do cotidiano (SILVA, 2019).

Diante disso, entende-se ST como

o campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais (LACAZ, 2007).

Neste contexto, um estudo sobre a relação entre trabalho e saúde do trabalhador evidenciou que 67,7% dos profissionais de saúde afirmam que as atividades laborais afetam sua saúde de forma negativa (CARDOSO; MORGADO, 2019). Quanto à percepção dos trabalhadores sobre sua saúde, um em cada dez trabalhadores diz estar “bastante mal” ou “muito mal” informado sobre os riscos para sua saúde relacionados ao desempenho de sua função (EUROFOUND, 2015).

Apesar das preocupações legítimas com a saúde do trabalhador serem apontadas, é notório o desejo de intensificação do trabalho e exploração do trabalhador. Com isso, o local de trabalho pode tornar-se fonte de sofrimento psicológico e causar aumento de casos de afastamentos por psicopatologias (SILVA, 2019).

Assim, o desafio de incorporação do olhar da ST no SUS ainda não está superado nem é simples. Para tanto, requer esforços multisetoriais e multidisciplinares que aproximem usuários e profissionais de saúde, pesquisadores e gestores, em uma articulação que promova a inserção das especificidades do cuidado e da promoção da saúde relacionados ao trabalho nas estruturas e instâncias do SUS já estabelecidas, com suas limitações de recursos de diversas ordens – financeiros, humanos, infraestrutura, entre outros (CAMARA; BELO; PERES, 2020).

O conceito de Determinantes Sociais em Saúde (DSS), classicamente, está relacionado às condições em que uma pessoa vive e trabalha, incluindo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência dos problemas de saúde e fatores de risco à população (DALCIN et al., 2016). Os DSS buscam a

mediação entre a realidade multifacetada e a totalidade social, levando em consideração um campo amplo, em que se originam os processos saúde-doença (BROCH et al., 2020).

Ao adotar o conceito ampliado de saúde como um completo estado de bem-estar (físico, emocional e social) e ao defender a saúde como produção social, a Saúde Coletiva tem destacado a determinação social como base para a compreensão dos processos saúde-doença (RAWLS, 1992). Os determinantes sociais interferem na chance individual de obtenção de acesso e utilização dos benefícios resultantes dos cuidados em saúde (ESPOSTI et al., 2020).

Além disso, os determinantes intermediários incluem as condições de vida, os aspectos psicossociais, os fatores biológicos/genéticos e comportamentais dos indivíduos e o sistema de saúde (GARBOIS; SODRÉ; ARAÚJO, 2017). A configuração deste último é o que define o padrão de acesso ao cuidado de saúde dos diferentes grupos sociais e, quando incorpora as diferenças de exposição, de doença e de vulnerabilidade social da população, também por meio de ações intersetoriais, pode minimizar tais diferenciais na vida das pessoas (OMS, 2010).

Desde a década de 1980, acompanhando o movimento da Medicina Social Latino-Americana, o estudo das relações saúde-trabalho (principalmente dos impactos dos diferentes processos produtivos na saúde dos trabalhadores) se desenvolveu e cresceu no país, tanto nas academias de ensino quanto em sua interface com a organização do SUS (LACAZ, 2007). Essa expansão possibilitou a criação e a consolidação do campo da Saúde do Trabalhador, um campo de saberes e práticas voltados para a compreensão da relação saúde-trabalho com o foco no trabalhador e suas inter-relações com o ambiente e a organização do trabalho (CAMARA; BELO; PERES, 2020).

Após a Revolução Industrial, as mudanças tecnológicas e a reorganização do trabalho na sociedade permitiram às empresas o aumento da produtividade e, conseqüentemente, a constante busca pela acumulação de capital e lucro (SILVA, 2019). Nota-se, também, que os últimos arranjos têm levado à perda de poder do trabalhador sobre seu trabalho e do significado deste (SEGANTIN; MAIA, 2007). Dessa forma, as mudanças impactaram a saúde do trabalhador e repercutiram tanto na esfera do seu físico quanto no psicológico. Isso tem transformado o ambiente laboral numa fonte de sofrimento para o indivíduo e, assim, provocando diminuição na qualidade de vida (SILVA, 2019).

Sabe-se que as regiões Norte e Nordeste figuram em, praticamente, todos os indicadores, em grande desvantagem frente às demais do país (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020). Porém, além da questão regional, outro ponto a ser chamado a atenção é quanto a inserção de mulheres no mercado de trabalho, que é marcada por desigualdades sociais, desde a composição de vínculos de trabalho, remuneração e responsabilidade doméstica (PITOMBEIRA; OLIVEIRA,

2020).

Segundo dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, para cada homem desempregado havia cinco mulheres nesta condição, no Brasil, no período entre 2012 e 2019. Quando empregadas, as mulheres ocupavam majoritariamente o setor saúde, educação, serviço social e serviços de manutenção e trabalho doméstico, atividades com menor remuneração e piores condições de segurança, implicando maior risco para a saúde das trabalhadoras (ANVISA, 2020).

Atualmente, o contexto do trabalho é marcado pelo mal-estar experienciado pelos trabalhadores, influenciado pela incerteza, fluidez, cobrança por produção e constante controle, o que vem contribuindo para a precarização das condições trabalhistas (SILVA, 2019), e ocasiona agravos e comprometimentos à saúde do trabalhador.

3.2 QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Assim, abrange diversas esferas, como por exemplo, o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional. Também envolve relacionamentos sociais, como família e amigos e, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida (WHOQOL GROUP, 1995).

Sabe-se que o conceito de saúde não é classificado apenas como a ausência de doença, mas o estado de satisfação do indivíduo com relação à vida que tem, tornando-se evidente o aspecto multidimensional acerca da QV que vão desde fatores subjetivos até avaliação positiva e negativa (OLIVEIRA; LEITE; SAMPAIO, 2019). Por ser um termo amplo em sua conceituação e abordar vários domínios, a QV é alvo de estudo de profissionais de diversas áreas (PEREIRA et al., 2018).

Além disso, existe ainda a qualidade de vida no trabalho (QVT), que é considerada fator relevante na análise das condições de trabalho (AGUIAR et al., 2018). A QVT relaciona variáveis ambientais, comportamentais e organizacionais para possibilitar humanização nos setores de trabalho, a fim de melhorar resultados tanto para o trabalhador como para a instituição (PORTUGAL et al., 2016).

Estudos evidenciam que as particularidades do trabalho têm potencial para interferir nas suas condições emocionais e QV (PEREIRA, 2022; LEITÃO; PEREIRA; GONÇALVES,

2021; BORNSTEIN; DAVID, 2014; MARTELETT; MOTA; CARPES, 2014). Destacam-se os trabalhadores de saúde, e entre eles, os ACS, que, por morarem e trabalharem na própria comunidade, estão constantemente expostos a fatores que levam à sobrecarga no trabalho, como as condições que são disponibilizadas, o salário, as questões de gênero, estado civil, interface família/comunidade, o relacionamento interpessoal, a carga emocional, o estresse, ambientes insalubres, pressões, exigências e o cumprimento de metas (OLIVEIRA; NERY, 2019).

Neste contexto, as especificidades quanto ao trabalho dos ACS são cruciais para a manutenção de condições adequadas de trabalho, uma vez que estas não se resumem na realização do trabalho em si, mas também se relacionam com tudo que está em torno do trabalho, implicando diretamente sobre a qualidade de vida, a saúde, a satisfação e a vinculação com o trabalho (PEREIRA et al., 2018).

3.3 SÍNDROME DE BURNOUT

O termo Burnout deriva do inglês “to burn out” e significa “queimar por completo” ou “consumir-se”. O termo foi criado em 1974 pelo psicanalista Freudenberg, que descreveu o Burnout como um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos internos (LIMA et al., 2021), e está intimamente relacionado à atividade profissional (ALMEIDA et al., 2016).

Segundo a OMS, as características da Síndrome de Burnout incluem: (1) exaustão emocional, caracterizada por falta de energia e sensação de esgotamento; (2) despersonalização, definida como falta de sensibilidade e distanciamento no trabalho; (3) baixa realização profissional, marcada pela não atribuição de sentido ao trabalho e diminuição da percepção de competência (WHOQOL GROUP, 2019). Assim, a Síndrome de Burnout consiste na “síndrome da desistência”, pois a pessoa afetada não investe mais em seu trabalho e nas relações afetivas que dele iniciam, tornando-se incapaz de se envolver emocionalmente com ele (SOUZA; HONORATO, 2019).

Devido à sua alta incidência, a SB tornou-se um problema de saúde pública em vários países, incluindo o Brasil (SILVEIRA et al., 2016). O Burnout é ainda mais preocupante na área da saúde, visto que pode afetar os cuidados destinados aos pacientes, uma vez que profissionais desgastados em sua rotina diária e em contato com fatores estressores não desempenham sua função com a mesma qualidade que o fariam na ausência destes (ALMEIDA et al., 2016).

Estudo de revisão identificou significativo número de pesquisas (57,2%) relacionando

Burnout e ESF, o que sugere que exista um risco maior de estresse ocupacional nesses profissionais (ALMEIDA et al., 2016). Neste contexto, outro estudo apontou que a SB foi relatada por cerca de 40 a 60% dos profissionais de saúde avaliados, trazendo consigo consequências como exaustão emocional, baixo rendimento profissional e despersonalização, ocasionando efeitos secundários aos ambientes profissional e social (SILVEIRA et al., 2016).

Assim, destaca-se a relação de SB entre estes profissionais precisa ser mais estudada, pois a banalização da saúde dos trabalhadores compromete o bem-estar dos mesmos e a qualidade dos serviços prestados (BURATTI et al., 2022). A intervenção investigativa e preventiva é fundamental para realizar ações terapêuticas precocemente nos trabalhadores que apresentem esses sinais e sintomas (ALMEIDA et al., 2016).

3.4 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1963, foi apontada a proposta de um trabalhador advindo da própria comunidade para contribuir e facilitar na melhoria do contexto sanitário do território. As principais razões eram: culturais, isto é, proximidade deste perfil profissional com a população; o baixo custo de contratação; e o pouco investimento em formação (BRASIL, 2022).

Concomitante a isso, profissionais de saúde inconformados com as práticas dos serviços oficiais e instigados pelo desejo de trabalhar de forma mais relevante nas classes populares, favoreceram possibilidades de contato e atendimento às populações periféricas dos grandes centros urbanos e regiões rurais com intuito de minimizar os conflitos entre o saber médico e o popular (VASCONCELOS, 2001). Estas ações incentivaram alguns programas estabelecidos pelo estado como, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento Nordeste – PIASS, em 1976, o Programa Agentes de Saúde do Ceará em 1987 e o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS, em 1991, convertido no ano seguinte no Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (MOROSINI et al, 2007; CARNEIRO, 2013).

A 8ª CNS, realizada em 1986, e a Constituição Federal de 1988 são considerados marcos de conquista de diversos direitos à população e do retorno do país ao regime democrático. A CNS contou com a participação ativa da população. Mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil saíram às ruas para discutir um novo modelo de saúde para o país (SOUZA; GOMES; ZANETTI, 2020).

A pressão popular impulsionada pela Reforma Sanitária, bem como as propostas técnicas dos profissionais da saúde para a organização de um sistema de saúde universal,

focados na saúde pública, foram o ponto de partida para a criação do SUS (SAVI; MACÊDO, 2022). Nesse contexto, o PACS foi um dos primeiros programas instituídos após a criação do SUS, considerado um programa de transição para o PSF, criado no Brasil em 1994, com os mesmos princípios de universalização dos serviços e integralidade da assistência para reorientar, reorganizar e aperfeiçoar o modelo assistencial em saúde então vigente (SOUZA; GOMES; ZANETTI, 2020).

Desde que o Ministério da Saúde incorporou os ACS ao SUS, ficou definido, pelo próprio ministério e pelas secretarias municipais de saúde, que estes trabalhadores, independentemente do nível de escolaridade, deveriam cumprir requisitos formais de residir há pelo menos dois anos na comunidade onde atuaria; ter idade mínima de dezoito anos; saber ler, escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 2004).

Ao analisar a ESF, desde o início de sua implantação como PSF, nota-se que o Brasil apresentou crescente aumento em relação ao número de equipes em território nacional. Isso se deve às necessidades da população, ao porte populacional dos municípios e ao apoio do governo (SOUZA; GOMES; ZANETTI, 2020). Dentro da equipe, o ACS é considerado o protagonista no que se refere à relação de trocas de experiências estabelecidas, especialmente entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos médico-científicos (SANTOS et al., 2011).

Em relação à proporção de ACS inseridos nas eSF (Equipes de Saúde da Família), os dados apontam um aumento expressivo de profissionais no país em 20 anos e totalizou mais de 233%, indo de 78.705 agentes em 1998 a 262.325 ACS implantados em 2018. Observa-se que, de 1998 a 2018, o aumento do número de municípios com eSF é de 4.341, alcançando em 2018, 5.475 municípios com equipes (SOUZA; GOMES; ZANETTI, 2020).

As práticas na ESF são desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar a fim de integrar conhecimentos específicos de diversas áreas, no intuito de promover e manter a saúde da população (SANTOS et al., 2011). Apesar da grande importância que o ACS assume, principalmente com o aumento significativo de trabalho e responsabilidade, não é acompanhado de aumento salarial correspondente, com discrepante a diferença de salário entre os membros da equipe (NUNES et al., 2002). Este é um dos principais pontos de insatisfação revelados por esses profissionais (SANTOS et al., 2011).

Além disso, ressalta-se que em 2018 as regiões Nordeste, Norte e Centro-oeste são as que apresentam maior proporção de ACS por 1.000 habitantes. Essa razão foi, respectivamente às regiões citadas, 1,8 ACS/1.000 habitantes, 1,7 e 1,1. No mesmo período, para o Brasil como um todo, existiam 1,27 ACS/1.000 habitantes e 0,21 eSF/1.000 habitantes (SOUZA; GOMES; ZANETTI, 2020).

O ACS depara-se continuamente com grandes desafios como complexidade e repetição de tarefas, burocratização e hierarquização das relações de trabalho, além da inexistência de limites entre o ambiente de trabalho, seu conteúdo e o local de moradia do agente (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012). Sabe-se que a escolha de residentes dos próprios bairros de atuação tem por objetivo, entre outros, o aumento da eficácia das ações de educação para a saúde. Isso porque, essas pessoas compartilham o mesmo contexto social e cultural e o mesmo universo linguístico, o que facilita a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas do bairro, assim como, o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito da adesão às recomendações médicas (NUNES et al., 2002).

Ademais, no trabalho dos ACS também é importante ressaltar as longas caminhadas, principalmente aqueles que trabalham na zona rural, além do uso de mochilas, adicionado ao peso da balança para a pesagem de crianças (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012). O ACS é um profissional que desempenha um papel importante no contexto das ações SUS, entretanto está exposto à inúmeras condições inadequadas de trabalho que podem gerar agravos à saúde.

Estudo sobre percepções dos ACS quanto às atividades laborais aponta que esses trabalhadores percebem sua exposição ocupacional a riscos e agravos à saúde. Essa exposição pode contribuir para o surgimento de agravos à saúde, que foram percebidos como musculoesqueléticos, cardiovasculares, dermatológicos e psicológicos (GOMES et al., 2015).

3.5 SAÚDE DO TRABALHADOR E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Os artigos da revisão integrativa foram pesquisados por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com a seguinte chave de busca: (mh:("Saúde do Trabalhador")) AND (mh:("Agentes Comunitários de Saúde")). As etapas para seleção dos artigos para compor a revisão foram: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão (Apêndice A). Após a busca, foram identificados 67 artigos. Foram excluídos 13 artigos por estarem duplicados e/ou por não conter resumo, ficando o total de 54 artigos. Após a análise de títulos e resumos, foram excluídos 28 estudos e um estudo que não foi encontrado o texto na íntegra. Assim, foram lidos completamente 25 artigos para avaliar quais seriam incluídos ou não. Destes, 13 foram excluídos após leitura completa por se tratar de outras temáticas, totalizando 12 artigos incluídos para compor o quadro da revisão integrativa sobre Saúde do Trabalhador e Agentes Comunitários de Saúde (Quadro 1).

Todos os estudos (n=12) revelaram que sintomas psicológicos estão presentes

diariamente na vida dos ACS, principalmente sofrimento emocional, estresse e depressão. Para Moura e colaboradores (2020), a prevalência de sintomas depressivos foi de 20,6% entre os ACS entrevistados e se associou à baixa ou moderada capacidade para o trabalho e ao baixo apoio social (MOURA; LEITE; GRECO, 2020). Maia e colaboradores (2011) identificaram que as fontes de estresse ocupacional nos agentes são a função de elo entre serviço e comunidade, a proximidade emocional com a população e o contato direto com problemas socioeconômicos do território (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

Neste contexto, Sotero (2017) também constatou relatos de sofrimentos psíquicos diários, contudo, os testes psicológicos mostraram resultados não significativos para detecção de estresse, depressão e Síndrome de Burnout (SOTERO, 2017). Entretanto, Santos e colaboradores (2014) identificaram que 61,4% dos agentes apresentam alguma manifestação de estresse. Destes, 51,7% encontravam-se na fase de resistência, com predominância de sintomas físicos (SANTOS; VARGAS; REIS, 2014).

Os sintomas físicos, também conhecidos como sintomas musculoesqueléticos, podem ser decorrentes do estresse, principalmente no trabalho (SANTOS, 2010). No estudo realizado por Gomes e colaboradores (2015), os ACS relataram perceber que a exposição ocupacional acarreta riscos e agravos à saúde, entre eles, os sintomas musculoesqueléticos e psicológicos. Porém, sabe-se que a dor musculoesquelética é de origem multifatorial e pode ter diversas causas e manifestações (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012). Nesse sentido, estudo realizado por Paula e colaboradores (2015) revelou que 82,98% dos ACS apresentaram sintomas musculoesqueléticos nos últimos sete dias e 93,62% nos últimos 12 meses (PAULA et al., 2015). O relato de dor musculoesquelética em ACS foi amplamente descrito na literatura (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012; GOMES et al., 2015; SANTOS; VARGAS; REIS, 2014; VELLO, 2015).

A sobrecarga física e emocional no trabalho dos ACS pode interferir na qualidade de vida desses trabalhadores (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013), ao passo que também interfere na sua capacidade para o trabalho (MOURA; LEITE; GRECO, 2020). No estudo de Paula e colaboradores (2015), o domínio da QV mais acometido foi a dor. Ao comparar entre sexo e capacidade para o trabalho, as mulheres apresentaram capacidade inadequada. Assim, quanto mais baixos os escores da QV, menor a capacidade para o trabalho (CASTRO; ZUCKI, 2015). Santos (2010) já havia identificado que o baixo reconhecimento interfere na produtividade e na autoestima. Além disso, a excessiva intensidade e ritmo no trabalho, valorização da burocracia e a insegurança interferem na saúde física e psíquica desses profissionais (SANTOS, 2010).

Quanto à localização geográfica das unidades de saúde e residências dos usuários também foram observadas queixas dos trabalhadores (KRUG et al., 2017). Neste contexto, as condições de trabalho podem representar um obstáculo para o exercício da profissão (GOMES et al., 2015). As longas caminhadas, principalmente na zona rural, enfrentando todo tipo de condição climática e ambiental também podem acarretar em agravos à saúde do trabalhador (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012). Entretanto, apesar dessas queixas em relação ao território, no estudo de Santos e colaboradores (2014), os ACS revelaram que a relação com os usuários não foi considerada estressante (SANTOS; VARGAS; REIS, 2014)

Por fim, averiguou-se que a formação dos ACS, no que tange aos conhecimentos humano-sociais ainda é insuficiente (MAIA; SILVA; MENDES, 2011). Além disso, esses profissionais relatam que trabalhar com gestores com liderança autoritária, sem autonomia, desmotivada, estressada e/ou despreparada para a função é estressante (SANTOS; VARGAS; REIS, 2014). Assim, os ACS sinalizam sentimentos de incômodo em relação às situações estressoras e soluções para o planejamento de suas atividades, preparo e capacitação (WAI, 2009). As estratégias de gerenciamento utilizadas pelos agentes foram o exercício físico, leitura, música e reuniões em equipe (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012).

Quadro 1. Saúde do Trabalhador e Agentes Comunitários de Saúde

Título/Autor	Objetivo e resultados
Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde (MOURA; LEITE; GRECO, 2020)	O objetivo foi avaliar a prevalência de sintomas de depressão relacionada aos fatores ocupacionais, sociodemográficos e de estilo de vida dos ACS. Realizou-se um estudo transversal com 400 agentes, por meio de entrevistas individuais em UBS de um município situado em Minas Gerais, entre 2015 e 2017. A prevalência de sintomas depressivos entre os trabalhadores foi de 20,6%. Na análise multivariada, a prevalência de depressão se associou à baixa ou moderada capacidade para o trabalho, ao baixo apoio social, às classes econômicas C, D e E e aos domínios físico e psicológico da QV.
Demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho de agentes comunitários de saúde (FERNANDES et al., 2018)	O objetivo foi identificar as demandas psicológicas, o controle e o apoio social no trabalho de ACS. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 212 agentes de um município do interior de Minas Gerais. No que diz respeito à demanda, ao controle e ao apoio social no trabalho dos ACS, 53,8% apresentaram alta demanda, 65,1% baixo controle e 66,4% possuem alto apoio social. Os dados demonstram que 36,8% dos trabalhadores estão na categoria de alta exigência, que combina alta demanda e baixo controle, seguido pelo trabalho passivo, que combina baixa demanda e baixo controle (28,3%).
Trabalho, sofrimento e	O objetivo foi analisar como o ACS avalia seu contexto de trabalho e os

<p>adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil (KRUG et al., 2017)</p>	<p>possíveis fatores que contribuem para seu sofrimento/adoecimento. Estudo transversal de abordagem quantitativo-qualitativa, com ACS de 13 municípios da região central do estado do Rio Grande do Sul. A primeira etapa do estudo contou com 251 ACS e a segunda etapa foi a entrevista com 15 trabalhadores. As situações de sofrimento relacionaram-se ao não reconhecimento profissional, ritmos excessivos, sobrecarga de trabalho, conflitos com a comunidade, não resolutividade das ações, indisponibilidade de materiais e insumos somados à localização geográfica da unidade de saúde e das residências dos usuários, tipo de estratégia e gestão da saúde.</p>
<p>O trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma análise psicológica da saúde do trabalhador (SOTERO, 2017)</p>	<p>O objetivo foi identificar, através das percepções dos ACS, os sofrimentos advindos da organização do seu trabalho e vivenciados diariamente. Estudo qualitativo com 24 ACS, gênero feminino, integrantes das equipes das sete unidades de Saúde da Família de Bauru-SP. Constatou-se a percepção da prática diária envolvendo uma problemática em relação ao vínculo no trabalho. Foram identificados relatos de sofrimentos psíquicos diários advindos de fatores psicossociais decorrentes da organização do trabalho. Os testes psicológicos mostraram resultados não significativos para detecção de estresse, depressão e Síndrome de Burnout.</p>
<p>Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde (GOMES et al., 2015)</p>	<p>O objetivo foi descrever a percepção dos ACS sobre riscos e agravos relacionados às suas atividades ocupacionais. Pesquisa qualitativa desenvolvida em UBS de Recife-PE. Os ACS percebem sua exposição ocupacional a riscos e agravos à saúde. Essa exposição pode contribuir para o surgimento de agravos à saúde, que foram percebidos como musculoesqueléticos, cardiovasculares, dermatológicos e psicológicos. As condições de trabalho podem representar um obstáculo para o exercício da profissão.</p>
<p>Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais (PAULA et al., 2015)</p>	<p>O objetivo foi avaliar a capacidade para o trabalho, aspectos socioeconômicos, QV e sintomas osteomusculares, bem como as associações entre estes em ACS de Uberaba-MG. Estudo transversal, descritivo, com 47 ACS, com idade média de 37 anos. Destes, 82,98% apresentaram sintomas osteomusculares nos últimos sete dias e 93,62% nos últimos 12 meses. O domínio da QV mais comprometido foi a dor, seguido pela vitalidade, aspectos sociais, saúde mental, estado geral de saúde, aspectos emocionais, aspecto físico e capacidade funcional. A média da Capacidade para o Trabalho (CT) foi de $36,51 \pm 7,95$. A comparação entre sexo e CT indicou que maior número de mulheres apresentou capacidade inadequada. Maior incidência de sintomas implicou capacidade inadequada. Quanto mais baixos os escores da QV, menor a CT.</p>
<p>Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde:</p>	<p>O objetivo foi analisar a incorporação de ações de saúde do trabalhador na APS de um município na região metropolitana da capital de São Paulo, por</p>

estudo de caso em um município na região metropolitana de São Paulo (VELLO, 2015)	meio de pesquisa qualitativa. Dos 184 funcionários, 75 responderam ao questionário. As categorias profissionais que obtiveram maior e menor participação na pesquisa foram, respectivamente, os ACS e a médica. Entre os profissionais, 48% relataram que identificaram algumas vezes agravos à saúde relacionados ao trabalho. Os agravos relacionados ao trabalho mais comumente atendidos foram lesões por esforços repetitivos e traumas.
Estressores laborais em agentes comunitários de saúde (SANTOS; VARGAS; REIS, 2014)	O objetivo foi verificar a ocorrência do estresse laboral em ACS de Aracaju-SE. Trata-se de um estudo quantitativo. Participaram 236 trabalhadores e identificou-se que 61,4% apresentaram alguma manifestação de estresse. Destes, 51,7% encontravam-se na fase de resistência, com predominância de sintomas físicos (52,4%). A relação de trabalho com as gerências foi apontada como principal fonte de estresse, sendo considerado muito estressante trabalhar com gestores cuja liderança é autoritária, sem autonomia, desmotivada, estressada e/ou despreparada para a função. Já a relação com outros ACS e usuários não foi considerada estressante.
Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012)	O objetivo foi identificar formas de adoecimento pelo trabalho dos ACS e as estratégias utilizadas por estes profissionais para gerenciá-las ou preveni-las. Trata-se de uma revisão integrativa, cuja estratégia de busca foi consulta à bases eletrônicas internacionais de artigos publicados no período de 1986 a 2010. Foram selecionados 15 artigos. Os estudos mostraram formas de adoecimento de ordem física e psíquica, como: doenças de ordem circulatória, muscular e infecciosa, transtorno mental, estresse e síndrome do esgotamento profissional. Foram identificadas estratégias de gerenciamento como exercício físico, leitura, música e reuniões em equipe.
Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática (MAIA; SILVA; MENDES, 2011)	O objetivo foi analisar a manifestação de Burnout em ACS, com ênfase em aspectos de sua formação e prática. Trata-se de uma revisão de literatura a partir de publicações encontradas na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As fontes de estresse ocupacional encontradas foram: a função de elo entre serviço e comunidade, a proximidade emocional com a população e o contato direto com os problemas socioeconômicos do território. Averiguou-se também que a formação dos ACS, no que tange aos conhecimentos humano-sociais, é ainda insuficiente. Mudanças na formação dos agentes e nas suas condições de trabalho, poderiam refletir positivamente sobre a saúde da população assistida.
O estresse no trabalho dos agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro (SANTOS, 2010)	O objetivo foi analisar a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos municípios da região do Médio Paraíba-RJ, tomando como eixo de análise o processo de trabalho dos ACS. Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa, com 32 ACS inseridos em três módulos do PSF. Os resultados identificam o

	<p>baixo reconhecimento interferindo na produtividade e na autoestima, excessiva intensidade e ritmo empregados no trabalho, valorização da burocracia na execução do trabalho, violência como fator de insegurança e reconhece a interferência do estresse na saúde tanto física quanto psíquica.</p>
<p>O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento (WAI, 2009)</p>	<p>O objetivo foi identificar através das percepções que os ACS têm sobre seu trabalho, eventos que provocam sobrecarga e como lidam com eles. Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 17 ACS da ESF de uma cidade do interior de São Paulo. As situações estressoras foram categorizadas em: condições de trabalho; questões salariais; gênero; interface família-trabalho; e carga emocional. As estratégias de enfrentamento foram agrupadas em categorias: focalizadas na emoção e no problema. Acredita-se que, ao identificar situações estressoras, os ACS estão sinalizando sentimentos de incômodo em relação às mesmas e soluções para o planejamento de suas atividades, preparo e capacitação.</p>

Fonte: Elaboração do autor (2021).

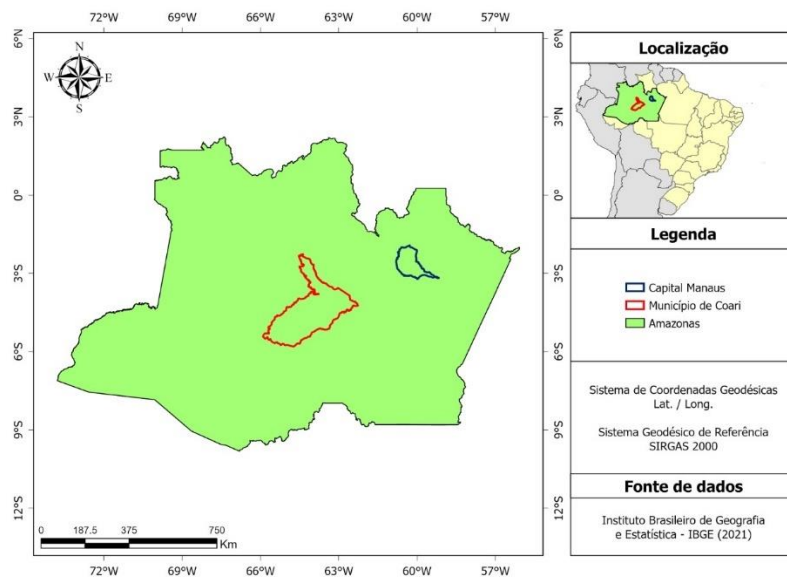
4 MÉTODOS

4.1 FONTE DE DADOS

Trata-se de um estudo transversal, com intuito de investigar e descrever se a Síndrome de Burnout está associada à baixa Qualidade de Vida dos ACS das zonas rural e urbana do município de Coari, Amazonas. Este trabalho faz parte da pesquisa intitulada “Condições de saúde e trabalho em Agentes Comunitários de Saúde no Interior do Amazonas”, que teve seus dados coletados em 2017.

No interior do Amazonas, na região central do estado, está localizado o município de Coari, a 363 km da capital Manaus. Seu acesso é dado por via fluvial (de 9 a 30 horas de viagem, dependendo da embarcação) ou aérea (1 hora até Manaus) (GOMES et al., 2020).

Figura 1. Localização do município de Coari, Amazonas, Brasil.



Fonte: Elaboração do autor (2021)

A cidade ocupa uma área territorial de 57.970,768 km², com população estimada de 85.910 habitantes (IBGE, 2020). Em 2018, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* era de R\$23.921,53. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é igual a 0,586, considerado baixo.

A cidade apresenta 62% de domicílios sem esgotamento sanitário adequado e apenas 21,3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização apropriada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 18,12 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2020).

Em 2010, a densidade demográfica era de 1,3 pessoas por km² (IBGE, 2020), porém contrasta com alta densidade domiciliar, pois as residências apresentam dois a três cômodos e abrigam, em média, seis moradores (GUIMARÃES et al., 2020). Cerca de um terço dos habitantes vive na zona rural – 208 comunidades ribeirinhas às margens do rio Solimões, em áreas de terra firme e várzeas (GUIMARÃES et al., 2020).

O acesso às comunidades ribeirinhas é feito principalmente por via fluvial e costuma ser limitado por condições financeiras, podendo o deslocamento durar minutos ou dias de navegação (GUIMARÃES et al., 2020). A maioria das comunidades não possui telefone público em funcionamento (87,5%), não tem energia elétrica fornecida pela distribuidora local (75%), e 83,3% não possui transporte (lancha) para uso comunitário (GAMA et al., 2018).

As limitações de acesso à zona urbana, vinculadas à realidade econômica desfavorável, interferem na frequência com que os ribeirinhos costumam ir ao município, visto a necessidade de aquisição de combustível para impulsionar as embarcações. Assim, a maioria dos sujeitos se dirige até a sede municipal nos momentos em que recebem incentivos sociais como o Bolsa Família, aproveitam para vender seus produtos rurais e adquirir alimentos básicos, insumos de saúde, dentre outros itens (GAMA et al., 2018).

A AB do município conta com 14 unidades de saúde da família (USF), das quais uma é referência para as comunidades ribeirinhas (localizada na área urbana) e uma é unidade fluvial. Dispõe de 22 equipes de ESF e 223 ACS, distribuídos entre área urbana (n=105) e rural (n=118). A cobertura da ESF alcança 97,3% do município (MATA et al., 2021). Destaca-se que, nos municípios do interior do Amazonas, a AB é responsável por ofertar maior parte dos serviços de saúde, incluindo aqueles que seriam de outros níveis de assistência, tendo em vista as barreiras geográficas (rios e florestas) e a concentração dos aparatos tecnológicos e dos recursos humanos em saúde na cidade de Manaus, capital do Estado (GARNELO; SOUSA; DA SILVA, 2017).

Foram incluídos no estudo os trabalhadores de ambos os sexos, admitidos há mais de um ano, com referência o primeiro dia da entrevista na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Foram contemplados na pesquisa os trabalhadores em férias e afastados temporariamente da atividade laboral por motivos relacionados com o assunto estudado. Estas entrevistas, quando possível, foram realizados no domicílio do trabalhador, uma vez que a secretaria de saúde disponibilizou o endereço dos ACS. Os afastados foram incluídos no estudo para minimizar o efeito de sobrevivência do trabalhador sadio (FERNANDES, 2002). Foram excluídos da pesquisa os agentes afastados do trabalho quando o motivo da reclusão não se relacione com o evento estudado, a exemplo dos casos de licença maternidade.

O cálculo amostral para seleção dos trabalhadores foi construído a partir de quatro critérios: número de trabalhadores, 4% de grau de precisão absoluta, 95% de nível de confiança e prevalência de Síndrome de Burnout de 50%. Sendo assim, o número amostral foi de 165 ACS. Entretanto, optou-se por avaliar o maior número possível de ACS para compensar possíveis perdas. Todos os ACS que estavam atuando durante o período da pesquisa foram entrevistados, totalizando 223.

Os dados foram coletados por nove entrevistadores previamente treinados, acadêmicos do Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, nos meses de agosto a outubro de 2017.

Antes das entrevistas, todos os ACS foram visitados nas Unidades Básicas de Saúde. A conversa com este último grupo teve o objetivo de apresentar a equipe e explicar os objetivos da pesquisa. Essa iniciativa foi tomada com o intuito de informar a cada sujeito sobre a pesquisa a ser feita, considerando o respeito e o direito à informação, além de visar obter maior participação dos trabalhadores e diminuir o viés de informação.

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário a todos os trabalhadores selecionados, durante a jornada de trabalho, em local privado. O instrumento utilizado é um questionário (Anexo A) e serão selecionados os dados dos seguintes blocos: Informações gerais; dados sociodemográficos; Qualidade de vida; e Síndrome de Burnout.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas, sob a CAAE 44289315.9.0000.5020, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas com trabalhadores selecionados foram precedidas de esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa, seus riscos e benefícios, bem como a importância social deste estudo. Os ACS consentiram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma das quais foi entregue ao(a) entrevistado(a) e outra mantida com os pesquisadores para ser arquivada. Foi garantida a confidencialidade e anonimato das informações prestadas pelos trabalhadores, uma vez que as entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado e sem a identificação do entrevistado no questionário.

4.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SÍNDROME DE BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO AMAZONAS.

Para identificar a Síndrome de Burnout e a Qualidade de Vida de ACS do município de Coari, interior do Amazonas foram incluídos todos os participantes da pesquisa “Condições de saúde e trabalho em Agentes Comunitários de Saúde no Interior do Amazonas”.

As variáveis contempladas para o estudo estão apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 2. Variáveis do estudo

Variável	Dependente/independente	Natureza	Utilização
Dados sociodemográficos			
Sexo	Independente	Qualitativa nominal	Masculino; Feminino.
Idade	Independente	Quantitativa discreta	Ano completos
Raça	Independente	Qualitativa nominal	Branca; Negra; Amarela; Parda.
Escolaridade	Independente	Qualitativa nominal	1º Grau completo; 1º Grau incompleto; 2º Grau completo; 2º Grau incompleto; Superior; Superior Incompleto; Não alfabetizado.
Estado civil	Independente	Qualitativa nominal	Casado/Vive junto; Solteiro; Separado/divorciado; Viúvo; Outros.
Filhos	Independente	Qualitativa nominal	Não; Tenho, menor(es) de 2 anos; Tenho, apenas maior(es) de 2 anos.
Zona de atuação	Independente	Qualitativa nominal	Urbana; Rural.
Qualidade de vida			
Autoavaliação da qualidade de vida	Dependente	Qualitativa ordinal	1 a 5
Satisfação com a saúde	Dependente	Qualitativa ordinal	1 a 5
Domínio físico	Dependente	Quantitativa discreta	1 a 5
Domínio psicológico	Dependente	Quantitativa discreta	1 a 5

Domínio de relações sociais	Dependente	Quantitativa discreta	1 a 5
Domínio de meio ambiente	Dependente	Quantitativa discreta	1 a 5
Síndrome de Burnout			
Despersonalização	Dependente	Quantitativa discreta	0 a 5
Exaustão emocional	Dependente	Quantitativa discreta	0 a 5
Realização pessoal	Dependente	Quantitativa discreta	0 a 5

Fonte: Elaboração do autor (2021)

O bloco de Qualidade de Vida foi através do módulo *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref* (FLECK et al., 2000), constituído por 26 perguntas (sendo as perguntas número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral) agrupadas em seis domínios: físico, aspectos religiosos, psicológico, nível de independência, relações sociais e meio ambiente. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida) e foram apresentadas as médias de respostas do domínio.

Para o bloco de Síndrome de Burnout foi utilizado o Inventário Síndrome de Burnout de Maslach (MBI), traduzido e adaptado para o português por Robayo-Tamayo (ROBAYO-TAMAYO, 1997) com 22 questões a serem respondidas em uma escala de 1 a 5. Este instrumento avalia três aspectos que compõem o Burnout: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Este inventário é considerado o mais fidedigno instrumento, pois avalia diferentes subitens em comparação com os outros questionários que analisam apenas um (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018). O MBI ainda não tem ponto de corte estabelecido para o Brasil, por isso, no presente trabalho adotou-se os pontos de corte utilizados por Moreira e colaboradores (2009). A partir do escore final podem-se obter cinco resultados: de 0 a 20 pontos: nenhum indício de Burnout; 21 a 40 pontos: possibilidade de desenvolver burnout; 41 a 60 pontos: fase inicial de Burnout; 61 a 80 pontos: Burnout começa a se instalar; 81 a 100 pontos: fase considerável de Burnout (SOUZA et al., 2021). Assim, considerou-se como Burnout todas as pessoas com pontuação total igual ou maior que 41 pontos, com as subdivisões Síndrome de Burnout em estágio inicial (41 a 60 pontos) e Síndrome de Burnout instalado (61 a 100 pontos).

Foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para análise de normalidade dos dados. Para variáveis quantitativas foi utilizado o teste t não pareado para comparação entre duas variáveis independentes, e ANOVA-One Way para três ou mais variáveis. Para verificar a associação entre Síndrome de Burnout e Qualidade de Vida nos ACS das zonas urbana e rural foi utilizado

modelo de regressão linear bruta e ajustada de acordo com sexo, idade, raça, escolaridade e zona de atuação. O nível de significância adotado foi de 95%. Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS v.20 (IBM, Armonk, NY, EUA) e para confecção dos gráficos foi utilizado o GraphPad Prism v.5 (GraphPad Software, San Diego, CA, EUA).

5 RESULTADOS

Atendendo aos dispositivos legais do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados e discussão desta pesquisa estão apresentados por meio de um artigo científico intitulado “HEROIS ANÔNIMOS DA SAÚDE: O IMPACTO DA SÍNDROME DE BURNOUT NA QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS EM ÁREAS REMOTAS NO CORAÇÃO DA AMAZÔNIA BRASILEIRA” que será submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia, periódico reconhecido pelo sistema de avaliação vigente.

**HEROIS ANÔNIMOS DA SAÚDE: O IMPACTO DA SÍNDROME DE BURNOUT NA
QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS EM ÁREAS REMOTAS
NO CORAÇÃO DA AMAZÔNIA BRASILEIRA**

***UNSUNG HEALTH HEROES: THE IMPACT OF BURNOUT SYNDROME ON THE
QUALITY OF LIFE OF COMMUNITY HEALTH WORKERS IN REMOTE AREAS IN
THE HEART OF BRAZILIAN AMAZON***

BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA EM ACS NO AMAZONAS

Autora: Juliberta Alves de Macêdo

e-mail: julibertamacedo@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8931-7391

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Colaboração individual: idealização; coleta, tabulação e análise dos dados; redação.

Co-autora: Ione Jayce Ceola Schneider

e-mail: ione.jayce@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6339-7832

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Colaboração individual: idealização; análise dos dados; revisão da redação; correção.

Correspondência: Juliberta Alves de Macêdo.

Endereço: Rua Delfino Conti, S/N. Bloco H. CEP 88040-900. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Conflitos de interesse: Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses

Agradecimento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (Código 001). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Processo: 307848/2021-3).

Número de aprovação do CEP: CAAE 44289315.9.0000.5020

Resumo

Objetivo: Investigar se a Síndrome de Burnout está associada à pior qualidade de vida em Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das zonas rural e urbana do município de Coari-AM. **Métodos:** Foram recrutados ACS de ambos os sexos, admitidos há mais de um ano. A qualidade de vida foi investigada pelo *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref* e a Síndrome de Burnout pelo *Maslach Burnout Inventory – MBI*. Foram realizadas análises descritivas, bivariadas e regressões lineares brutas e ajustadas. **Resultados:** 223 ACS participaram da pesquisa, 58,3% da zona urbana; 65,9% do sexo feminino; 65,9% com quadro de Síndrome de Burnout já instalado. ACS da zona urbana apresentaram escores maiores que os da zona rural no WHOQOL-bref no domínio meio ambiente ($p=0,005$) e no escore total ($p=0,032$). Indivíduos com quadro de Burnout em fase inicial apresentaram melhor pontuação no domínio físico ($p=0,013$) e no escore total ($p=0,032$) do WHOQOL-bref comparados aos com quadro instalado. O escore geral de qualidade de vida, ao ser ajustado por características sociodemográficas, permaneceu significativamente maior em ACS da zona urbana. **Discussão:** A presença da síndrome esteve associada à pior qualidade de vida. ACS rurais apresentaram pior média de qualidade de vida geral comparados aos urbanos. Este estudo fornece informações essenciais para melhorar as condições de trabalho e qualidade de vida dos ACS no interior do Amazonas e em regiões semelhantes. Faz-se necessária a implementação de medidas preventivas como programas de suporte emocional e saúde mental para estes trabalhadores.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout; Qualidade de vida; Agentes Comunitários de Saúde; Áreas remotas.

Abstract

Objective: To investigate whether Burnout Syndrome is associated with poorer quality of life in Community Health Workers (ACS) from rural and urban areas of the municipality of Coari-AM. **Methods:** ACS of both sexes, employed for over a year, were recruited. Quality of life was investigated using the World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref and Burnout Syndrome using the Maslach Burnout Inventory – MBI. Descriptive, bivariate and crude and adjusted linear regression analyses were performed. **Results:** 223 ACS participated in the study, 58.3% from urban areas, 65.9% female, and 65.9% with Burnout Syndrome already installed. Urban ACS scored higher than rural ACS on the WHOQOL-bref in the environment domain ($p=0.005$) and in the total score ($p=0.032$). Individuals with initial Burnout had better scores in the physical domain ($p=0.013$) and in the total score ($p=0.032$) of WHOQOL-bref compared to those with installed Burnout. The overall quality of life score, when adjusted for sociodemographic characteristics, remained significantly higher in urban ACS. **Discussion:** The presence of the syndrome was associated with poorer quality of life. Rural ACS had a lower average overall quality of life compared to urban ACS. This study provides essential information to improve the working conditions and quality of life of ACS in the interior of the Amazon and similar regions. Preventive measures such as emotional support and mental health programs for these workers are necessary.

Keywords: Burnout Syndrome; Quality of Life; Community Health Workers; Remote areas.

Introdução

O termo Burnout foi criado pelo psicanalista Freudenberger em 1974, derivando do inglês “*to burn out*”, que significa “queimar por completo” ou “consumir-se”. Ele descreveu o Burnout como um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos internos.¹ A Síndrome de Burnout (SB) é conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso.² Assim, pode ser causada por fatores relacionados ao trabalho que originam desgaste físico e sofrimento psicológico, podendo ocasionar, posteriormente, transtornos mentais e comportamentais.³

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incorporou a SB à lista das doenças ocupacionais na Classificação Internacional de Doenças (CID-11).² As características da SB incluem: exaustão emocional, caracterizada por falta de energia e sensação de esgotamento; despersonalização, definida como falta de sensibilidade e distanciamento no trabalho; baixa realização profissional, marcada pela não atribuição de sentido ao trabalho e diminuição da percepção de competência.^{2,4}

Apesar de poderem surgir juntos, a SB e o estresse ocupacional têm suas diferenças.^{5,6} A SB representa uma reação ao estresse crônico no contexto laboral, e está intimamente relacionada ao trabalho e despersonalização.⁷ Consiste na “síndrome da desistência”, pois o indivíduo deixa de investir em seu trabalho e nas relações afetivas que dele decorrem, tornando-se incapaz de se envolver emocionalmente com ele.⁸

Profissões que demandam alto nível de estresse são mais suscetíveis à SB, principalmente nos profissionais da área da saúde.⁹ Além disso, estudos evidenciam que as particularidades do trabalho têm potencial para interferir nas suas condições emocionais e qualidade de vida (QV).^{3,10-12} Destacam-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que, por estarem inseridos e trabalharem na própria comunidade em que residem, estão expostos a fatores que levam à sobrecarga no trabalho, como as condições laborais, salário, questões de gênero, estado civil, interface família/comunidade, relacionamento interpessoal, carga emocional, estresse, ambientes insalubres, pressões, exigências e ocumprimento de metas.¹³

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 determinava a cobertura de 100% do território pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) com um limite máximo de 750 pessoas por agente de saúde (ACS). O critério de equidade também foi destacado para definir cada território e população adscrita. A recomendação era que a quantidade de pessoas por ACS levasse em conta a vulnerabilidade das famílias daquele território.¹⁴ No entanto, a PNAB de 2017 relativizou a cobertura populacional e não definiu parâmetros para garantir a qualidade no acesso da população e no processo de trabalho dos profissionais das EqSF.^{15,16}

Os ACS são confrontados com questões pessoais e culturais, que podem provocar desgaste emocional.^{17,18} Esse risco aumentado surge da proximidade da relação entre região de moradia e público atendido e de fatores ligados ao trabalho desenvolvido, como a baixa resolutividade¹² ou da presença de conflitos com outros profissionais de saúde.^{11,19}

Além disso, em áreas com comunidades ribeirinhas, o acesso é feito principalmente por via fluvial e costuma ser limitado por condições financeiras, podendo o deslocamento durar minutos ou dias de navegação.²⁰ A maioria das comunidades não possui telefone público em funcionamento (87,5%), não tem energia elétrica fornecida pela distribuidora local (75%), e 83,3% não possui transporte (lancha) para uso comunitário.²¹ Situações como essas, podem levar a equipe e a comunidade depositam grandes anseios e expectativas nos ACS, os quais podem vir a se tornar fortes estressores para a saúde desses profissionais.²² A dupla colocação entre usuário e trabalhador do serviço de saúde pode acarretar fonte de sofrimento psíquico e esse sofrimento pode tornar-se patológico.²³

Diante disso, um ponto que merece atenção sobre os ACS é seu atual estado de QV e suas possíveis relações com os aspectos do trabalho que eles executam. A definição sobre o que seja QV tem sido um dos dificultadores para sua investigação.²⁴ Em 1995, a OMS definiu QV como a percepção do indivíduo a respeito de sua vida, considerando seus aspectos culturais e seus valores dentro do seu contexto, bem como os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.²⁵ Há diferentes modos de conceituá-la e as várias definições existentes envolvem as dimensões biológica, psíquica, social, cultural e ambiental.^{26,27}

Altos escores na escala de avaliação da SB e baixos escores de QV estão associados com menor satisfação com o trabalho.²⁸ No que se refere à organização, pode ocorrer piora da qualidade dos serviços prestados aos usuários, resultante de um possível maior rigor e diminuição da empatia dos profissionais.²⁹

A justificativa deste estudo é a necessidade de evidências sobre a SB entre os ACS atuantes no interior do Amazonas. As singularidades na estrutura de trabalho e cotidiano dos ACS do interior do Amazonas dificultam a extrapolação de dados de estudos realizados em outras regiões do país, principalmente no Sul e Sudeste. Levantar dados na região pode tornar a implementação de políticas públicas mais eficiente, pautando-se em dados regionais.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é investigar se a presença de Síndrome de Burnout está associada à pior qualidade de vida em ACS das zonas rural e urbana do município de Coari, Amazonas.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, realizado no período de agosto a outubro de 2017, com amostra composta por ACS das zonas rural e urbana do município de Coari, Amazonas.

Esse município está localizado no interior do Amazonas, região central do estado, a 363 km da capital Manaus. Seu acesso é dado por via fluvial (de 9 a 30 horas de viagem, dependendo da embarcação) ou aérea (1 hora até Manaus).³⁰ A cidade ocupa uma área territorial de 57.970,768 km², com população estimada de 85.910 habitantes.³¹ Em 2018, o Produto Interno Bruto *per capita* era de R\$23.921,53. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é igual a 0,586, considerado baixo.³¹ Em 2010, a densidade demográfica era de 1,3 pessoas por km²,³¹ porém contrasta com alta densidade domiciliar, pois as residências apresentam dois a três cômodos e abrigam, em média, seis moradores.²⁰ Cerca de 60% das casas é feita de madeira e um terço dos habitantes vive na zona rural – 208 comunidades ribeirinhas às margens do rio Solimões, em áreas de terra firme e várzeas.²⁰ Coari possui 14 unidades de saúde da família (USF), das quais uma é referência para as comunidades ribeirinhas (localizada na área urbana) e uma é unidade fluvial. A AB do município dispõe de 22 equipes de ESF.

Foram incluídos no estudo os trabalhadores de ambos os sexos, admitidos há mais de um ano. Os afastados por motivos relacionados ao assunto estudado foram incluídos no estudo para minimizar o efeito de sobrevivência do trabalhador sadio.³² Foram excluídos da pesquisa os agentes afastados do trabalho quando o motivo da reclusão não se relacione com o evento estudado, a exemplo dos casos de licença maternidade.

Foi realizado o cálculo amostral para seleção dos trabalhadores a partir de quatro critérios: número de trabalhadores, 4% de grau de precisão absoluta, 95% de nível de confiança e prevalência de SB de 50%. Assim, o número mínimo para ser entrevistado seria de 165 ACS. Entretanto, optou-se por avaliar o maior número possível de ACS. Todos os ACS que estavam atuando durante o período da pesquisa foram entrevistados, totalizando 223.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento de coleta semiestruturado que contemplava informações gerais, aspectos relacionados ao trabalho, QV e SB. O bloco de dados sociodemográficos incluiu informações gerais, como: sexo, raça, idade, escolaridade, estado civil, filhos, religião; e informações sobre o trabalho: nome da Unidade Básica de Saúde, zona de atuação e quantidade de famílias da sua área de cobertura.

A QV foi investigada utilizando o *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref*,³³ constituído por 26 perguntas agrupadas nos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O escore de cada domínio varia de 0 a 100 e valores mais altos indicam melhor QV.

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI), traduzido e adaptado para o português³⁴, foi utilizado para investigar a SB. O MBI é composto por 22 questões em uma escala de 1 a 5 e o escore final é calculado a partir da soma das pontuações de cada uma das três subescalas: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Quanto maior a pontuação total, maior o grau de burnout apresentado. O MBI ainda não tem ponto de corte estabelecido para o Brasil, por isso, no presente trabalho adotou-se os pontos de corte utilizados por Moreira.³⁵ A partir do escore final podem-se obter cinco resultados: nenhum indício de Burnout (de 0 a 20); possibilidade de desenvolver Burnout (21 a 40); fase inicial de Burnout (41 a 60); Burnout começa a se instalar (61 a 80); fase considerável de Burnout (81 a 100).³⁶ Assim, considerou-se como Burnout todas as pessoas com pontuação total igual ou maior que 41 pontos, com as subdivisões Síndrome de Burnout em estágio inicial (41 a 60 pontos) e Síndrome de Burnout instalado (61 a 100 pontos).

Foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para análise de normalidade dos dados. Para variáveis quantitativas foi utilizado o teste t não pareado e ANOVA-One Way. Para verificar a associação entre SB e QV nos ACS das zonas urbana e rural foi utilizado modelo de regressão linear bruta e ajustada de acordo com sexo, idade, raça, escolaridade e zona de atuação. O nível de significância adotado foi de 95%. Foram utilizados os softwares SPSS v.20 (IBM, Armonk, NY, EUA) e GraphPad Prism v.5 (GraphPad Software, San Diego, CA, EUA).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob a CAAE 44289315.9.0000.5020. Os participantes consentiram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram da pesquisa 223 ACS do município de Coari, Amazonas. Entre os trabalhadores a predominância foi do sexo feminino (65,9%), atuantes na zona urbana (58,3%), pardos (91,5%), com ensino médio completo (63,2%), que vivem com companheiro (78,7%), têm filhos (91%) e apresentam estágio de Burnout instalado (65,9%). A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos.

O escore médio de Burnout foi de 65,72 (DP 9,19) e as médias por domínios foram: exaustão 22,3 (DP 6,36); despersonalização 8,93 (DP 4,13); realização pessoal 34,5 (DP 3,33). O escore de exaustão dos ACS da zona urbana foi significativamente maior que da zona rural ($p=0,013$). Segundo a pontuação do MBI, todos os ACS possuíam algum grau de Burnout, 31,4% indivíduos em estágio inicial (41 a 60 pontos) e 65,9% com o quadro instalado (61 a 100 pontos) (Tabela 1).

O escore médio de QV foi de 91,6 (DP 7,68). As médias do escore ajustado do domínio geral foram de 67,93 (DP 16,06); físico de 69,6 (DP 13,64); psicológico de 72,96 (DP 10,88); relações sociais de 78,88 (DP 12,67); e meio ambiente de 56,37 (DP 12,05).

Na comparação dos domínios do MBI em relação à zona de atuação, na despersonalização e na realização pessoal, os ACS da zona rural tiveram escore significativamente maior que da zona urbana ($p=0,04$ e $p=0,013$, respectivamente). Entretanto, não houve diferença estatística entre os dois grupos em relação ao escore total.

Quanto aos dados de QV segundo a zona de atuação dos ACS, para o domínio geral, os ACS de zona urbana apresentaram escore significativamente maior que os ACS de zona rural ($p<0,001$). No domínio físico, os ACS de zona rural apresentaram escore maior que de zona urbana ($p<0,001$). Para meio ambiente, os ACS de zona urbana apresentaram escore maior que os da zona rural em relação ao domínio meio ambiente ($p=0,006$) e o escore total ($p=0,032$). Não houve diferença entre os grupos de ACS para os domínios psicológico e relações sociais ($p=0,940$ e $p=0,833$, respectivamente).

Quando comparados a qualidade de vida e seus domínios nos indivíduos com quadro de Burnout instalado e em fase inicial, houve diferença estatisticamente significativa no domínio físico ($p=0,013$) (Figura 1), assim como, no escore total do WHOQOL-*brief* ($p=0,032$).

Ao realizar a regressão linear bruta e ajustada por características sociodemográficas da população o escore geral de Qualidade de Vida continua sendo maior em ACS da zona urbana em relação aos da zona rural (Tabela 2). Ou seja, independente de sexo, idade, raça, escolaridade e zona de atuação, os trabalhadores urbanos apresentam maior escore geral no WHOQOL-*brief*. Contudo, após realizar a regressão ajustada não houve diferença estatística nos domínios meio ambiente do WHOQOL-*brief* e realização pessoal do MBI.

Discussão

Todos os participantes do presente estudo apresentaram algum grau de SB com diferença significativa na pontuação do WHOQOL-*brief* quando comparados os indivíduos com quadro de Burnout instalado e em fase inicial. Os ACS da zona urbana obtiveram os melhores níveis de QV no geral quando comparados aos da zona rural. Esse achado corrobora com outro estudo que também identificou resultados semelhantes, onde todos os ACS entrevistados apresentaram algum grau de SB.²⁴ Pesquisa realizada na Amazônia Paraense³⁶ com outros profissionais da saúde revelou que 100% dos participantes apresentavam Burnout, porém em estágios diferentes, assim como no presente estudo.

Estudo com trabalhadores da saúde apontou que médicos de Unidade de Terapia

Intensiva, da família e emergência são os que têm maior frequência de SB, respectivamente.⁹ Na enfermagem, um estudo multicêntrico identificou que 42% dos enfermeiros apresentaram níveis moderados a altos de SB.³⁷

Dentre os profissionais da EqSF, o ACS foi considerado aquele com maior possibilidade de apresentar estresse relacionado ao trabalho e suas formas de adoecimento não podem ser modificadas ou evitadas, pois constituem aspectos essenciais à atuação desse profissional.³⁸ Assim, a dupla colocação entre usuário e trabalhador do serviço de saúde contribui para diminuição dos limites entre vida pessoal e atividade laboral, uma vez que vivem e trabalham na mesma comunidade.

Neste estudo, os ACS da zona urbana apresentaram escore maior de exaustão quando comparados aos da zona rural, apontando para a sobrecarga emocional e conflito pessoal nas relações interpessoais nestes trabalhadores. Visto que várias áreas urbanas possuem histórico de violência, os ACS podem ter sentimentos como frustração e impotências.¹³ Na zona rural, principalmente em áreas ribeirinhas, problemas semelhantes existem, porém em escala menor. Outra pesquisa mostrou que, apesar do desgaste emocional, os ACS ainda estão conseguindo manter bons níveis de bem-estar subjetivo e QV.⁵

No domínio despersonalização, os ACS da zona rural tiveram maior escore, apontando para insensibilidade emocional, com indiferença em relação à população por ele atendida. Estudo revela que aproximadamente 51,8% dos ACS apresentam despersonalização em suas atividades laborais.³⁹ A hipótese é que pelo fato de os ACS da zona rural do interior do Amazonas não atuarem diretamente em uma UBS pode contribuir para a despersonalização devido ao distanciamento no trabalho e das relações que dele se originam. Além disso, estudos identificaram que em cidades de pequeno e médio porte do interior, ocorre um nível elevado de despersonalização, decorrente da proximidade com os problemas dos usuários.^{5,24}

No domínio de realização pessoal, os ACS da zona rural apresentaram escore maior que os da zona urbana. A redução da realização pessoal, por muitas vezes caracterizada como sentimento de incompetência, revela nos ACS da zona urbana uma autoavaliação negativa associada à insatisfação e infelicidade com o trabalho. O trabalho na zona urbana pode envolver conflitos com outros profissionais de saúde.¹¹ Neste contexto, sabe-se que a sobrecarga, falta de resolutividade, recompensas restritas, conflitos com a comunidade e divergências na equipe de saúde são fatores associados ao surgimento da SB.⁴ Na zona rural, para os ribeirinhos terem acesso a outros profissionais de saúde há necessidade de locomoção até a cidade através dos rios, o que pode levar horas. Assim, como na zona rural apenas o ACS está presente na assistência à saúde, a população deposita nele seu contentamento e esse aspecto pode contribuir

para a melhoria na percepção de realização profissional dos ACS ribeirinhos. Pesquisa realizada em um município de pequeno porte de Minas Gerais observou que 58,3% dos ACS apresentavam escores elevados de realização pessoal.²⁴ Um dos fatores para a manutenção da percepção de realização pessoal vem do tipo de trabalho realizado, que permite ao ACS sentir-se útil para sua comunidade.²⁴

Os ACS urbanos apresentaram índices significativamente melhores que os ACS rurais na pontuação total da QV. Outros estudos revelaram que apesar dos índices elevados de estresse e SB, os ACS apresentam índices bons ou regulares de QV em todos os aspectos avaliados.^{5,13} Um dos fatores que pode ter contribuído é a abrangência do construto QV, que envolve vários aspectos de vida.⁵

No domínio geral, os ACS de zona urbana apresentaram escore significativamente maior que os ACS de zona rural. A possível justificativa é que os ACS da zona urbana têm mais acesso a recursos presentes apenas na cidade, como serviços de saúde, internet, opções de lazer, mobilidade, até mesmo itens de higiene pessoal e limpeza. Há um comprometimento quanto à QV e às condições de trabalho, o que faz com que esses aspectos sejam intimamente relacionados devido às exigências físicas, emocionais e mentais a que esses trabalhadores estão expostos.¹³

Os ACS da zona rural obtiveram escore maior no domínio físico de QV quando comparados aos da zona urbana. Os ACS rurais vivem o cotidiano ribeirinho onde produzem seu próprio sustento, locomovem-se a pé ou em canoas. Já os ACS urbanos têm uma rotina totalmente diferente, possuem mais acesso à itens industrializados e serviços de *delivery*, e quando não estão trabalhando, utilizam moto como seu principal meio de transporte. Isso pode levá-los a ter resultados no domínio físico menos favoráveis quando comparados aos da zona rural. Vale ressaltar que os ACS urbanos apresentaram escore maior de exaustão emocional e sabe-se que o domínio físico é influenciado pelo estresse. Este pode manifestar problemas físicos e psicológicos e desencadear sintomas como cefaleias, dores estomacais e dores em geral, que podem comprometer o índice de QV dos ACS.⁴⁰ Assim, esse resultado pode interferir na vida dos ACS urbanos. Destaca-se que o domínio físico é transversal à medida em que gera estresse e sentimentos negativos, interferindo nas relações sociais e psicológicas.⁴¹

Nos domínios psicológico e relações sociais, não houve diferença entre os ACS das zonas urbana e rural do interior do Amazonas. Estudo realizado no interior de São Paulo revelou que os ACS apresentaram em ambos estes domínios a colocação de “região de indefinição”, apontando que não estavam satisfeitos nem insatisfeitos com esses domínios da QV.⁴² Contudo, outro estudo realizado no interior da Bahia pode-se observar que o domínio relações sociais

obteve o escore médio mais alto, seguido pelo psicológico.⁴³

Em relação ao domínio meio ambiente, os ACS da zona rural apresentaram escore menor que os da zona urbana. Este achado diverge com um estudo²⁴ que encontrou uma forte associação entre a menor QV na dimensão ambiente e a maior exaustão emocional dos ACS, já que no presente estudo a exaustão emocional foi maior nos ACS da zona urbana, mesmo apresentando maior escore de QV em meio ambiente. Esse resultado pode ser justificado por eles não considerarem sua mobilidade tão boa e por relatarem não ter energia suficiente para o seu dia a dia, e pela localidade que os ACS trabalham e residem.⁴⁴

Frente às particularidades da região, como as barreiras geográficas, alta densidade domiciliar e presença de doenças endêmicas, é importante capacitar os profissionais com estratégias adequadas para enfrentar esses desafios.⁴⁵ Entretanto, considerando a heterogeneidade do território brasileiro, nem todos possuem treinamento com ferramentas tecnológicas e/ou virtuais, ocorrendo limitações técnicas.⁴⁶ Essa sobrecarga de trabalho somado a insegurança por não resolver problemas graves de saúde pode ter impactado negativamente a saúde e QV dos ACS rurais.

Poucos estudos na literatura abordam a combinação de QV e SB em ACS, especialmente em populações remotas. Esta pesquisa é importante para conhecer a realidade e condições de trabalho dos profissionais e traçar estratégias focadas na QV. A maioria dos estudos científicos no Brasil é realizada em grandes centros, principalmente nas regiões Sudeste e Sul, e há poucos dados na região Norte, tornando difícil a comparação e extrapolação destes. Estudos em regiões remotas permitem traçar ações próximas da realidade ao implementar políticas públicas.

A presença de SB está associada a pior QV dos ACS do interior do Amazonas. Todos apresentaram algum grau de Burnout segundo o MBI, com os da zona rural apresentando pior média de QV geral do que os da zona urbana. Trabalhadores com SB instalado também tiveram pior QV do que aqueles em estágios iniciais. Os domínios físico e meio ambiente apresentaram diferenças na QV entre os ACS. Este estudo é importante para preencher lacunas de conhecimento e melhorar as condições de trabalho e QV dos ACS. Medidas preventivas, como suporte emocional e equilíbrio entre vida pessoal e profissional, atividades físicas e de lazer, são necessárias para prevenir a SB e melhorar a QV desses profissionais.

Referências

1. Lima JC, Motta DS, Andrade IGF, Tavares AF, Soares RJO. Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina. *Braz. J. Dev.* 2021; 7(5): 51758-51766. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n5-530>
2. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases 2019. World Health Organization; 2019.
3. Pereira MCS. Impactos da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: a importância da Teoria Cognitivo-Comportamental no tratamento e prevenção desta Síndrome [trabalho de conclusão de curso]. Catalão: Centro Superior Una de Catalão (UNACAT); 2022.
4. Maslach C. Understanding Job Burnout. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, ed. *Stress and Quality of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health*. United States: Information Age Publishing; 2006. p. 37-51
5. Silva MA, Lampert SS, Bandeira DR, Bosa CA, Barroso SM. Saúde emocional de agentes comunitários: Burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. *Rev SPAGESP* 2017; 18(1): 20-33. ISSN 1677-2970.
6. Alves VO. Prazer e Desprazer na Docência: Uma Pesquisa Sobre a Síndrome de Burnout em Professores na Rede Pública no Município de Santa Luzia D'Oeste – RO. *Rev Enfermagem e Saúde Coletiva* 2022; 7(1): 13-23. ISSN: 2448-394X.
7. Seabra LO. Stresse ocupacional em docentes de instituição de Ensino Superior [dissertação de mestrado]. Lisboa: Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC); 2020.
8. Souza DC, Honorato EJSA. Burnout: causas e possibilidades de intervenções. *Rev Uniabeu* 2019; 12(30):1-15.
9. Moreira HA, Souza KN, Yamaguchi MU. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saude Ocup* 2018; 43: 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013316>
10. Leitão J, Pereira D, Gonçalves Â. Quality of Work Life and Contribution to Productivity: Assessing the Moderator Effects of Burnout Syndrome. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(5): 2425. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052425>
11. Bornstein BJ, David HMSL. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe saúde da família. *Trab Educ Saúde* 2014; 12(1):107-128. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000100007>
12. Martellet EC, Motta RF, Carpes AD. A saúde mental dos profissionais da saúde e o programa de educação pelo trabalho. *Trab Educ Saúde* 2014; 12(3): 637-654. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00010>
13. Oliveira JS, Nery AA. Condições de saúde e trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. *Rev enferm UFPE* [on-line] 2019; 13(5): 1503-12. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238589p1503-1512-2019>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família-ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-Pacs. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011 [Internet]. 2011 [acessado em 30 nov. 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. 2017 [acesso em 2022 ago 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
16. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42(116): 11-24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
 17. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2), 274-279. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200005>
 18. Telles SH, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. *Saúde Soc* 2009; 18(3):467-478. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000300011>
 19. Santos IER. Estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde da cidade de Aracaju-Sergipe [dissertação de mestrado]. Aracaju: Universidade Tiradentes (UNIT); 2011.
 20. Guimarães AF, Barbosa VCM, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ABM. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* 2020; 11: e202000178. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000178>
 21. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(2): e00002817. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002817>
 22. Maia LDG, Silva ND, Mendes PHC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Ver. Bras. Saúde ocup.* 2011; 36(123): 93-102. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100009>
 23. Santos LT, Souza FDO, Freitas PDSP. Efeitos do trabalho sobre o adoecimento entre Agentes Comunitários de Saúde - uma revisão de literatura. *Rev. Aten. Saúde* 2019; 17(61): 105–113. <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n61.5600>
 24. Barroso SM, Guerra ARP. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cad. Saúde Colet.* 2013; 21(3): 338-345.
 25. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41: 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
 26. Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. *Rev Lat-Am Enf.* 2008; 16(2):252-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000200013>
 27. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):163-77. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>
 28. Galaiya R, Kinross J, Arulampalam T. Factors associated with burnout syndrome in surgeons: a systematic review. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020; 102(6):401-407. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2020.0040>
 29. Alencar BER, Gomes RCNT, Ferro IT, Viana AB, Grangeiro GR, Pereira CTF. Compreendendo o adoecimento mental pelo esgotamento profissional da Síndrome de Burnout: uma revisão integrativa. *Braz. J. Hea. Rev.* 2022; 5(1): 2642-2658. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-237>
 30. Gomes CA, Castro DN, Mata MM, Macêdo JA, Souza LPS, Guilherme AP, Gama ASM. Situação Epidemiológica da COVID-19 no município de Coari, Amazonas - Brasil. 1ª ed. Coari: Universidade Federal do Amazonas; 2020. Disponível em: https://edoc.ufam.edu.br/bitstream/123456789/3339/1/Boletim_vol.01_GT-COVID-

- [19_UFAM_Coari_M%C3%A9dio%20Solim%C3%B5es_%C3%BAltima%20vers%C3%A3o.pdf](#)
31. IBGE. Cidades e Estados – Coari [Internet]. 2020 [acessado em: 22 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/coari.html?>
 32. Fernandes RCP, Neto AMS, Sena GM, Leal AS, Carneiro CAP, Costa FPM. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. Cad. Saúde Pública 2002; 18(3): 807-816. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300024>
 33. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Viera G, Santos S, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Rev. Saúde Pública 2000; 34(2):178–183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
 34. Robayo-Tamayo, M. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [dissertação de Mestrado] Brasília: Universidade de Brasília (UnB); 1997.
 35. Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Pública 2009; 25(7): 1559-68. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700014>
 36. Souza LR, Silva JS, Valentim LA, Andrade YV, Vitória EO, Santos JP, et al. Prevalência da síndrome de burnout entre profissionais da saúde atuantes em um hospital público de referência na Amazônia Paraense. In: Enfermagem: desafios e perspectivas para a integralidade do cuidado. Ed Científica Digital; 2021, p. 227-236. <https://doi.org/10.37885/978-65-89826-82-8>
 37. Borges EMN, Queirós CML, Abreu MSN, Mosteiro-Diaz MP, Baldonado-Mosteiro M, Baptista PCP, et al. Burnout entre enfermeiros: um estudo multicêntrico comparativo. Rev Latino-Am Enfermagem 2021; 29: e3432. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>
 38. Silva LSR, Ferreira CHS, Souza MC, Cordeiro EL, Pimenta CS, Oliveira LA et al. Agentes comunitários de saúde: a síndrome de burnout em discussão. Braz. J. Hea. Rev. 2019; 2(1): 624-643.
 39. Mota CM, Dosea GS, Nunes OS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2014; 19(12): 4719-4726. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.02512013>
 40. Fontoura NM. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde [dissertação de mestrado]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); 2018.
 41. Santana MCC. Avaliação da Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde da Família de Ipojuca, Pernambuco. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2016.
 42. Costa P, Ferrareto SB, Cerveny GCO. Avaliação da qualidade de vida, nível de Burnout e enfrentamento do estresse no trabalho de agentes comunitários de uma unidade de Programa de Saúde da Família no município de Piracicaba/SP. Revista Brasileira de Qualidade de Vida 2014; 06(3): 164-173. <http://dx.doi.org/10.3895/S2175-08582014000300002>
 43. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2013; 18(5): 1375-1386. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500023>
 44. Souza FS, Gomes VMSA, Ribeiro GO, Trindade GMC, Uchôa Érica PBL, Carvalho VCP, Barros MLN. Community health agents: your quality of life and your

- occupational risks. RSD. 2020; 9(9): e66997030. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7030>
45. Mata MM, Castro DN, Gomes CA, Macêdo JA, Checchi MHR, Gama ASM, Souza LPS. A experiência da reorganização da Atenção Primária à Saúde – APS e trabalho dos agentes comunitários de saúde frente à COVID-19 em um município no interior do Amazonas. J Manag Prim Health Care 2020a; 12:1-12. <https://doi.org/10.14295/jmphec.v12.1014>
46. Galindo Neto NM, Sá GGM, Barbosa LU, Pereira JCN, Henriques AHB, Barros LM. COVID-19 e tecnologia digital: aplicativos móveis disponíveis para download em smartphones. Texto Contexto Enferm 2020; 29:e20200150. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0150>

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de Agentes Comunitários de Saúde do município de Coari, Amazonas, Brasil, 2017

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	147	65,9
Masculino	76	34,1
Raça		
Branco	12	5,4
Negro	7	3,1
Pardo	204	91,5
Escolaridade		
Ensino básico incompleto	39	17,5
Ensino básico completo	43	19,3
Ensino médio completo	141	63,2
Estado civil		
Com companheiro	174	78,7
Sem companheiro	49	21,3
Tem filhos		
Não	20	9
Sim	203	91
Zona de atuação		
Rural	93	41,7
Urbana	130	58,3
Síndrome de Burnout		
Estágio inicial	76	34,1
Quadro instalado	147	65,9

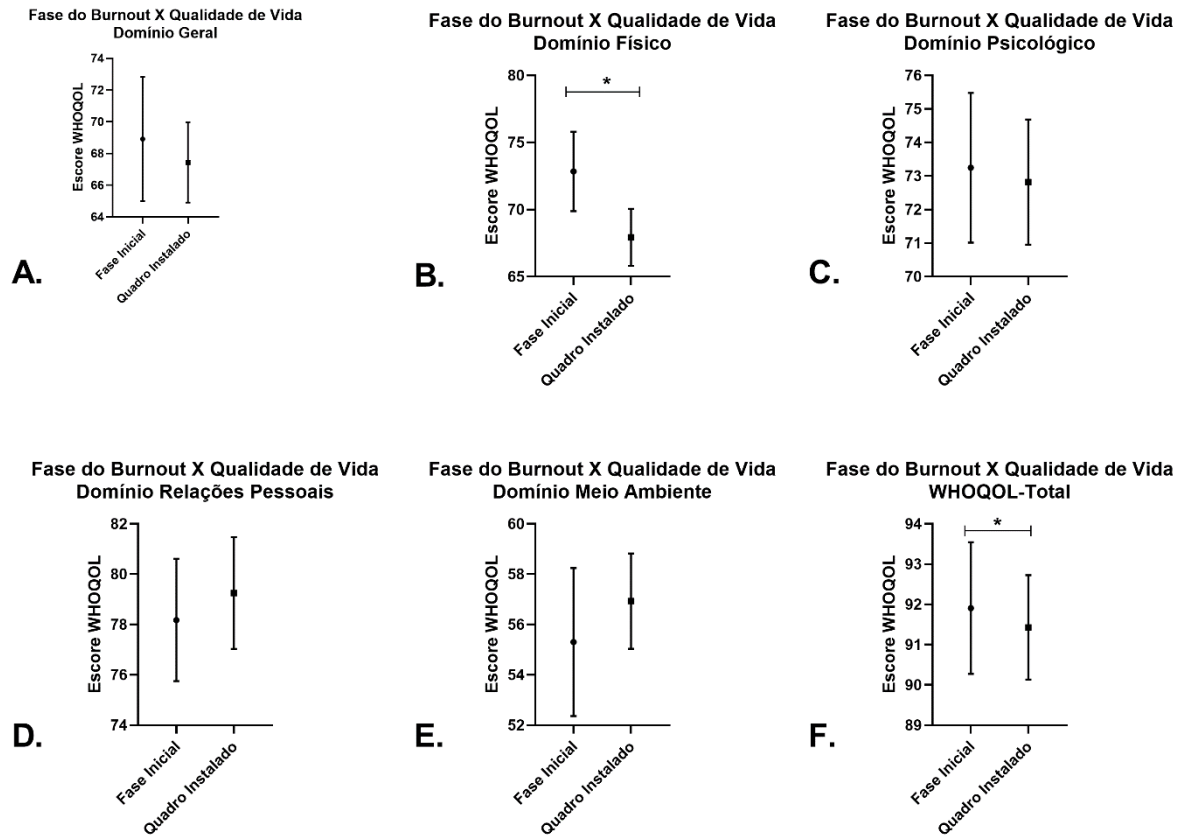
Tabela 2. Regressão linear bruta e ajustada por características sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Coari, Amazonas, Brasil, 2017

Variáveis	Análise bruta	Análise ajustada
	Coeficiente (IC 95%)	Coeficiente (IC 95%)
Qualidade de vida		
Geral		
Zona*	0,40 (0,24; 0,56)	0,60 (0,24; 0,89)
Burnout instalado†	-0,06 (-0,24; 0,12)	0,06 (-0,07; 0,20)
Domínio físico		
Zona*	-0,10 (-0,20; -0,01)	-0,24 (-0,43; -0,05)
Burnout instalado†	-0,12 (-0,23; -0,02)	-0,10 (-0,20; <-0,01)
Domínio Psicológico		
Zona*	3,59 (3,54; 3,64)	0,08 (-0,11; 0,28)
Burnout instalado†	-0,01 (-0,12; 0,08)	-0,02 (-0,12; 0,080)
Relações Sociais		
Zona*	0,01 (-0,12; 0,15)	-0,12 (-0,39; 0,13)
Burnout instalado†	0,04 (-0,09; 0,18)	0,09 (-0,04; 0,23)
Meio Ambiente		
Zona*	0,17 (0,04; 0,30)	0,24 (<-0,01; 0,50)
Burnout instalado†	0,05 (-0,07; 0,19)	0,06 (-0,07; 0,19)
Síndrome de Burnout		
Total		
Zona*	-0,69 (-3,15; 1,77)	0,37 -4,52; 5,27)
Exaustão Emocional		
Zona*	2,27 (0,59; 3,95)	3,56 (0,21; 6,91)
Despersonalização		
Zona*	-1,77 (-2,85; -0,69)	-3,02 (-5,17; -0,86)
Realização Pessoal		
Zona*	-1,19 (-2,06; -0,31)	-0,16 (-1,90; 1,56)

* Ajustado por idade, raça, escolaridade, sexo

† Ajustado por zona de trabalho, idade, raça, escolaridade, sexo

Figura 1. Representação gráfica de comparação da Qualidade de Vida de acordo com o estágio do Burnout em Agentes Comunitários de Saúde do município de Coari, Amazonas, 2017



*Significância estatística: Fase do Burnout x QV Domínio Físico ($p=0,013$), Fase do Burnout x WHOQOL Total ($p=0,032$)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a presença de SB está associada à pior qualidade de vida dos ACS do interior do Amazonas. Todos ACS apresentaram algum grau de Burnout segundo o MBI, e os ACS da zona rural apresentaram pior média de QV geral que os da zona urbana. Os trabalhadores com quadro clínico de SB já instalado também apresentaram pior QV em relação aos trabalhadores em estágios iniciais da doença. Os domínios físico e meio ambiente apresentaram diferença na QV entre os ACS, enquanto os demais domínios não exerceram tamanha influência.

Estes são os primeiros dados a serem levantados em ACS que atuam em áreas remotas da Região Norte brasileira, sendo que a maioria dos estudos abrangem grandes centros ou regiões próximas. Estudar as condições de vida, saúde e trabalho de populações amazônicas ribeirinhas permite conhecer esta realidade que é pouco explorada na literatura. As dificuldades de acesso e locomoção devido às especificidades geográficas tornam-se obstáculos para que as pesquisas sejam realizadas nessas áreas.

Contudo, o mestrado em Saúde Coletiva em uma instituição federal permite enxergar potencialidades além dos obstáculos, destacando que esses trabalhadores existem e necessitam de um olhar voltado às suas condições de saúde. Dificilmente a iniciativa privada investiria em estudar as condições de saúde de populações ribeirinhas, visto que é uma realidade específica e extremamente local, sendo raramente extrapolável. Mesmo no campo da Saúde Coletiva, as pesquisas com essas populações ainda são restritas.

Como amazonense, residente do interior, fruto de escola pública e universidade federal, poder estudar e divulgar dados sobre populações amazônicas é uma forma de trazer visibilidade a este cenário de disparidades locorregionais que mesmo em meio a inúmeras dificuldades, resiste. Assim, compreende-se que os resultados encontrados são relevantes para subsidiar futuras pesquisas e a implementação de políticas públicas mais efetivas e voltadas para estas populações e profissionais com a devida atenção às diferenças entre as zonas rural e urbana, e assim, desenvolver estratégias específicas que possam ajudar a melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. G.; VIANA, R. R. F.; SILVEIRA, N. A.; BRITO, G. C.; CARVALHO, A. A. Qualidade de vida no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 5, n. 9, 2018.
- ALMEIDA, L. A.; MEDEIROS, I. D. S.; BARROS, A. G.; MARTINS, C. C. F.; SANTOS, V. E. P. Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4623-4628, 2016.
- AMORIM, L. D. A. et al. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: Aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3403-3413, 2017.
- BORNSTEIN, B. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 107-128, 2014.
- BRASIL. **Estratégia Saúde da Família - Atenção Básica do RS**. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/estrategia-saude-da-familia>>. Acesso em: 22 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 27 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista de doenças relacionadas com o trabalho do ministério da saúde** – (elaborada em cumprimento da Lei 8.080/90 – inciso VII, parágrafo 3º do artigo 6º – disposta segundo a taxonomia, nomenclatura e codificação da CID10), 2002.
- BRASIL Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde (1963)**, 2022. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2344-3-conferencia-nacional-de-saude-1963>>. Acesso em: 25 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário**. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, 2009.
- BROCH, D. et al. Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 54, n. e03558, p. 1-9, 2020.
- BURATTI, J.; AMBROSANO, G.; POSSOBON, R.; CORTELLAZI, K.; CUNHA, I.; BULGARELI, J. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no interior paulista. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 23, n. 1, p. 270-280, 2022.
- CAMARA, E. A. R. DA; BELO, M. S. DA S. P.; PERES, F. Desafios e oportunidades para a

formação em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica à Saúde: subsídios para estratégias de intervenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. e10, 2020.

CAMELO, S. H. H.; GALON, T.; MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. esp1, p. 661–667, 2012.

CARDOSO, A. C.; MORGADO, L. Work and worker's health in the current context: What the European working conditions survey teaches US. **Saude e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 169–181, 2019.

CARDOSO, F. G. A reestruturação dos processos de trabalho e a ação das classes e do estado no capitalismo. **Revista de Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, p. 56-89, 2001.

CARNEIRO, C. C. G. O trabalho do agente comunitário de saúde e suas determinações: um estudo de caso do município do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública -Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

CASTRO, T. T. DE O.; ZUCKI, F. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde na saúde auditiva infantil: perspectivas atuais. **CoDAS**, v. 27, n. 6, p. 616–622, 2015.

CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: Identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde Brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. SUPPL. 1, p. 1029–1042, 2011.

DALCIN, C. B.; BACKES, D. S.; DOTTO, J. I.; SOUZA, M. H. T.; MORESCHI, C.; BUSCHER, A. Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. e01607, 2016.

DANTAS, A. A. G. et al. Condições de saúde e estado nutricional de Agentes Comunitários de Saúde no interior do Nordeste brasileiro. **Ciência Plural**, v. 6, n. 1, p. 32–43, 2020.

ESPOSTI, C. D. D. et al. Social and geographical inequalities in the performance of prenatal care in a metropolitan area of Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1735–1750, 2020.

EUROFOUND. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. **Primeiras conclusões: sexto inquérito europeu sobre as condições de trabalho**. Luxemburgo, 2015.

FARIA, C. C. M. DA V.; PAIVA, C. H. A. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, n. s1, p. 1–23, 2020.

FERNANDES, G. A. B. et al. Demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. e55918, 2018.

FERNANDES, R. C. P.; SILVANY NETO, A. M.; SENA, G. M.; LEAL, A. S.; CARNEIRO, C. A. P.; COSTA, F. P. M. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 807-816, 2002.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000.

FRAXE, T. DE J. P.; PEREIRA, H. DOS S.; WITKOSKI, A. C. **Comunidades Ribeirinhas Amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais**. Manaus, Amazonas, Brasil: Universidade Federal do Amazonas, 2007. v. 1

GAMA, A. S. M. et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. e00002817, 2018.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em debate**, v. 41, n. 112, 2017.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; DA SILVA, C. D. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, 2017.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. DE. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2014. p. 575–625.

GOMES, C. A. et al. **Situação Epidemiológica da COVID-19 no município de Coari, Amazonas - Brasil**. 1. ed. Coari: Universidade Federal do Amazonas, 2020. v. 01

GOMES, M. F. et al. Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde TT. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 7, n. 4, p. 3574–3586, 2015.

GUIMARÃES, A. F. et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, n. 0, p. e202000178, 2020.

IBGE. **IBGE divulga atualização de recortes territoriais legais do país**. 2022. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34358-ibge-divulga-atualizacao-de-recortes-territoriais-legais-do-pais>>. Acesso em: 24 out. 2022.

IBGE. **Cidades e Estados - Amazonas**. 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/.html?>>. Acesso em: 24 out. 2022.

IBGE. **Cidades e Estados - Coari**. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/coari.html?>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

KRUG, S. B. F. et al. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de Agentes Comunitários de Saúde no sul do Brasil. **Trabalho, educação e saúde**, v. 15, n. 3, p. 771–788, 2017.

LACAZ, F. A. D. C. O campo Saúde do Trabalhador: Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saude Publica**, v. 23, n. 4, p. 757–766, 2007.

LEITÃO, J.; PEREIRA, D.; GONÇALVES, Â. Quality of Work Life and Contribution to Productivity: Assessing the Moderator Effects of Burnout Syndrome. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 5, p. 2425, 2021.

LIMA, J. C.; MOTTA, D. S.; ANDRADE, I. G. F.; TAVARES, A. F.; SOARES, R. J. O.

Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 51758-51766, 2021.

MAIA, L. D. DE G.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 93–102, 2011.

MARTELLET, E. C.; MOTTA, R. F.; CARPES, A. D. A saúde mental dos profissionais da saúde e o programa de educação pelo trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 12, n. 3, p. 637-654, 2014.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Salud Publica**, v. 14, n. 4, p. 668–680, 2012.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1375–1386, 2013.

MATA, M. M. DA et al. Reorganização do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde no interior do Amazonas frente à COVID-19. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 1–8, 2020.

MATA, M. M. et al. A experiência da reorganização da Atenção Primária à Saúde – APS e trabalho dos agentes comunitários de saúde frente à COVID-19 em um município no interior do Amazonas. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1–12, 2021.

MINAYO GOMEZ, C.; DE VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. A brief history of worker's health in Brazil's unified health system: Progress and challenges. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, 2018.

MIRANDA, Bárbara Aline Bezerra de; PEGORARO, Renata Fabiana. Qualidade de vida e sofrimento psíquico em agentes comunitárias de saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, p. 202-215, 2021.

MOREIRA DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad de Saúde Pública* 2009; 25(7): 1559-68.

MOREIRA, H. A.; SOUZA, K. N.; YAMAGUCHI, M. U. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**; v. 43, p. 1-11, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOURA, D. C. A. DE; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, p. e0086395, 2020.

NUNES, M. DE O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse

personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639–1646, 2002.

OLIVEIRA, F. F.; LEITE, M. L. S.; SAMPAIO, L. C. Qualidade de Vida de Agentes Comunitários de Saúde/Quality of Life of Community Health Agents. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 13, n. 48, p. 323-332, 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. 2010. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Lisboa: OMS, 2010.

OLIVEIRA J. S.; NERY, A. A. Condições de saúde e trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de enfermagem UFPE** [on-line]; v. 13, n. 5, p. 1503-12, 2019.

PAULA, Í. R. et al. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 152–164, 2015.

PEREIRA, A. M.; JUCÁ, A. L.; LIMA, I. V.; FACUNDES, V. L. D.; FALCÃO, I. V. A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**; v. 26, n. 4, p. 784-796, 2018.

PEREIRA, M. C. S. Impactos da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: a importância da Teoria Cognitivo-Comportamental no tratamento e prevenção desta Síndrome [trabalho de conclusão de curso]. Catalão: Centro Superior Una de Catalão (UNACAT); 2022.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Poverty and social inequality: Tensions between rights and austerity and its implications for primary healthcare. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1699–1708, 2020.

PORTUGAL, F. B.; CAMPOS, M. R.; GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; FORTES, S. L. C. L. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciência e saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 497-508, 2016.

RAWLS, J. “Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica”. **Lua Nova**, 1992.

ROBAYO-TAMAYO, M. **Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos** [dissertação de Mestrado] Brasília: Universidade de Brasília (UnB); 1997.

SANTOS, D. S. DOS et al. Acidentes ocupacionais com agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 13, n. 1, p. 401–407, 2019.

SANTOS, Í. E. R. DOS; VARGAS, M. M.; REIS, F. P. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 324–335, 2014.

SANTOS, K. T. DOS et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. supl.1, p. 1023–1028, 2011.

SANTOS, L. F. B. **O estresse no trabalho dos agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro**, 2010. Disponível em:

<http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2603>

SANTOS, L. T.; SOUZA, F. D. O.; FREITAS, P. D. S. P. Efeitos do trabalho sobre o adoecimento entre Agentes Comunitários de Saúde - uma revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 61, p. 105–113, 2019.

SAVI, Camila Antunes. MACÊDO, Juliberta Alves de. Reforma sanitária: sua contribuição para o surgimento da saúde coletiva no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, vol. 6, n. 5, p. 88-96, 2022.

SEABRA, L. O. Stress ocupacional em docentes de instituições de ensino superior. [dissertação de mestrado]. Lisboa: Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC), 2020.

SEGANTIN, B. G. O.; MAIA, E. M. F. L. **Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde. Monografia de Especialização em Saúde da Família**. Instituto de Ensino Superior de Londrina. Londrina: Brasil, 2007. Disponível em: <https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arqidvol_5_1247866839.pdf>

SILVA, G. DE N. E. Recognizing stress at work: a critical appraisal. **Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 51–61, 2019.

SILVEIRA, A. L. P.; COLLETA, T. C. D.; ONO, H. R. B.; WOITAS, L. R.; SOARES, S. H.; ANDRADE, V. L. A.; ARAÚJO, L. A. Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 275-284, 2016.

SOTERO, A. L. E. **O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma análise psicológica da saúde do trabalhador**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2017.

SOUZA, G. J.; GOMES, C.; ZANETTI, V. R. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. **Barbarói**, n. 56, p. 141–163, 2020.

SOUZA, D. C.; HONORATO, E. J. S. A. Burnout: causas e possibilidades de intervenções. **Revista Uniabeu**, n. 12, v. 30, 2019.

SOUZA, L. R.; SILVA, J. S.; VALENTIM, L. A.; ANDRADE, Y. V.; VITÓRIO, E. O.; SANTOS, J. P. et al. Prevalência da síndrome de burnout entre profissionais da saúde atuantes em um hospital público de referência na Amazônia Paraense. In: **Enfermagem: desafios e perspectivas para a integralidade do cuidado**. Ed Científica Digital; 2021, p. 227-236.
TRINDADE, L. DE L. et al. Cargas de trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 473–479, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 5, n. 8, 2021.

VELLO, L. S. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: estudo de caso em um município na região metropolitana de São Paulo**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2015.

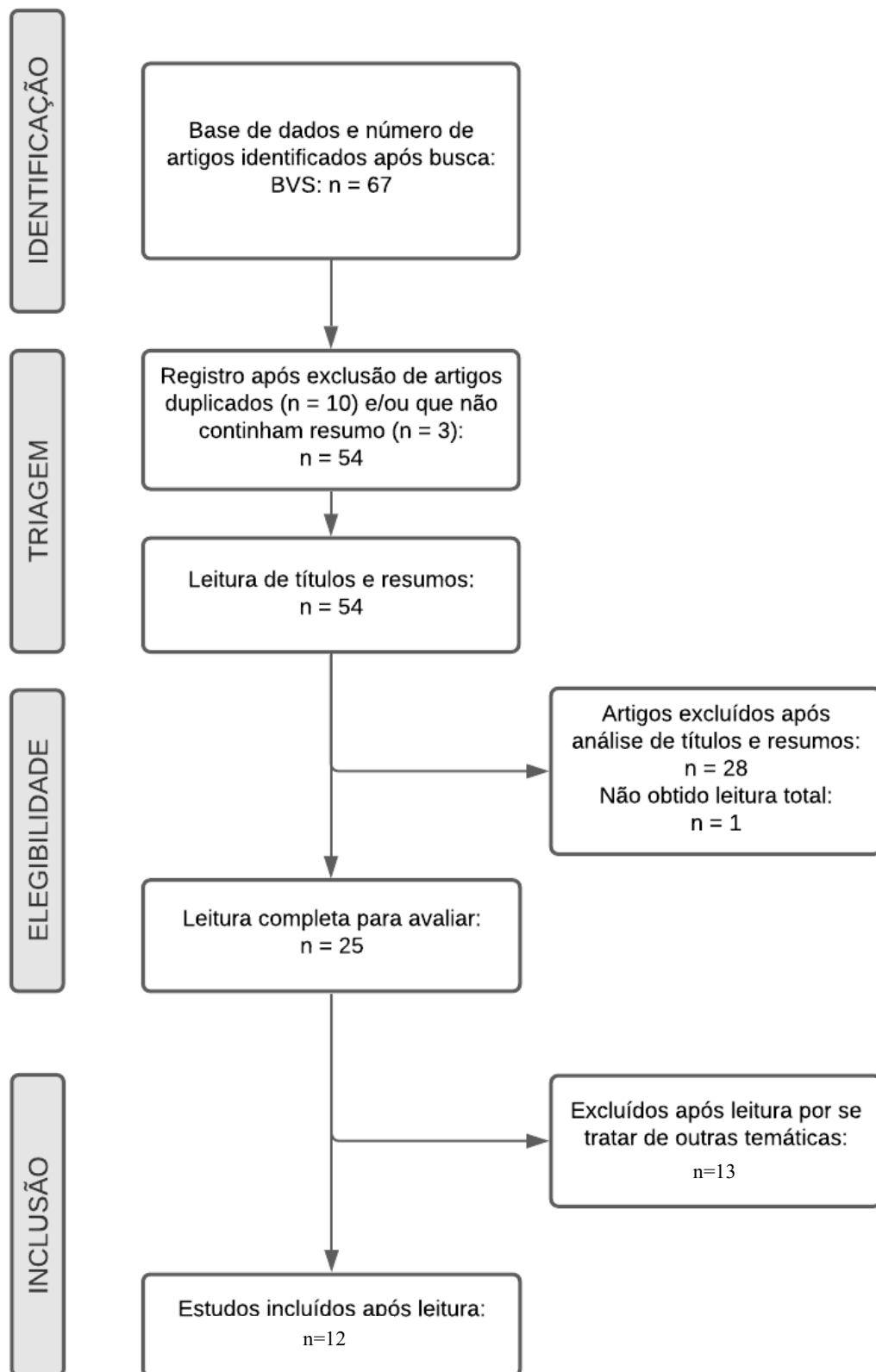
VIANA, A. L. D'ÁVILA; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 1–12, 2019.

WAI, M. F. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Revista de enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 4, p. 563–568, 2009.

WHOQOL GROUP. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases 2019. World Health Organization, 2019.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine** v. 10, p. 1403-1409, 1995.

APÊNDICE A – Fluxograma da revisão integrativa



Fonte: Elaboração do autor (2021).

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados

**PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO EM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO INTERIOR DO AMAZONAS**

ATENÇÃO: Apenas o aplicador do questionário assinará na última página.

Nº DO QUESTIONÁRIO: _____
 CÓDIGO DO ENTREVISTADO NA PESQUISA: _____
 HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA _____: _____
 Peso: _____ kg Altura: _____ m Circunferência Abdominal: _____ cm

I - INFORMAÇÕES GERAIS

1. Data de Nascimento: ____/____/____
2. Natural de (município e estado): _____/____
3. Bairro, município e estado onde mora: _____
4. Sexo: 1() Feminino 2() Masculino
5. Raça: 1() Branca 2() Negra 3() Amarela 4() Parda 5() Indígena
6. Escolaridade: 1() 1º Grau completo 2() 1º Grau incompleto 3() 2º Grau completo 4() 2º Grau incompleto 5() Superior 6() Superior Incompleto 7() Não alfabetizado
7. Situação conjugal: 1() Casado/ Vive junto 2() Solteiro 3() Separado/divorciado 4() Viúvo 5() Outros
8. Religião: _____
9. Você tem filho (s)? 1() Não 2() Tenho, menor(es) de 2 anos 3() Tenho, apenas maior(es) de 2 anos
10. Você mora com: 1() Família 2() Parentes 3() Sozinho(a) 4() Amigos 5() Outros Quem? _____
11. A sua residência é? 1() Alugada 2() Própria 3() Cedida 4() Financiada 5() Outros _____

II - INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO

1. Qual é o nome da UBS em que você trabalha? _____
2. Em que tipo de zona fica a área em que você atua? 1() Rural 2() Urbana [Caso você trabalhe na zona urbana pule para a questão 4]
3. Em qual comunidade rural você trabalha? _____
4. Em qual microárea você trabalha? 1 ____/____ 99() Não sabe
5. Data em que você começou a trabalhar na UBS ____/____/____
6. Quantas equipes de ESF trabalham na sua UBS? 1 ____/____ 99() Não sabe
7. Quantas profissionais trabalham com você na sua equipe? 1 ____/____ 99() Não sabe
8. Esta sempre foi sua ocupação na UBS? [Se respondeu sim, passe para a questão 13] 1() Não 2() Sim
9. Se você respondeu "Não", qual sua ocupação anterior na UBS? _____
10. Quando ocorreu a mudança de ocupação? ____/____
11. Esta mudança foi por motivo de saúde? 1() Não 2() Sim 99() Não sei.
12. Se "sim", você poderia citar o problema de saúde? _____
13. Sua jornada de trabalho é: 1() Manhã 2() Tarde 3() Manhã e Tarde
14. Na última semana, quantas horas trabalhou na UBS? [Sem o dia da entrevista] _____
15. Há quantos anos você trabalha desde o seu 1º trabalho? _____ anos _____ meses
16. Antes de entrar na UBS atual, qual foi a ocupação que exerceu por mais tempo? _____
19. Por quanto tempo exerceu esta ocupação (antes da UBS atual)? _____ anos _____ meses
20. Desenvolve outra atividade remunerada? 1() não 2() sim
21. Se "sim", que ocupação? _____ 22. Quantas horas por semana? _____
23. Você fez o curso introdutório para trabalhar como ACS? 1() Não 2() Sim
24. Você já recebeu algum treinamento para atuar na Saúde da Família (ESF)?
 1() Não 2() Sim Qual? _____
25. Como você avalia o treinamento que recebeu para trabalhar na Estratégia Saúde da Família (ESF)?
 1() Muito inadequado 2() Inadequado 3() Neutro 4() Adequado 5() Muito adequado

26. Como você vai para o trabalho?

1() Carro próprio 2() Moto 3() Ônibus 4() Bicicleta 5() Catraia 6() A pé 7() Outros. Qual? _____

27. O seu trabalho, em sua área de cobertura, oferece algum tipo de risco para você?

1() Não [caso não possua riscos, passe para a questão 30] 2() Sim

28. Quais são os principais riscos do seu trabalho para você?

29. Em sua opinião, qual o principal problema para ser resolvido em sua área de cobertura [área de atuação]

30. Atualmente você estuda, faz algum tipo de curso ou aula?

1() Não 2() Sim 3 Se Sim, Qual(is)? _____

31. Qual é o tipo de vínculo empregatício que você possui no seu trabalho?

1() CLT [carteira assinada] 3() Contrato

2() Concursado estatutário 4() Outro. Qual? _____

III – QUESTIONÁRIO SOBRE OCUPAÇÃO ATUAL

Dê uma nota de 0 a 5 às questões sobre RITMO, POSTURA, FORÇA e MANUSEIO do seu trabalho, marcando com um "x" na coluna correspondente, considerando os dois extremos. Esta nota se refere ao posto que você ocupa em mais da metade da jornada diária [caso você tenha mais de um posto].

1. Ritmo de trabalho

	Inexistente						Insuportável
	0	1	2	3	4	5	
Pressão do tempo							
	Lento						Muito acelerado
Ritmo	0	1	2	3	4	5	
	Nunca						Sempre que preciso
Pausa para descansar	0	1	2	3	4	5	

2. Posturas

Você trabalha:

	Jamais					O tempo todo
	0	1	2	3	4	5
Sentado						
Em pé						
Andando						
Agachado						
Com o tronco inclinado para frente						
Com o tronco rodado						
Com os braços acima da altura dos ombros						

3. Manuseio de carga:

	Jamais					O tempo todo
	0	1	2	3	4	5
Levantar						
Puxar						
Empurrar						
Carregar						

4. Se você respondeu um número diferente de 0 no último item, você afirmaria que o peso dessas cargas é, por unidade, em média:

1() 1 a 15 kg 2() 16 a 45 kg 3() maior que 45 kg 9() não se aplica 99() não sabe

Ambiente físico do posto de trabalho (em geral):

5. Você tem habitualmente sensação de [ADMITE-SE MAIS DE UMA RESPOSTA]:

- 1() Frio 2() Umidade 3() Ruído 4() Calor 5() Poeira 8() NDA
 5. Você usa luvas? 1() não 2() sim
 6. Há exigência para usar luva o tempo todo?

De jeito nenhum	O tempo todo
0 1 2 3 4 5	

De jeito nenhum	O tempo todo
0 1 2 3 4 5	

7. A luva atrapalha você ao fazer sua tarefa?

IV - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADOInventário Síndrome de *Burnout* de Maslach (MBI), traduzido e adaptado para o Português por Robayo-Tamayo (1997)

1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Algumas vezes 4 – Frequentemente 5 – Sempre

Nº	AFIRMAÇÕES [PODEM SER FEITAS COMO PERGUNTAS]	1	2	3	4	5
1	Você se sente emocionalmente exausto pelo no seu trabalho					
2	Você se sente esgotado ao final de um dia de trabalho					
3	Você se sente cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho					
4	Você pode entender facilmente o que sentem meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia					
5	Você se sente que trata alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos					
6	Trabalhar o dia inteiro é realmente um grande esforço para você					
7	Você trata de forma adequada os problemas dos meus pacientes					
8	Você se sente esgotado com meu trabalho					
9	Você se sente que está influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho					
10	Você se sente que se tornou mais insensível com as pessoas desde que começou a trabalhar como ACS					
11	Você se sente que este trabalho está me endurecendo emocionalmente					
12	Você se sente muito cheio de energia					
13	Você se sente frustrado com meu trabalho					
14	Você se sente que está trabalhando demais no meu trabalho					
15	Você não me importa realmente com o que acontece com alguns dos seus pacientes					
16	Trabalhar diretamente com pessoas te deixa muito estressado					
17	Você pode criar facilmente um ambiente tranquilo com os seus pacientes					
18	Você se sente estimulado depois de trabalhar lado a lado com os seus pacientes					
19	Você tem realizado muitas coisas importantes neste trabalho					
20	No seu trabalho você se sente como se estivesse no final do seu limite					
21	No seu trabalho, você lida com os problemas emocionais com calma					
22	Você sente que os pacientes te culpam por alguns dos seus problemas					

V - ATIVIDADES DOMÉSTICAS:

1. Na última semana, quantas horas aproximadamente dedicou ao trabalho doméstico (cuidar de limpeza, cozinhar, lavar roupa, passar roupa), sem o dia da entrevista? ____ horas / ____ minutos

VI – HÁBITO DE FUMAR:

1. Você fuma? 1() Não 2() Sim
 2. Já foi fumante no passado? 1() Não 2() Sim 9() Não se aplica
 3. Fuma quantos cigarros por dia (ou fumava quando parou)? _____
 4. Com que idade começou a fumar? _____
 5. Se não fuma mais, com que idade parou? _____

VII - ATIVIDADES FÍSICAS: IPAQ – VERSÃO CURTA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes.

Para responder as questões lembre que:

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0() Nunca 1() Menos de uma vez por mês 2() Pelo menos uma vez por mês
3() Pelo menos uma vez por semana 4() Diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimento de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0() Nunca 1() Menos de uma vez por mês 2() Pelo menos uma vez por mês
3() Pelo menos uma vez por semana 4() Diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa ter bebido?

- 0() Nunca 1() Menos de uma vez por mês 2() Pelo menos uma vez por mês
3() Pelo menos uma vez por semana 4() Diariamente ou quase diariamente

9. Alguma vez você ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?

- 0() Não 1() Sim, mas não nos últimos 12 meses 2() Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0() Não 1() Sim, mas não nos últimos 12 meses 2() Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

IX- INQUÉRITO DE HIPERTENSÃO:

1. Alguma vez lhe disseram que você tem pressão alta? 1() Não 2() Sim 99() Não sabe

2. Há quanto tempo sabe que tem pressão alta? ____ anos ____ meses

3. Entre seus pais e irmãos, alguém faz ou fazia tratamento para pressão alta?

- 1() Não 2() Pai 3() Mãe 4() Pai e mãe 5() Irmão(s) 6() Pais (ou um dos pais) e irmão(s)

4. Você trata ou tratou sua pressão alta? 1() Nunca tratou 2() Tratou, mas não trata mais 3() Está em tratamento regular

- 4() Está em tratamento irregular 9() Não se aplica 99() Não sabe

5. Por que nunca tratou ou parou de tratar sua pressão alta?

1() Não achou necessário 2() Remédios muito caros 3() Não sente nada 4() Remédios deram reação 5() Nunca mais mediu a pressão 6() Basta ficar tranquila 7() Orientação médica 8() Outro motivo 9() Não se aplica 99() Não sabe

6. Que tipo de tratamento para pressão alta está fazendo?

- 1() Só dieta com redução de sal 2() Só medicamentos 3() Dieta e medicamentos 4() Dieta, medicamentos e atividade física

- 7() Outros, especifique _____ 9() Não se aplica 99() Não sabe

X - CONDIÇÕES DE TRABALHO

ENTREVISTADOR: agora farei algumas perguntas sobre as condições de trabalho do (a) senhor (a).

1. Em relação à satisfação, como o (a) Senhor (a) se sente em relação ao seu trabalho neste lugar?

- 1() Muito satisfeito 2() Satisfeito 3() Insatisfeito 4() Muito Insatisfeito 99() Não sabe

2. Qual o número de famílias que o (a) Senhor (a) acompanha por sua micro área?

- ____ Quantidade 99() Não sabe

3. Quantas pessoas o (a) Senhor (a) acompanha na sua micro área?

- ____ Quantidade 99() Não sabe

4. Quais dos seguintes materiais necessários para o desenvolvimento de suas atividades como ACS estão disponíveis em sua unidade de saúde/micro área?

- () Ficha de cadastramento e acompanhamento () Mochila () Boné () Bota () Blusa () Calça () Crachá
() Mapa do território em que atua () Filtro solar () Materiais para medir e pesar () Máscara de proteção

XI - SOBRE SINTOMAS DE DOR

Você teve dor ou desconforto ("dormência, formigamento, enrijecimento ou inchaço") em braços, mãos, pernas, pescoço ou região lombar durante os últimos doze meses? 1() não 2() sim

Se você respondeu SIM, por favor, complete a coluna para cada parte do corpo na qual surgiu a dor, nos dois quadros a seguir. Atenção: cada coluna diz respeito a uma parte do corpo descrita na primeira linha.

	Pescoço	Ombro	Cotovelo	Antebraço	Punho/mão	Parte alta das costas	Região lombar	Coxa	Joelho	Perna	Pé
1. Que lado incomoda você? 1 - Direito 2 - Esquerdo 3 - Os dois											
2. Em que ano você notou o problema?											
3. Quanto tempo o problema dura geralmente? 1 - < de 1 hora 2 - > 1 hora até 1 dia inteiro 3 - > 1 dia até 1 semana 4 - > 1 semana até 1 mês 5 - > 1 mês até 6 meses 6 - > 6 meses											
4. Quantos episódios do problema você teve? 1 - É constante, o tempo todo 2 - Diariamente 3 - Uma vez por semana 4 - Uma vez por mês 5 - A cada 2 ou 3 meses 6 - A cada 6 meses											
5. Você teve o problema nos últimos 7 dias? 1 - Não 2 - Sim											
6. Em uma escala de 0 a 5, como você classificaria o seu desconforto? Nenhum (0) → Insuportável (5)											
7. Você recebeu tratamento médico para o problema? 1 - Não 2 - Sim											
8. Quantos dias de trabalho você perdeu pelo problema?											
9. Quantos dias você ficou em trabalho leve ou restrito por causa do problema?											
10. Você mudou de trabalho por causa deste problema? 1 - Não 2 - Sim											
11. Você havia sofrido trauma agudo neste local (pancada, estirão, entorse, luxação)? 1 - Não 2 - Sim											

XI - APENAS PARA AS MULHERES RESPONDEREM:

1. Você usa ou usou pílula ou outro anticoncepcional hormonal? 1() Não 2() Sim
 2. Se você respondeu "sim", por quanto tempo usa ou usou? _____ anos _____ meses
 3. Se parou, isto foi há quanto tempo? _____ anos _____ meses

XII - PROCESSOS DE FORMAÇÃO

Para atuar como ACS que tipo de formação o (a) senhor (a) recebeu? (ADMITE-SE MAIS DE UMA RESPOSTA)

1. Curso introdutório de Formação inicial: 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
 2. Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde: 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
 3. Outro: 1() Não 2() Sim Se sim, especifique: _____ 9() Não se aplica
 4. O (a) Senhor (a) possui outro tipo de formação em saúde? 1() Não 2() Sim Se sim, especifique: _____
 5. Organização do território: 1() Não 2() Sim 9() Não se aplica
 6. Programas específicos: tuberculose, dengue, doenças respiratórias dentre outros: 1() Não 2() Sim 9() Não se aplica
 9. Saúde bucal: 1() Não 2() Sim 9() Não se aplica
 7. Promoção da saúde: 1() Não 2() Sim 9() Não se aplica
 8. Uso de plantas medicinais e fitoterápicos: 1() Não 2() Sim 9() Não se aplica
 9. Participação em conselhos locais de saúde: 1() Não 2() Sim 9() Não se aplica
 10. Qual foi a última vez que o (a) senhor (a) participou de algum treinamento ou curso de educação permanente destinado aos agentes comunitários de saúde?
 1() Há menos de 6 meses 2() Entre 6 meses a 1 ano 3() Entre 1 ano e 2 anos
 4() Mais de 2 anos 99() Não sabe 9() Não se aplica

XIV- SOBRE A QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-bref						
Instruções						
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.						
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

XV - SAÚDE AUTORREFERIDA

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS DOENÇAS JÁ DIAGNOSTICADAS AO (A) SENHOR (A). ALGUMA VEZ UM MÉDICO LHE INFORMOU QUE O (A) SENHOR (A) TEVE OU TEM ALGUMAS DAS SEGUINTES DOENÇAS?

1. O senhor possui plano de saúde? 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
2. De um modo geral, em comparação às pessoas da sua idade, como o (a) senhor (a) considera sua saúde?
1() Excelente 2() Boa 3() Regular 4() Ruim 5() Péssima
3. Hipertensão ou pressão alta: 1() Não 2() Sim 3() Sim, somente durante a gravidez 99() Não sabe
4. Diabetes ou quantidade de açúcar alto no sangue: 1() Não 2() Sim 3() Sim, somente durante a gravidez 99() Não sabe
5. Colesterol alto (gordura no sangue): 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
6. Infarto do miocárdio [ataque do coração]: 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
7. Angina de peito (dor no peito ou isquemia ou má circulação no coração)? 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
8. Insuficiência cardíaca (coração grande ou dilatado): 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
9. Doença de Chagas: 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
10. Câncer: 1() Não 2() Sim Caso sim, onde _____ 99() Não sabe
11. Malária: 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
12. Dengue: 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
13. Hepatite: 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
14. Leishmaniose: 1() Não 2() Sim Caso sim, qual tipo _____ 99() Não sabe
15. Diarreia: 1() Não 2() Sim Caso sim, quantas vezes no último ano _____ 99() Não sabe
16. Sente-se cansado o tempo todo? 1() Não 2() Sim
17. Tem sensações desagradáveis no estômago? 1() Não 2() Sim

XVI - AFASTAMENTO POR DOENÇA

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE QUALQUER TIPO DE AFASTAMENTO POR MOTIVO DE DOENÇA QUE PORVENTURA O (A) SENHOR (A) TENHA TIDO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

1. O (a) senhor (a) esteve afastado (a) das suas atividades de trabalho em decorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses?
1() Não [Caso Não, pule para o bloco XVII] 2() Sim 99() Não sabe
2. Quantas vezes isso aconteceu? _____ Quantidade (vezes) 99() Não sabe 9() Não se aplica
3. Você sabe o seu último diagnóstico? 1() Não 2() Sim 99() Não sabe 9() Não se aplica
4. Qual foi? _____ Descrição 9() Não se aplica
5. Na opinião do (a) senhor (a), este último diagnóstico teve relação com as atividades realizadas no trabalho?
1() Não 2() Sim 99() Não sabe 9() Não se aplica
6. Quantos DIA(S), MÊS(ES) E ANO(S) o (a) senhor (a) permaneceu afastado da última vez?
_____ DIA _____ MESES _____ ANOS quantidade 99() Não sabe/não respondeu 9() Não se aplica
7. Durante o afastamento, a remuneração do (a) senhor (a) foi mantida?
1() Não 2() Sim, integralmente 3() Sim, parcialmente 99() Não sabe 9() Não se aplica
8. O (a) senhor (a) recebeu o apoio necessário de seus colegas quando precisou ausentar-se do trabalho por motivo de doença?
1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente 99() Não sabe 9() Não se aplica
9. O (a) senhor (a) recebeu apoio necessário do seu (sua) supervisor (a) ou gerente quando precisou ausentar-se do trabalho por motivo de doença?
1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente 99() Não sabe 9() Não se aplica

XVII - USO DE MEDICAMENTOS

ENTREVISTADOR (A)? AGORA PERGUNTAREI SOBRE MEDICAMENTOS QUE O (A) SENHOR (A) TENHA USADO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

1. Nas últimas duas semanas, o (a) senhor (a) usou algum tipo de medicamento? 1() Não 2() Sim 99() Não sabe

Se sim, especifique: _____

2. Em caso positivo, essa medicação é de uso contínuo? 1() Não, apenas de uso esporádico 2() Sim 99() Não sabe 9() Não se aplica
3. Em relação a essa medicação utilizada foi: 1() Prescrita 2() Automedicação 99() Não sabe 9() Não se aplica

XVIII - VIOLÊNCIA NO TRABALHO

ENTREVISTADOR: AGORA PERGUNTAREI SOBRE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA QUE O (A) SENHOR (A) POSSA TER VIVENCIADO NO SEU TRABALHO

1. Qual é o seu grau de preocupação com a violência na unidade de saúde e na comunidade onde o (a) senhor (a) trabalha?
- 1() Muito preocupado 2() Preocupado 3() Pouco preocupado 4() Nada preocupado 99() Não sabe 9() Não se aplica
2. Nos últimos 12 meses, o (a) senhor (a) foi vítima de VIOLÊNCIA FÍSICA na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha? (Entende-se por VIOLÊNCIA FÍSICA o uso de força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Inclui bater, dar pontapé, esbofetear, alvejar, empurrar, morder, beliscar, contaminar com produtos orgânicos – ex. saliva, sangue, entre outros): 1() Não 2() Sim
3. Em caso afirmativo, quantas vezes isso aconteceu?
- 1() Uma vez 2() 2-5 vezes 3() Mais de 5 vezes 99() Não sabe 9() Não se aplica
4. Em caso afirmativo, quem o (a) agrediu fisicamente?
- 1() Gerente da unidade 2() Supervisor 3() Colega ACS 4() Profissional da unidade
- 4() Usuário da unidade 5() Outros 90() Recusou-se a responder 99() Não sabe 9() Não se aplica
5. Nos últimos 12 meses, o (a) senhor (a) foi vítima de AMEAÇA/AGRESSÃO VERBAL na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha? (Entende-se por AMEAÇA/AGRESSÃO VERBAL um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa. É a comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, ameaça, acusa ou desrespeita o outro): 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
6. Em caso afirmativo, quantas vezes isso aconteceu?
- 1() Uma vez 2() 2-5 vezes 3() Mais de 5 vezes 99() Não sabe 9() Não se aplica
7. Em caso afirmativo, quem o (a) ameaçou ou agrediu verbalmente?
- 1() Gerente da unidade 2() Supervisor 3() Colega ACS 4() Profissional da unidade
- 4() Usuário da unidade 5() Outros 90() Recusou-se a responder 99() Não sabe 9() Não se aplica
8. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o (a) senhor (a) foi vítima de ASSÉDIO SEXUAL na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha? (Entende-se por ASSÉDIO SEXUAL qualquer comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido que é ofensivo para a pessoa envolvida que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada): 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
9. Em caso afirmativo, quantas vezes isso aconteceu?
- 1() Uma vez 2() 2-5 vezes 3() Mais de 5 vezes 99() Não sabe 9() Não se aplica
10. Em caso afirmativo, quem o (a) assediou?
- 1() Gerente da unidade 2() Supervisor 3() Colega ACS 4() Profissional da unidade
- 4() Usuário da unidade 5() Outros 90() Recusou-se a responder 99() Não sabe 9() Não se aplica
11. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o (a) senhor (a) sofreu DISCRIMINAÇÃO na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha? (Entende-se por DISCRIMINAÇÃO qualquer conduta ameaçadora baseada na raça, cor, linguagem, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outra característica que não é recíproca nem desejada e que afeta a dignidade das mulheres ou dos homens no trabalho): 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
12. Em caso afirmativo, quantas vezes isso aconteceu?
- 1() Uma vez 2() 2-5 vezes 3() Mais de 5 vezes 99() Não sabe 9() Não se aplica
13. Em caso afirmativo, quem o (a) discriminou?
- 1() Gerente da unidade 2() Supervisor 3() Colega ACS 4() Profissional da unidade
- 4() Usuário da unidade 5() Outros 90() Recusou-se a responder 99() Não sabe 9() Não se aplica
14. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o (a) senhor (a) sofreu danos materiais contra a sua PROPRIEDADE PESSOAL na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha? (Por exemplo: danos ao seu veículo particular, assalto ou roubo):
- 1() Não 2() Sim 99() Não sabe
15. Em caso afirmativo, quem o (a) causou danos materiais à sua propriedade pessoal?
- 1() Gerente da unidade 2() Supervisor 3() Colega ACS 4() Profissional da unidade
- 4() Usuário da unidade 5() Outros 90() Recusou-se a responder 99() Não sabe 9() Não se aplica
16. Em caso afirmativo, quantas vezes isso aconteceu?
- 1() Uma vez 2() 2-5 vezes 3() Mais de 5 vezes 99() Não sabe 9() Não se aplica

17. Para os que sofreram violência: O (a) senhor (a) acredita que a violência sofrida possa trazer algum tipo de problema para a sua saúde?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente 99() Não sabe 9() Não se aplica

18. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o (a) senhor (a) testemunhou na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha algum dos seguintes incidentes:

Violência física Ameaça/agressão verbal Assédio moral Assédio sexual

Discriminação Violência contra propriedade pessoal

21. Em caso afirmativo, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes o (a) senhor (a) testemunhou algum desses incidentes?

1() Uma vez 2() 2-5 vezes 3() Mais de 5 vezes 99() Não sabe 9() Não se aplica

22. Em caso de agressão ou ameaça de violência que providências o (a) senhor (a) costuma tomar?

1() Não toma providências 2() Comunica à gerência 3() Comunica à secretaria de saúde 4() Procura a delegacia

5() Comunica os profissionais da UBS/ESF 6() Outra 99() Não sabe 9() Não se aplica

XIX - ACIDENTE DE TRABALHO

ENTREVISTADOR (A): AGORA PERGUNTAREI SOBRE ACIDENTES OU LESÕES FÍSICAS QUE POSSAM TER OCORRIDO COM O (A) SENHOR (A) NA UNIDADE DE SAÚDE OU NA COMUNIDADE ONDE O (A) SENHOR (A) TRABALHA

1. Alguma vez na vida o (a) senhor (a) sofreu algum tipo de lesão física ou acidente no seu local de trabalho?

1() Não 2() Sim Caso sim, qual? _____ 99() Não sabe

Em caso positivo, de que tipo? [ADMITE-SE MAIS DE UMA RESPOSTA]

2. Acidente com perfuro-cortante (por exemplo: agulha, lâmina bisturi, faca): 1() Não 2() Sim 9() Não se aplica

3. Queda: 1() Não 2() Sim 4. Ataque de cachorro: 1() Não 2() Sim 5. Ataque com outro animal: 1() Não 2() Sim 9() Não se aplica 5. Outro, qual _____

9() Não se aplica

7. Em caso positivo, foi feita a notificação, preenchida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)?

1() Não 2() Sim 99() Não sabe 9() Não se aplica

8. O (a) senhor (a) já sofreu algum tipo de lesão ou acidente no percurso entre sua casa e seu local de trabalho ou entre seu local de trabalho e a sua casa? 1() Não 2() Sim 9() Não se aplica

9. Em caso positivo, foi feita a notificação, preenchida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)?

1() Não 2() Sim 99() Não sabe 9() Não se aplica

Nome do aplicador do questionário: (Letra de forma)

_____ Data: __/__/__ Hora de término: _____

Observações:

ANEXO B – Normas de Submissão da Revista Brasileira de Epidemiologia

Instrução aos autores

Escopo e informações gerais

A Revista Brasileira de Epidemiologia (RBE) é um periódico científico publicado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (www.abrasco.org.br). Seu primeiro número foi publicado em 1998, mantendo desde então contínua e regular divulgação de artigos originais com elevado mérito científico que contribuam para o avanço do conhecimento e o desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins. A Revista Brasileira de Epidemiologia é bilíngue. Todos os artigos submetidos em português ou espanhol e aprovados são publicados também na língua inglês.

Os artigos são publicados em fluxo contínuo e todos são de acesso livre e gratuito em <https://www.scielo.br/rbepid>. Os artigos publicados pela RBE estão sob licença Creative Commons do tipo BY-CC. Assim, é permitida a cópia, a adaptação, a remixagem e a redistribuição do material em qualquer formato e por qualquer meio, indicando claramente eventuais mudanças realizadas. Sempre devem ser dados os créditos apropriados de autoria e publicação, além de apresentado o link para a licença. Ao publicarem seu artigo na RBE, os autores transferem os direitos autorais à revista e concedem a ela o direito de primeira publicação.

Os manuscritos são submetidos online por meio da plataforma Scholar One, disponibilizada em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbepid-scielo>.

Políticas da Revista Brasileira de Epidemiologia

Política de ética e transparência na publicação

Princípios gerais

A RBE segue as orientações de ética e transparência na publicação contidas no documento Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas, publicado pelo Committee on Publication Ethics (COPE), pelo Directory of Open Access Journals (DOAJ), pela Open Access Scholarly Publishers Association (OASPA) e pela World Association of Medical Editors (WAME). Ele pode ser acessado na íntegra em <https://doi.org/10.24318/cope.2019.1.12>.

Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Todos os trabalhos submetidos à RBE devem ter seguido as recomendações de ética em pesquisa da Declaração de Helsinque e as normas constantes nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. A aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é dispensada para estudos que analisam dados agregados e sem identificação das pessoas, tais como aqueles disponíveis em bancos de dados oficiais de domínio público. Nenhuma instância é superior ao CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (CONEP). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP. É obrigatório o envio da cópia do parecer do CEP no ato da submissão.

Registro de ensaios clínicos

A RBE apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) para registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação em acesso aberto. Por essa razão, são aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicos que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na Folha de rosto.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR);
- ClinicalTrials.gov;
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN);
- Netherlands Trial Register (NTR);
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR);
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP).

Critérios de autoria

Para a definição de autoria dos artigos, a RBE acompanha as Recomendações para Elaboração, Redação, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Periódicos Médicos,

elaboradas pelo International Committee of Medical Journal Editors. Os autores devem seguir as diretrizes disponíveis em <http://www.icmje.org/>, traduzidas para o português no artigo de Duarte e Pansani (2015), disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300577.

Má conduta em pesquisa

A RBE incorpora em seus protocolos rígidas diretrizes para prevenir e identificar eventuais más condutas nas pesquisas. Caso identificado algum sinal de má conduta no estudo submetido à revista, os Editores-Chefes seguem as diretrizes COPE para lidar com a situação.

Compartilhamento de dados

A RBE incentiva que os autores disponibilizem publicamente os dados brutos dos seus estudos e as rotinas utilizadas nas análises dos dados. No caso de estudos de intervenção, os dados devem, obrigatoriamente, estar disponíveis em acesso aberto ou a pedido, sempre anonimizados.

Política do processo de revisão por pares

O processo de revisão por pares é etapa vital do processo editorial do artigo, por isso a RBE dedica a ele muito cuidado. Ao mesmo tempo, a revista entende que a agilidade do processo editorial é muito importante para os autores e para a comunidade científica. Assim, a RBE procura sempre oferecer análises com ética, máximo rigor científico e agilidade. Para isso, são seguidas as seguintes etapas:

- Análise de mérito pelos Editores-Chefes: todos os manuscritos recebidos são analisados pelos Editores-Chefes, que avaliam (a) a adequação do estudo ao escopo da revista, (b) a contribuição que ele oferece ao avanço do conhecimento, (c) a sua originalidade, (d) o rigor metodológico com que o estudo foi conduzido, (e) a aderência das conclusões aos resultados apresentados.
- Revisão técnica dos manuscritos: a secretaria-executiva da RBE avalia se os manuscritos selecionados pelos Editores-Científicos estão formatados de acordo com as instruções técnicas da revista. Caso alguma incorreção seja identificada, o manuscrito é devolvido ao autor de correspondência com a indicação do ajuste necessário. Apenas textos que atendam a todos os critérios de forma descritos nas “Instruções aos Autores” passam à revisão por pares.

- Revisão por pares: os manuscritos selecionados pelos Editores-Chefes são encaminhados a um Editor-Associado, que sempre será um pesquisador com sólida e reconhecida formação no tema do manuscrito. Ele irá indicar revisores com notória competência para análise do estudo. Cada manuscrito irá receber no mínimo dois pareceres, que serão analisados pelo Editor- Associado para elaboração de um parecer aos Editores-Chefes. O processo de revisão por pares adotado pela RBE é duplo-cego, ou seja, revisores e autores não conhecem as identidades uns dos outros.
- Decisão editorial: Com base nos pareceres dos revisores e do Editor - Associado, os Editores-Chefes decidem (1) pela recusa do manuscrito; (2) por oferecer nova chance aos autores mediante apreciação e resposta aos pareceres recebidos; ou (3) aprovação com ou sem mudanças. No caso dos desfechos 2 e 3, a apreciação da nova versão do manuscrito pode ser feita apenas pelos editores ou o texto revisado pode ser enviado novamente a revisores ad hoc. Mais de uma rodada de avaliação do manuscrito pode ser necessária, de acordo com os pareceres dos editores. A não observância pelos autores dos prazos de revisão estipulados pela revista pode resultar no arquivamento da submissão.

A RBE analisa todos os manuscritos submetidos em sistema para identificação de plágio.

A RBE reforça aos revisores a necessidade de rigorosa observância dos requisitos éticos para revisão por pares elaborados pelo Committee on Publication Ethics, conforme disponível em https://publicationethics.org/files/Ethical_Guidelines_For_Peer_Reviewers_2.pdf

Equidade de gênero

Editores e revisores da Revista Brasileira de Epidemiologia, além dos autores que publicam na revista, devem sempre observar as diretrizes sobre Equidade de Sexo e Gênero em Pesquisa (Sex and Gender Equity in Research - SAGER). As diretrizes SAGER compreendem um conjunto de diretrizes que orientam o relato de informações sobre sexo e gênero no desenho do estudo, na análise de dados e nos resultados e interpretação dos achados, conforme descrito em inglês em <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> e em português em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017005001101&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Além disso, a RBE observa a política de equidade de gênero na formação de seu corpo de editores e revisores.

Tipos de manuscritos aceitos

A RBE recebe manuscritos nas seguintes categorias:

- Artigos originais: com resultados inéditos de pesquisas (máximo de 3.400 palavras);
- Artigos de revisão sistemática e metanálise (não são aceitas revisões integrativas; máximo de 3.400 palavras);
- Artigos metodológicos e ensaios teóricos: artigos que tratem de técnicas ou teorias utilizadas em estudos epidemiológicos (máximo de 3.400 palavras);
- Artigos que descrevam e analisem os procedimentos metodológicos de estudos conduzidos no Brasil: o objetivo é apresentar como se dá a construção de estudos de base populacional, sejam transversais ou de coorte, compartilhando experiências, desafios e soluções. A Introdução deve apresentar o contexto e sua justificativa; os Métodos devem conter os procedimentos adotados, público participante, medidas realizadas, desafios e soluções; os Resultados devem contemplar os principais resultados gerais do estudo; e a Discussão deve apresentar as suas implicações, como o artigo se situa diante das demais pesquisas e incluir suas fortalezas e limitações (máximo de 3.400 palavras);
- Artigos para Debate: o artigo receberá comentários e análises de diferentes autores na forma de consenso/dissenso. Essa modalidade ocorre a convite dos editores (máximo de 2.000 palavras);
- Comunicações breves: relatos curtos dos resultados de pesquisa original. Em geral são análises mais enxutas e com breve discussão dos resultados (resumo e abstract devem estar no formato narrativo com até 120 palavras; o artigo deve ter até 1.000 palavras e contar com as seções Introdução, Métodos, Resultados e Discussão; até duas tabelas/figuras podem ser apresentadas ocupando até três páginas somadas; as referências apresentadas são limitadas a seis);
- Cartas ao Editor: comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 500 a 700 palavras).

A contagem das palavras contempla Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas e figuras não são incluídas nessa contagem).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de

Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. As informações e os conceitos presentes nos artigos, bem como a veracidade dos conteúdos das pesquisas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do texto, além de abstract em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do abstract no idioma original do artigo, além de resumo em português.

Os manuscritos devem ser apresentados obrigatoriamente com a seguinte estrutura, em arquivo único:

Folha de rosto

A folha de rosto deve conter:

- título do manuscrito em português e inglês (máximo de 25 palavras cada título);
- título resumido (máximo de 10 palavras);
- dados dos autores (nomes completos, e-mails, números ORCID, entidades institucionais de vínculo profissional com cidades, estados e países — titulação e cargo não devem ser descritos);
- indicação do autor para correspondência, com seu endereço completo e e-mail;
- agradecimentos (máximo de 70 palavras). Podem ser mencionadas nos agradecimentos pessoas que colaboraram com o estudo, porém não preencheram os critérios de autoria, e/ou instituições que apoiaram a pesquisa com recursos financeiros, logísticos ou outros. Os autores devem enviar à RBE a anuência (formulário assinado) das pessoas mencionadas nos agradecimentos;
- informação quanto à existência ou ausência de conflitos de interesses;
- fonte de financiamento, informando se público ou privado; se não houver, mencionar que o estudo não contou com financiamento;
- número de identificação/aprovação do CEP;
- colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

Nas páginas que seguem, iniciando sempre em nova página, as seguintes seções devem ser apresentadas:

Resumo e abstract

Os resumos devem ter, no máximo, 250 palavras e devem ser apresentados na forma estruturada, contemplando as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. As mesmas regras aplicam-se ao abstract.

Os autores deverão apresentar no mínimo quatro e no máximo seis palavras-chave no idioma em que o manuscrito foi apresentado e em inglês. Caso o idioma seja o inglês, as palavras-chave também devem ser enviadas em português. Esses descritores devem estar padronizados conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (disponíveis em <http://decs.bvs.br/>).

Introdução

Métodos

Resultados

Discussão

Recomenda-se que o(s) último(s) parágrafo(s) da Discussão seja(m) destinado(s) às conclusões e recomendações.

Referências

Devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a primeira menção no texto e utilizando-se algarismos arábicos sobrescritos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética dos autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Sempre que disponível, o Digital Object Identifier (DOI) deve ser informado ao final da referência, conforme exemplo a seguir. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverão ser indicados o título do periódico, o ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses, “No prelo” ou “In press”. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farías-Antunez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. *Rev Saúde Pública* 2018; 52: 22. <https://doi.org/10.11606/s518-8787.2018052000103>

Barros AJ, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *PLoS Med* 2013; 10: e1001390. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001390>

Livros e outras monografias

Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essentials of medical statistics*. 2ª ed. Malden: Blackwell Science; 2003.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP, ed. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Dissertação

Terlan RJ. Prevalência de não realização de citopatológico de colo de útero entre gestantes no município de Rio Grande, RS [dissertação de mestrado]. Rio Grande: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande (FURG); 2015.

Tese

Barros S. Efeito da respiração lenta na pressão arterial e na função autonômica em hipertensos [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); 2017.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Jacobina AT. A emergência do movimento da reforma sanitária brasileira e sua relação com os partidos políticos. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2018 jul 26-29; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/a-emergencia-do-movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-e-sua-relacao-com-os-partidos-politicos>

Relatório da Organização Mundial da Saúde

World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

Documentos eletrônicos

Brasil. Indicadores e dados básicos: IDB Brasil [Internet]. 2010 [acessado em 7 mar. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm#mort>

Figuras e tabelas

As tabelas e figuras (gráficos, mapas e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em arquivos separados. Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de cinco páginas dedicadas a tabelas e figuras. Não formatar tabelas usando a tecla TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa de editor de texto.

As ilustrações podem ter, no máximo, 15 cm de largura na orientação retrato e 24 cm de largura na orientação paisagem e ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). Devem ser apresentadas em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas 1,5. São aceitas figuras coloridas. As fotos devem ser fornecidas em alta resolução; os gráficos, em formato editável; e as tabelas, equações, quadros e fluxogramas devem ser enviados sempre em arquivo editável (MS Word ou MS Excel), nunca em imagem.

Material suplementar

Materiais adicionais que contribuam para melhor compreensão do artigo podem ser submetidos pelos autores. Esses arquivos ficarão disponíveis online e devem ser mencionados no corpo do texto. No entanto, esse material não será incorporado na diagramação do artigo e será publicado na forma em que for recebido. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, os documentos suplementares não passarão por revisão, padronização, diagramação ou tradução. Cada arquivo suplementar deve ser acompanhado de título que o descreva. Os autores devem transferir os arquivos em PDF, com a opção Arquivo Complementar para Avaliação (Supplemental File for Review). O conteúdo desses arquivos não deve ser inserido no final do manuscrito. Todos devem ser suficientemente claros para permitir sua reprodução e as imagens devem ser fornecidas em alta resolução.

Conflito de interesses

Todos os autores devem manifestar a existência ou a ausência de conflitos de interesses na realização do estudo. Os conflitos de interesses podem ocorrer quando algum autor ou instituição tem relações de qualquer natureza com organizações ou indivíduos que podem influenciar o estudo em questão. Exemplos de conflitos de interesses incluem vinculação de emprego, prestação de serviços de consultoria, financiamento ou outro auxílio financeiro recebido, participação acionária em empresas, posse de patentes e homenagens recebidas. Caso não haja conflito de interesses, os autores devem declarar: “Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses”. A informação sobre conflitos de interesses deve ser incluída na folha de rosto.

Declarações

Todos os autores deverão concordar e assinar a declaração de conflito de interesses, a declaração de direitos autorais e a declaração de exclusividade da primeira publicação.

Não é necessário o envio das declarações na submissão do manuscrito. Os documentos serão solicitados pela secretaria da RBE apenas após a aprovação do manuscrito.

Uso de guias para relato de informações científicas

Recomenda-se aos autores, sempre que pertinente, a leitura e a observância dos guias de redação científica. Para ensaios clínicos, recomenda-se o CONSORT (<http://www.consort-statement.org/>), para estudos observacionais o STROBE (<http://www.strobe-statement.org>) e para revisões sistemáticas o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org>). Sugere-se o portal da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) para acesso a outros guias e para orientações adicionais que visam garantir qualidade e transparência nas pesquisas em saúde (<https://www.equator-network.org>).

Outras orientações

Todo o conteúdo do artigo (folha de rosto, resumo, abstract, introdução, método, resultados, discussão, referências bibliográficas) deve ser apresentado em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas duplo. Não utilizar quebras de linha. Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word).

Quando abreviaturas forem citadas pela primeira vez no texto, devem ser acompanhadas

pelo termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Taxa de processamento de artigo

A versão em inglês dos artigos é custeada integralmente pela RBE. Já a taxa de editoração é paga pelos autores. O valor é revisado regularmente, sendo para artigos submetidos a partir de 06 de abril de 2021 igual a R\$800 para comunicações breves e R\$1.200 para todos os demais tipos de artigo.

A taxa é paga apenas após a aprovação do manuscrito e os autores devem aguardar comunicação da secretaria executiva da revista com instruções para o pagamento. Nota fiscal e demais documentos comprobatórios são fornecidos pela revista para apresentação a instituições de ensino, pesquisa, agências de fomento e outras. Solicitações de desconto podem ser requeridas pelos autores mediante justificativa caso todos sejam provenientes de programas de pós-graduação nível 3 ou nível 4 da CAPES de qualquer região do Brasil ou com vinculações únicas a secretarias municipal e/ou estadual de saúde. Caberá à RBE avaliar a possibilidade de oferta de subsídio.

Formas de contato

Endereço físico: Av. Dr. Arnaldo, 715 - BIBLIOTECA - 2º andar - sala 03 - 01246-904 -

Cerqueira César - São Paulo -SP – Brasil

Telefone/Fax: +55 11 3085-5411

Website: <https://www.scielo.br/rbepid>

Endereço eletrônico: rbsubmissao@fsp.usp.br