

FACULDADE SANTA LUZIA
CURSO DE ENFERMAGEM

ALDENIZE MOREIRA DE SOUSA

**Perfil dos agentes comunitários de saúde de uma Unidade Básica de Saúde do
município de Bom jardim, em relação a qualidade de vida**

SANTA INÊS –MA

2022

ALDENIZE MOREIRA DE SOUSA

Perfil dos agentes comunitários de saúde de uma Unidade Básica de Saúde do município de Bom jardim em relação a qualidade de vida

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem (bacharelado) como requisito para obtenção de nota na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador(a): Prof.^a Esp. Flávia Holanda de Brito Feitosa

SANTA INÊS –MA

2022

S725a

Sousa, Aldenize Moreira.

O agente comunitário de saúde: investigação da qualidade de vida profissional na unidade de saúde em Bom Jardim – MA. / Aldenize Moreira Sousa. – 2022.

59f.:il.

Orientador: Prof.^a.Esp. Flávia Holanda de Brito Feitosa.

Monografia (Graduação) – Curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade Santa Luzia – Santa Inês, 2022.

1. Agente comunitário de saúde. 2. Qualidade de vida. 3. Estratégia. 4. Saúde da família. I. Título.

CDU 614.2

ALDENIZE MOREIRA DE SOUSA

Perfil dos agentes comunitários de saúde de uma Unidade Básica de Saúde do município de Bom jardim em relação a qualidade de vida

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Santa Luzia, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Flávia Holanda de Brito Feitosa

Prof. (a). Davyson Vieira Almada

Prof. (a). Thiessa Maramaldo de Almeida
Oliveira

Santa Inês, 02 de novembro de 2022.

Dedico este trabalho à Deus pelo dom da vida e minha mãe pelo incentivo e paciência, seu apoio foi fundamental nessa caminhada, essa vitória é nossa meu amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a ELE toda honra e toda glória sempre pela inspiração nesses cinco anos que se passaram, por ter me capacitado e por iluminar meus caminhos sempre.

A minha família em especial aos meus pais maria e Antônio e meu sobrinho João pelo apoio incondicional, compreensão em todos os momentos, sendo sempre o meu porto seguro.

A minha orientadora Flávia Holanda pela orientação e competência e por estar sempre procurando meios para elaboração de um trabalho de excelência.

Aos meus professores do curso de enfermagem pois através de seus ensinamentos estou finalizando esse curso.

Aos meus colegas de trabalho por terem relatado suas rotinas e vivências pessoais e de trabalho possibilitando a construção desse trabalho.

SOUSA, Aldenize Moreira de. **O agente comunitário de saúde:** investigação da qualidade de vida profissional na unidade de saúde em Bom Jardim - MA. 2022. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso Enfermagem – Faculdade Santa Luzia, Santa Inês, 2022.

RESUMO

O agente comunitário de saúde é parte do sistema governamental responsável pela promoção de saúde e qualidade de vida populacional. Sendo um profissional de saúde público que cotidianamente se expõe a ambientes estressores e situações que ameaçam sua qualidade de vida. O presente trabalho tem por objetivo geral identificar o perfil da qualidade de vida dos agentes comunitários em atuação, em específicos aqueles que trabalham na Unidade Básica de Saúde no Município de Bom Jardim - MA. Os objetivos específicos visam assim: investigar e compreender as causas de invalidez profissional dos agentes comunitários de saúde; verificar a existência de fatores estressores que comprometam a saúde física e mental dos agentes comunitários à médio e longo prazo; e, identificar agentes estressores que justifiquem o aumento de invalidez profissional. Para realização deste estudo propôs-se pesquisa bibliográfica baseada em teses, artigos e dissertações científicas compatíveis ao tema, e, pesquisa de campo na Unidade de Saúde Básica José Abreu de Oliveira Filho, no Município de Bom Jardim, Maranhão. Os resultados apontam que os fatores estressores, exposição à violência urbana e limite de tempo para descanso e lazer impactam diretamente na qualidade de vida dos profissionais entrevistados, os levando a desenvolver patologias de origem mental e física. Conclui-se que, apesar de ser considerado um elo entre o sistema e a comunidade para a promoção de saúde e qualidade de vida nacional, o agente comunitário de saúde (ACS), não tem a sua própria saúde como prioridade. Conclui-se que as demandas executadas pelo ACS são frequentemente desvalorizadas pela população, mesmo com seu impacto social e sanitário.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Qualidade de Vida. Estratégia. Saúde da Família.

SOUSA, Aldenize Moreira de. **The community health agent**: investigation of the professional quality of life in the health unit in Bom Jardim - MA. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem – Faculdade Santa Luzia, Santa Inês, 2022.

ABSTRACT

The community health agent is part of the government system responsible for promoting the population's health and quality of life. As a public health professional who is daily exposed to stressful environments and situations that threaten his quality of life, the present work has the general objective of identifying the profile of the quality of life of community agents in action, specifically those who work in the basic health unit in the city of Bom Jardim - MA. The specific objectives thus aim to: investigate and understand the causes of professional disability among community health workers; verify the existence of stressors that compromise the physical and mental health of community workers in the medium and long term; and, identify stressing agents that justify the increase in professional disability. To carry out this study, bibliographic research was proposed based on theses, articles and scientific dissertations compatible with the theme, and field research at the José Abreu de Oliveira Filho Basic Health Unit, in Bom Jardim, Maranhão. The results indicate that stressors, exposure to urban violence and time limit for rest and leisure directly impact the quality of life of the professionals interviewed, leading them to develop pathologies of mental and physical origin. It is therefore concluded that, despite being considered a link between the system and the community for the promotion of health and national quality of life, the community health agent (CHA) does not have his own health as a priority. It is concluded that the demands performed by the CHA are often devalued by the population, even with their social and health impact.

Keywords: Community Health Agent. Quality of Life. Strategy. Family Health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. O recurso financeiro oferecido para sua jornada de trabalho é suficiente para execução de suas atividades e responsabilidades?.....	30
Gráfico 2. Existem fatores estressores na sua jornada de trabalho que possam tornar sua saúde física e mental vulneráveis?.....	32
Gráfico 3. Há um período fixo destinado para lazer e atividades culturais em sua agenda semanal, sem vínculo empregatício?.....	33
Gráfico 4. Referente se faz uso de medicação contínua?.....	34
Gráfico 5. Possui histórico de doenças familiares e/ou relacionados a sua integridade física e mental?.....	35
Gráfico 6. Referente se seu local de trabalho possui alta taxa de periculosidade social e sanitária?.....	35
Gráfico 7. Três principais causas para ausência profissional (falta), justificada ou não, no trabalho.....	36
Gráfico 8. Relações pessoais (família, romances, amizades)	37
Gráfico 9. Suporte e/ou apoio emocional.....	39
Gráfico 10. Foco e memória (pensar, aprender, concentrar)	39
Gráfico 11. Autoestima.....	39
Gráfico 12. Ambiente de trabalho (ruído, poluição, trânsito, clima)	40
Gráfico 13. Recursos financeiros	41
Gráfico 14. Oportunidade de lazer	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Referente ao perfil socioeconômico dos entrevistados.....	28
Tabela 2. Referente aos hábitos dos entrevistados.....	31
Tabela 3. Tipos de sentimentos mais frequentes.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	15
3.2 APS/SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
3.3 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	19
3.4 SAÚDE E BEM-ESTAR DO TRABALHADOR	21
4 METODOLOGIA	25
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO	25
4.3 POPULAÇÃO.....	26
4.4 AMOSTRAGEM	26
4.5 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	26
4.5.1 Inclusão	26
4.5.2 Não inclusão	26
4.6 COLETA DE DADOS	26
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
6 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE A – TCLE	49
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	50
ANEXO A – Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde	55

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade, a saúde é uma prioridade humana. Historicamente, costumava-se definir a doença como um castigo sem possibilidade de tratamento ou cura. No entanto, na atualidade, acredita-se que grande parte das patologias podem ser tratadas através das novas tecnologias disponíveis para uso e da competência da equipe médica. (saúde da família e da comunidade, 2009)

É perceptível que ambas as ferramentas tecnológicas e as habilidades desempenhadas por profissionais da saúde auxiliaram no que tange a consolidação de programas de saúde pública, sendo instrumento de contribuição para a crença popular de que a doença, em muitos casos, é um mal que pode, mais facilmente, ser assistido e eliminado com baixa probabilidade de mortalidade (BRASIL, 2012).cv

Berlinguer (2006) descreve parte da evolução da área médica derivou-se da prevenção de patologias, ou seja, o diagnóstico de sintomas auxiliava na compreensão de uma série de fatores a serem evitados e efetuados para o combate na exposição de vírus e bactérias no ambiente. A percepção dada pelo autor resulta na afirmação de que a doença não se resume a medições patológicas, como pressão arterial, mas também aos valores e sentimentos expressos pelo paciente, uma vez que os sintomas que caracterizam cada patologia são determinados pelo estado de dor, sofrimento, desconforto e/ou prazer do indivíduo.

Neste caso, nota-se que o Estado promove a saúde pública a partir dos seios familiares, onde a propensão de contágio é maior dado à frequência de contato. Cita-se assim o programa “Estratégia da Família”, uma iniciativa governamental de saúde pública para a prevenção de doenças, sendo constituída por uma equipe de profissionais multidisciplinares que desenvolvem ações dirigidas diretamente a cada indivíduo, família e comunidade.

O cronograma de atividades do programa descreve que o agente comunitário de saúde, trabalhador que atua dentro da equipe da Estratégia da Família, funciona como elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde, ajudando no fortalecimento dos serviços prestados à população. A execução do programa o faz ser reconhecido como principal fator de influência na qualidade de vida nacional (BRASIL, 2009).

A composição de um sistema de saúde de qualidade exige uma ação ampla com implantação de novos conhecimentos e prática no campo da saúde coletiva,

dentre os profissionais de saúde requisitados, está inserido neste panorama, o agente comunitário de saúde, uma vez que o serviço prestado por esses profissionais vai além das demandas desempenhadas nas comodidades da Unidade Básica de Saúde (UBS), visto que, muitas vezes, estes são moradores da região em que atuam e possuem laços afetivos e culturais com a população, sendo assim tidos como líderes naturais.

Atualmente, têm-se mais de 200 mil agentes comunitários de saúde em atividade, em todo Brasil, desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2009). No entanto, percebe-se que a qualidade de vida dos agentes comunitários é instável, sendo muitas vezes descrita pelos próprios profissionais como frequentemente desvalorizada, principalmente pela “falta de material de trabalho, a parte mental é porque tratamos com pessoas de várias mentalidades e priorizando estar bem, o que faz deixar os *nossos* problemas mentais presos” (depoimento em questionário elaborado pelo autor, 2022). É necessário considerar alguns fatores importantes no cotidiano do agente comunitário, tais como: exposição ao calor e ao sol, longas distâncias a serem percorridas, áreas de risco, vulnerabilidade e violência familiar, desvio de função e a baixa remuneração, mesmo após estabelecido o piso salarial. Estas questões podem levar ao enfraquecimento a longo e médio prazo, causando adoecimento e/ou invalidez deste profissional.

O estudo apresenta-se com a intenção de sugerir ações para diminuição de fatores estressores em agentes comunitários de saúde, conseqüentemente evitando a ocorrência de danos em sua atividade de assistência à longo e médio prazo. Questiona-se ainda sobre a qualidade dada à condição de saúde dos agentes comunitários em sua respectiva Unidade Básica de Saúde (UBS) com foco principal às condições dadas para manutenção de qualidade de vida de agentes comunitários de saúde enquanto em sua jornada de trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil da qualidade de vida dos agentes comunitários que trabalham na Unidade Básica de Saúde no Município de Bom Jardim - MA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Investigar e compreender as causas de invalidez profissional dos agentes comunitários de saúde;

Verificar a existência de fatores estressores que comprometam a saúde física e mental dos agentes comunitários à médio e longo prazo;

Identificar agentes estressores que justifiquem o aumento de invalidez profissional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como uma estratégia sistemática governamental para a reorganização de políticas públicas voltadas para o âmbito de saúde de acordo com as demandas produzidas pela população. A APS é, portanto, fundamentada principalmente nos princípios que tange a promoção, prevenção e recuperação da saúde, direcionando recursos para a obtenção de melhores índices de saúde coletiva e atendimento eficiente.

Um exemplo de tal estratégia é respaldada através da Carta de Ottawa, documento apresentado na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde para contribuição de aplicação de políticas públicas unânimes e universal em todos os países. A Carta de Ottawa (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986) aponta a ação comunitária como princípio para a promoção de políticas públicas saudáveis, reforçando ainda a necessidade de uma comunicação compatível para com o nível educacional e de alfabetização do indivíduo para que a informação possa ser absorvida pela comunidade (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, p. 1)

De forma similar, percebe-se a primeira conferência internacional voltada para cuidados primários de saúde. Realizado em 1978, o evento visou reafirmar a importância dada à saúde, principalmente no que se referia à saúde como um direito primário do cidadão. Segundo a carta de Alma-Ata, os países deveriam ser orientados com a intenção de rever seu sistema voltado para políticas públicas de saúde para alcançar as metas descritas na Declaração de Saúde (1978) que estabelece como prazo-resultado o ano 2000. Nesta disposição, observa-se a APS como porta de

entrada para aplicar as implementações de forma a alcançar o objetivo da Declaração de Saúde com respeito, e sem distinção política, social e/ou cultural (OPAS, 2011).

IV - É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V - Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

[...] VII - Os cuidados primários de saúde:

- refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

- têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 1).

- incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

- envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 2).

Ainda na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978, p.2) diz que:

- requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

- devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

- baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 2)

Seguindo a abordagem estabelecida pela Carta de Ottawa (1986) e pela Carta de Alma-Ata (1978), o ministério da saúde brasileiro usa da mesma estratégia como forma de priorizar a otimização do sistema de saúde por meio da promoção de serviços de saúde e de saneamento básico através do diagnóstico e reconhecimento de doenças. Tal forma de promoção é desenvolvida pela equipe de família, tendo como foco principal o atendimento de famílias e cada indivíduo da comunidade que reside em seu entorno (STARFIELD, 2002).

Para que a atenção primária funcione é preciso que o foco seja o indivíduo como um todo saúde mental, física e social ou seja o indivíduo precisa ser analisado além do seu auto relato, todo o sistema de saúde possui metas a serem cumpridas. Segundo Starfield (2002), o serviço de saúde deve possuir duas metas principais, sendo estas otimizar a saúde da população através, e, minimizar as desigualdades entre grupos populacionais, propiciando maior acesso aos serviços de saúde para grupos vulneráveis socioeconomicamente.

Nm:

3.2. APS/SAÚDE DA FAMÍLIA

O Ministério da Saúde definiu a saúde da família como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS no país. A Estratégia da Família é voltada para a saúde da família através de uma equipe multidisciplinar, com 12 (doze) profissionais, trabalhando de forma articulada, levando em consideração as necessidades e condições da comunidade, sendo ainda responsável pela promoção, prevenção e recuperação da comunidade assistida pela equipe. Neste sistema, é fundamental que exista confiança e respeito entre a equipe e os indivíduos da comunidade (BRASIL, 2011).

Na intenção de interceder pelo melhor ambiente e bem-estar da comunidade e da equipe de profissionais, a Resolução COFEN nº 272/2002 – Revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009, afirma que é de extrema importância o planejamento e programação para assistência de Enfermagem. A esta demanda de direcionamento de serviços de saúde, foi-se acordado a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em instituições públicas e privadas, sendo previsto que:

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir

para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

CONSIDERANDO que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos elaborados pela CTA/COFEN, nos autos do PAD-COFEN N° 48/97;

RESOLVE:

Art. 1º – Ao Enfermeiro incumbe:

I – Privativamente:

A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem: Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem [...]

Artigo 2º – A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002, página única).

O Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2014) prediz a necessidade dos profissionais que fazem parte da equipe de ser, obrigatoriamente, residentes do município de atuação, cabendo aos agentes de saúde, obrigatoriamente, residir na sua microárea de atuação, visto que cada profissional possui impacto na Unidade Básica de Saúde (UBS) em função de promoção, prevenção e recuperação de qualidade de vida da população, principalmente ao que tange a saúde coletiva.

Através da Portaria nº 2.436/17 de 21 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, propondo o estabelecendo de atribuições aos profissionais dentro da equipe, direcionando protocolos, condutas terapêuticas e clínicas, dentre outras normas definidas por gestores federais, estaduais e municipais. A Portaria firma que cabe à equipe de Enfermagem e diretamente aos enfermeiros:

I – Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outras), em todos os ciclos de vida;

II – Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III – Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV – Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

- VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, página única)

Aos profissionais técnicos de Enfermagem, as atribuições específicas para sua atuação são desenvolvidas nos espaços da Unidade de Saúde da Família (USF) e nos domicílios, quando necessário, sendo especificamente:

- Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria e acompanhamento de suas condições de saúde;
- Desenvolver com os ACS atividades de identificação das famílias de risco;
- Realizar procedimentos nos domicílios, quando solicitado pelo ACS
- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos à situações de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário;
- Realizar, através da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, dentre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social, suas necessidades, potencialidades e limites. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

É indicado ainda que as pessoas que fazem parte da Estratégia da Família devem estar devidamente cadastradas e acompanhadas, seja para ocasião de atendimento periódico ou emergencial, como forma de assistir ao seu histórico e procedimentos de saúde.

3.3. O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Segundo o dicionário Michaelis on-line, da plataforma UOL (2022, página única), o substantivo neutro 'agente' é tido como o indivíduo "que age, que exerce alguma ação; que produz algum efeito". Para o Governo brasileiro,

O agente público é todo aquele que presta qualquer tipo de serviço ao Estado, que exerce funções públicas, no sentido mais amplo possível dessa expressão, significando qualquer atividade pública. A Lei de Improbidade

Administrativa (Lei nº 8.429/1992) conceitua agente público como “todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função nas entidades mencionadas no artigo anterior”. Trata-se, pois, de um gênero. (BRASIL, 2022, página única).

A Lei nº 10.507/2002 reconhece o agente comunitário de saúde como um trabalhador estratégico para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Brasil e para a execução da Estratégia da Família, sendo uma categoria relativamente nova (BRASIL, 2002). Em amparo à legislação, o Ministério da Saúde propôs o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, consistindo inicialmente como um projeto piloto e, após avaliação, por conta principalmente de sua missão de redução da mortalidade infantil, como parte do APS em algumas regiões do país (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

A implementação de tais iniciativas propiciou a criação de uma nova categoria com o objetivo de ser elo entre a comunidade e os serviços de saúde, após o sucesso da criação do PACS, foi criada a Estratégia da Família, onde a presença do agente comunitário de saúde torna-se indispensável para o cumprimento de objetivos e metas.

Segundo o Manual de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (GARCIA; GALDIOLI; BRUGNEROTTO, 2020), a promoção da saúde é uma ação sistemática dependente de mais de um tipo de agente envolvido para realizar sua execução. É pautado no documento que o cenário ideal para a promoção de saúde no Brasil deriva de parcerias governamentais, privadas, voluntárias e não-organizacionais, uma vez que deve ser coordenada em eixo social, político e econômico.

Promoção da saúde é um processo de responsabilidade dos governos em atuação conjunta com a participação social, na defesa da melhoria da qualidade de vida e da saúde. Para que atinjam um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social. É necessário, portanto, uma estratégia abrangente de saúde que aborde as causas sociais, econômicas e políticas das doenças. A saúde envolve recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, não sendo a promoção da saúde uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, uma vez que vai além de um modo de vida saudável, na direção da necessidade de construção de um bem estar global. Os pré-requisitos para a saúde envolvem elementos como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, juntos utilizados como uma base sólida para incrementar as condições de saúde (GARCIA; GALDIOLI; BRUGNEROTTO, 2020, p.7).

É partindo do princípio de promoção de saúde coordenada que se insere a presença e o trabalho do agente comunitário, sendo o agente tido como um elo de

ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. A função do agente comunitário de saúde é respaldada na responsabilidade de mapear a área de atuação e gerenciar o cadastramento de todas as famílias que residem na microárea destinada a ele, além de administrar a frequência de visitas domiciliares e localizar as necessidades da comunidade.

Para obtenção de cargo, o agente comunitário deve ser selecionado através de concurso público, que opera como seletivo governamental para análise de conhecimento teórico do profissional, além disso, é requisitado que o candidato já seja residente do bairro em que busca operar há no mínimo dois anos, possuindo vínculos emocionais e culturais com a comunidade local.

Segundo Vieira (2014), existe um questionamento muito grande no que diz respeito ao agente ser a porta de entrada para os serviços, pois existe dificuldade de receber *feedback* satisfatório e positivo junto aos encaminhamentos realizados. Diante disso, o profissional pode sentir-se desmotivado, e até mesmo frustrado, pela comunidade, resultando na perda de confiança e legitimidade do seu trabalho, ademais de casos de ansiedade e depressão.

Assim, é fundamental que o profissional, ao dirigir-se às famílias da área, execute o protocolo de ações de forma polida e personalizada, sempre informando a razão por detrás de cada procedimento, e dando prioridade à população adscrita na área.

3.4. SAÚDE E BEM-ESTAR DO TRABALHADOR

A saúde e bem-estar em ambiente profissional é essencial para a motivação e efetivação das funções e carga horária do trabalhador. Berlinguer (2006) descreve parte da evolução da área médica derivou-se do diagnóstico de sintomas causados por patologias. Essa percepção auxiliava na compreensão de uma série de fatores a serem evitados e efetuados para o combate na exposição de vírus e bactérias no ambiente. A percepção dada pelo autor resulta na afirmação de que a doença não se resume a medições patológicas, como pressão arterial, mas também aos valores e sentimentos expressos pelo paciente, uma vez que os sintomas que caracterizam cada patologia, é determinada pelo estado de dor, sofrimento, desconforto e/ou prazer do indivíduo.

O bem-estar é, portanto, definido por Cookfair (1996) como equivalente à saúde. O autor (COOKFAIR, 1996, p.149) indica que “o bem-estar inclui uma conduta consciente e deliberada até um estado avançado de saúde física, psicológica e espiritual e é um estado dinâmico e flutuante do ser”, sendo tal definição exposta no Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. De forma similar, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como ausência de doença, mas também como uma maior vulnerabilidade à situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (SEGRE; FERRAZ, 1997).

No que se refere à saúde do profissional, principalmente ao desempenho de agentes comunitários de saúde, o estresse vem sendo relacionado, especialmente, com as sensações de desconforto, resultando no aumento do índice de indivíduos estressados (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001). O desenvolvimento de estresse pelo profissional é uma reclamação comum em diversas áreas, principalmente quando a demanda de serviço é desgastante. Assim, Paschoal e Tamayo (2004) explicam que através do acúmulo de funções, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode desenvolver exaustão emocional e física, e a redução da energia pode vir a afetar diretamente em seu trabalho.

Para Martins (2002), é importante para um bom funcionamento no atendimento em saúde haja um equilíbrio entre funcionários e clientes, o cuidador também precisa se sentir valorizado no ambiente de trabalho enquanto pessoa e profissional. Ayres *et al* (2003), indica de forma similar que a saúde do ACS vai além de uma política de saúde implementada, pois além das práticas assistenciais, este propõe a incorporação da promoção e prevenção em saúde. As pesquisas desenvolvidas em torno do ACS e sua saúde física e mental demonstram nesse âmbito uma necessidade de mudança e preocupação sistemática.

Segundo Lipp & Rocha (1994), o estresse e a Síndrome de *Burnout* podem surgir juntas, porém a definição é diferente enquanto o estresse são respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais que surgem das pressões internas o *Burnout* já é uma resposta do corpo ao estresse crônico. Lazarus (1999) afirma que o estresse laboral é determinado conforme o modo que o profissional age frente a um evento, frente a sua demanda de serviço, e frente à sua capacidade de enfrentá-las.

A depressão está entre os dez principais fatores que ocasionam em incapacitação em todo o mundo, onde há a limitação do funcionamento físico, pessoal e social (PELUSO; BLAY, 2008). Os agentes revelam que tratar de pessoas doentes

é difícil, triste e doloroso, pelo fato de se sentirem responsáveis pelos membros de sua comunidade (THEISEN, 2004).

Em olhar mais objetivo, o agente comunitário de saúde se diferencia dos outros profissionais da saúde, pois mesmo não obtendo reconhecimento como os demais técnicos de saúde, ele desenvolve funções que vão muito além de sua orientação profissional. É observado que, por muitas vezes, os ACS estão tão ligados às famílias que atendem, que passam a ouvir seus problemas mais íntimos. É comum o relato de frustração do ACS por não poder solucionar os problemas das famílias atendidas, decorrente da aproximação junto a elevadas horas de trabalho, gerando fatores estressores até casos de ansiedade e depressão (BRASIL, 2000).

O trabalhador, por vezes, pode se sentir sem alternativas diante das dificuldades e preocupações, tendo assim o aumento da sua tensão emocional, o que pode gerar a Síndrome de *Burnout* (SILVA; DALMASO, 2002). A Síndrome de *Burnout* é uma síndrome ligada às emoções, apresentada em situações em que o profissional tem sensações de ineficiência e desapego pelo seu trabalho por se sentir incapaz de realizar suas funções. A percepção de uma crise engloba um conjunto de sintomas que faz com que o profissional se sinta esgotado, indo muito além do estresse.

Apesar de poderem surgir juntos, estresse e a Síndrome de *Burnout* podem ser diferenciadas através de suas formas de atuação no organismo. O estresse resume-se às respostas frente ao funcionamento do organismo em aspectos psicológicos e comportamentais, estes se manifestam para responder em nível sistêmico às pressões geradas por estressores do meio interno e externo. Essa condição é natural e só se torna patológica se for mantida de forma constante e prolongada (LIPP; ROCHA, 1994).

Segundo Martins, Correa e Vidal (2017), outro problema a ser destacado em questão de saúde e bem-estar do agente comunitário de saúde são as doenças osteomusculares. As doenças osteomusculares estão relacionadas à forma de laboro, afetando as mais diversas áreas profissionais. Uma de suas características é a sensação de dor e desconforto que impede os profissionais de desenvolverem suas tarefas com sucesso, estes tipos de doenças são ocasionados por esforços repetitivos que, com o passar do tempo, causa a impossibilidade de executar as tarefas, necessitando de afastamento.

No Brasil, as doenças osteomusculares são reconhecidas pelo Ministério da Previdência Social através da Norma Técnica da Avaliação de Incapacidade de 1991,

sendo conhecidas como Lesões por Esforços Repetitivos (LER) (BRASIL, 2000). Os trabalhadores compartilham inúmeras formas de adoecer e morrer que estão associadas ao estilo de vida, fatores ambientais e sociais ao qual são expostos durante a vida, porém os trabalhadores apresentam doenças ou acidentes características do trabalho e fatores a que executam ou executaram (SILVEIRA, 2009).

Segundo Brand, Antunes e Fontana (2010) *apud* Vieira (2014), é importante destacar que a categoria dos agentes comunitários de saúde é caracterizada como um agente de mudanças que sofre influências sociais, sendo um protagonista que influi nas interferências e possui uma parcela de participação. Tudo isso traz mudanças ao profissional, estas podem ser positivas (aumento de conhecimento teórico e/ou empírico), ou negativas (desenvolvimento de patologias devido ao acúmulo de trabalho ou fatores estressantes), pautando ainda as mudanças trazidas pela comunidade em que vive e trabalha.

4 METODOLOGIA

O estudo traz uma abordagem sobre o agente comunitário de saúde dentro de uma investigação da qualidade de vida destes profissionais em uma unidade de saúde em Bom Jardim - MA, caracterizando sua natureza qualiquantitativa de viés exploratório, contemplado por composição de pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo sob aplicação de questionário.

A pesquisa bibliográfica é coletada de acordo com artigos, teses, e dissertações encontradas nas bases de dados Google Acadêmico e SciELO, através dos indexadores: **agente de saúde, unidade de saúde, estratégia da família, e saúde mental**. Dos 15 encontrados sob este filtro, apenas 8 foram selecionados para compor o referencial teórico desta pesquisa.

A pesquisa de campo foi realizada através da aplicação de questionário em agentes comunitários vinculados à Unidade Básica de Saúde (UBS) José Oliveira de Abreu no município de Bom Jardim, Maranhão. O questionário é composto por 10 perguntas objetivas e subjetivas que buscam satisfazer os objetivos geral e específico do estudo. Dos 15 agentes comunitários de saúde qualificáveis para a pesquisa, 8 responderam ao questionário, o equivalente a 53% do número de profissionais ativos na instituição.

Este trabalho atende as normas da resolução 510/2016

4.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo de natureza qualiquantitativa e exploratória, baseado em pesquisa bibliográfica sobre qualidade de vida profissional de agentes comunitários de saúde e pesquisa de campo na Unidade Básica de Saúde José Oliveira de Abreu no município de Bom Jardim - MA.

4.2. PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

Esse trabalho foi desenvolvido de janeiro de 2022 a dezembro de 2022. Na unidade básica de saúde José Abreu de Oliveira filho do município de Bom Jardim – MA.

4.3 POPULAÇÃO

Oito agentes comunitários vinculados à Unidade Básica de Saúde (UBS) José Abreu de Oliveira Filho sob atividade profissional em áreas de risco.

4.4 AMOSTRAGEM

A escolha da amostra foi por conveniência, ou seja, destinada àqueles que se voluntariam para responder ao questionário, sendo coletado o depoimento de 9 agentes comunitários da Unidade Básica de Saúde (UBS) José Abreu de Oliveira Filho com uma jornada de 40 horas semanais, desempenhadas no período de matutino e vespertino.

4.5 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

4.5.1 Inclusão

Nessa pesquisa, os critérios para seleção na inclusão de agentes comunitários de saúde foram baseados em sua disponibilidade e aceitação de participação.

4.5.2 Não inclusão

Não foram incluídos no grupo compatível para coleta de dados, os profissionais que não exercem o cargo de agente comunitário na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Abreu de Oliveira Filho, no município de Bom Jardim - MA, ou estar exercendo um desvio de sua função. No caso de profissionais concursados, não foram incluídos aqueles que não aceitaram participar da pesquisa, estão em licença médica ou licença prêmio, ou exercendo seu o cargo na instituição há um período menor que um ano.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2022, através de um questionário com perguntas abertas e fechadas baseadas em variáveis sociais demográficas econômicas e de saúde para conhecer o perfil de qualidade de vida dos agentes comunitários da Unidade Básica de Saúde (UBS) José Abreu de Oliveira

Filho. São observados nos resultados analisados, a rotina dos profissionais que correspondem à amostragem de pesquisa.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo será submetido a uma análise do Comitê de Ética, assim como submissão na Plataforma Brasil, obedecendo às normas técnicas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa não trará riscos à saúde da população e nem ao meio ambiente. Pretendendo trazer novas estratégias para a promoção da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde, evitando o afastamento de profissionais por problemas de saúde física e mental.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desta monografia são refletidos nas discussões intrínsecas da temática junto às literaturas midiáticas utilizadas para sua conclusão e para a análise de dados dispostos durante a pesquisa de campo.

É lembrado que a pesquisa de campo é constituída por duas seções, sendo estas, respectivamente, dados pessoais e relações psicossociais dos profissionais entrevistados como mostra a tabela I. Os participantes do questionário aplicado configuram-se dentro do perfil compatível sobre a problemática, isto é, agentes comunitários de saúde que atuam em áreas de risco e possuem vínculo com a comunidade em que trabalham. Para a aplicação do questionário, foram selecionados 8 (oito) profissionais ACS que consentiram com o andamento e desenvolvimento do estudo, sendo citados aqui em anonimato.

Tabela 1. Referente ao perfil socioeconômico dos entrevistados.

VARIANTES	N	%
Sexo		
Feminino	5	62,5
Masculino	3	37,5
Idade		
18 a 25 anos	1	12,5
26 a 35 anos	2	25
36 a 40 anos	3	37,5
41 a 50 anos	2	25%
Satisfação de renda familiar		
Bom	1	12,5
Razoável	3	37,5
Regular	2	25
Ruim	2	25
Vinculação empregatícia		
Seletivo	5	62,5
CLT	2	25
Outros	1	12,5
TOTAL	8	100

Fonte: elaborado pelo autor (2022).

Após a análise dos dados, é possível observar que a maior parcela dos ACS pertence ao sexo feminino. Em pesquisa de campo, percebe-se que 90% das mulheres declaram uma família numerosa onde seu apoio financeiro é essencial para o sustento da família, no que tange a exposição às violências como fator estressor, é por denominador comum que se espere declarações de medo ou temor por se expor a violências de índole fatal e/ou sexual.

Neste caso, a implicação da idade insinua o agravamento de alguma possibilidade de violência física e/ou fatores estressores que podem comprometer a aptidão do ACS em relação à sua atividade profissional.

Referente a faixa-etária mais comum entre os entrevistados é entre 36 e 40 anos, sendo seguido pelas idades de 41 a 50 anos e 25 a 35 anos. A combinação de dados indica que o estresse junto à má qualidade de vida é predeterminante para obtenção de doenças cardiovasculares crônicas, assim como as de ordem psicossocial.

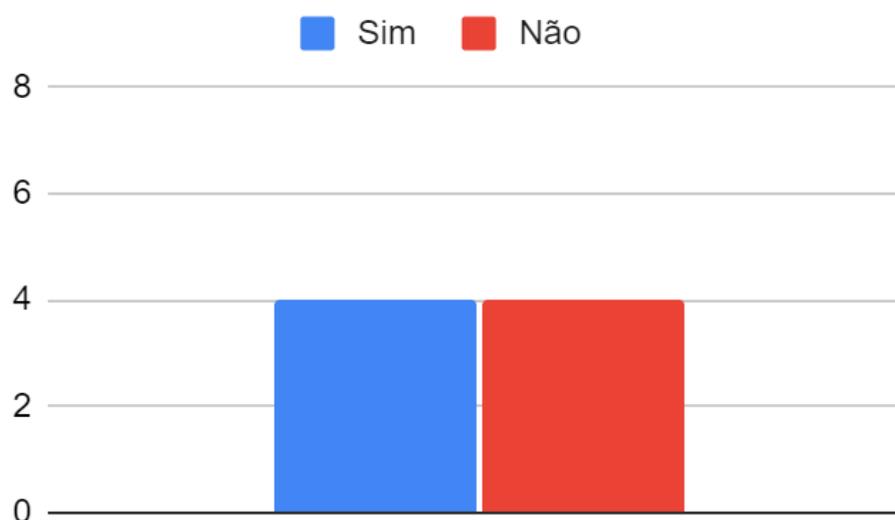
A probabilidade é que a faixa-etária entre 36 a 40 anos esteja exposta, enquanto profissional sob diversas insalubridades e adversidades, tanto às doenças de origem cardiovasculares, quanto às de origem psicossocial. Como forma de evitar a aquisição de quaisquer dessas patologias, é essencial a revisão da rotina cotidiana destinada à lazer e práticas de exercício físico, assim como uma alimentação mais saudável.

Segundo profissionais de saúde, a qualidade de vida está relacionada à maneira como o indivíduo administra sua vida financeira, social e profissional, isto é, a prosperidade econômica contribui para uma alimentação saudável, rotina de exercícios e acesso à informação, a vida social auxilia na regulação de dopamina, substância liberada durante atividades de lazer, como eventos e conversas amena, assim, a vida profissional é disposta de acordo com as insalubridades e desvantagens a qual expõe o indivíduo.

Percebe-se que a satisfação de renda familiar, elemento para ser administrado na vida econômica, está ligado ao vínculo empregatício, ou seja, à estabilidade financeira e profissional.

Em um ângulo mais profundo, percebe-se que mesmo sob estabilidade financeira, 50% dos entrevistados afirmaram que o salário ganho não compensa o esforço com as atividades e responsabilidades da profissão, isto porque mesmo buscando ter uma melhor qualidade de vida, o vínculo com os pacientes e os movimentos repetitivos de trabalho comprometem muito de sua carga-horária.

Gráfico 1. O recurso financeiro oferecido para sua jornada de trabalho é suficiente para execução de suas atividades e responsabilidades?



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

Quando questionados, 100% dos participantes afirmaram que sua carga-horária de trabalho era 40 horas semanalmente, independente da tipologia de seu vínculo empregatício. Notou-se que aqueles que adquiriram o cargo através de seletivo público tinham a tendência a apontar maior satisfação financeira, consequentemente apontando que os recursos oferecidos para jornada de trabalho e execução de atividades e responsabilidades profissionais era suficiente.

Dos 62,5% que afirmaram possuir vínculo empregatício através de seletivo (concurso) público, cerca de 90% apontou a suficiência de recursos para execução de atividades e responsabilidades profissionais. É importante frisar tais dados, pois

A falta de atenção às condições laborais, sobrecarga, precariedade das condições de trabalho ocasionam lesões e danos frequentes em várias regiões do corpo em consequência das restrições de microcirculação nos músculos e tendões, fadiga de origem ocupacional, dor, parestesia, limitação dos movimentos, incapacidade para o trabalho. Além de dificuldade para manter membros superiores elevados que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fásCIAS, ligamentos, região escapular e pescoço, distúrbios orgânicos e doenças como fibrose, câimbras musculares, exaustão, estresse, úlcera e problemas auditivos. (MARTINS; CORREA; VIDAL, 2017, p. 114)

É previsto ainda que

A condição laboral de Agente Comunitário de Saúde consiste numa nova categoria profissional que foi estruturada a partir da constituição do Programa de Agente Comunitário de Saúde no início da década de 90, em decorrência de algumas iniciativas exitosas de assistência social no Estado do Ceará. Este tipo de atividade é considerado por alguns teóricos como *sui generis*, porque a ACS é uma trabalhadora proveniente do próprio local de trabalho e moradia, na qual deve desenvolver atividades nas áreas da saúde e educação. Atualmente, o PACS é um programa que faz parte das políticas de

saúde pública e está vinculado ao Sistema Único de Saúde. (THEISEN, 2004, p. 17)

Ainda debatendo sobre particularidades individuais de cada participante, questiona-se sobre os hábitos que contemplam sua saúde e qualidade de vida. Para a pesquisa, define-se como “qualidade de vida” o referencial explicado pela Bioética.

Dentro da Bioética, do conceito de autonomia, entende-se que “qualidade de vida” seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. Prioriza-se a subjetividade, uma vez que, de acordo inclusive com o conceito de Bion (1967), a realidade é a de cada um. Não há rótulos de “boa” ou “má” qualidade de vida, embora, conforme já se disse anteriormente, a saúde pública, para a elaboração de suas políticas, necessite de “indicadores”. Assim, por exemplo, é óbvio que são imprescindíveis, dentro de uma sociedade, as estatísticas de mortalidade pelas várias doenças. (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 541)

Em relação aos hábitos de sono, acredita-se que o ideal seja cerca de 8 horas de sono diárias, o exagero ou avareza deste valor contribui diretamente para o ciclo corporal de atividade e alimentação. Portanto, por mais que grande parte dos entrevistados tenham garantido que priorizam o horário destinado para descanso noturno, é preocupante perceber que houve a presença de respostas abaixo ou até 4 horas de sono.

Tabela 2. Referente aos hábitos dos entrevistados.

VARIANTES	N	%
Hábitos de sono em período noturno		
Bom (7 – 8 horas)	4	50
Razoável (6 horas)	1	12,5
Regular (5 horas)	1	12,5
Ruim (até 4 horas)	2	25
Hábitos de saúde nutricional		
Bom	2	25
Razoável	3	37,5
Regular	2	25
Ruim	1	12,5
Hábitos semanais de exercícios físicos e meditação		
Bom (todos os dias)	2	25
Razoável (até 4 vezes por semana)	2	25
Regular (até 2 vezes por semana)	1	12,5
Ruim (esporádico)	1	12,5
Péssimo (nunca)	2	25
TOTAL	8	100

Fonte: elaborado pelo autor (2022).

O baixo nível de sono reflete diretamente no apetite do organismo, pois uma vez que o corpo entende que precisa compensar a energia em nível de glicose, gerando maiores dificuldades de saciamento. A estas quantidades desreguladas,

indica-se a predeterminação de doenças psicossociais como ansiedade e depressão, além da Síndrome de *Burnout*.

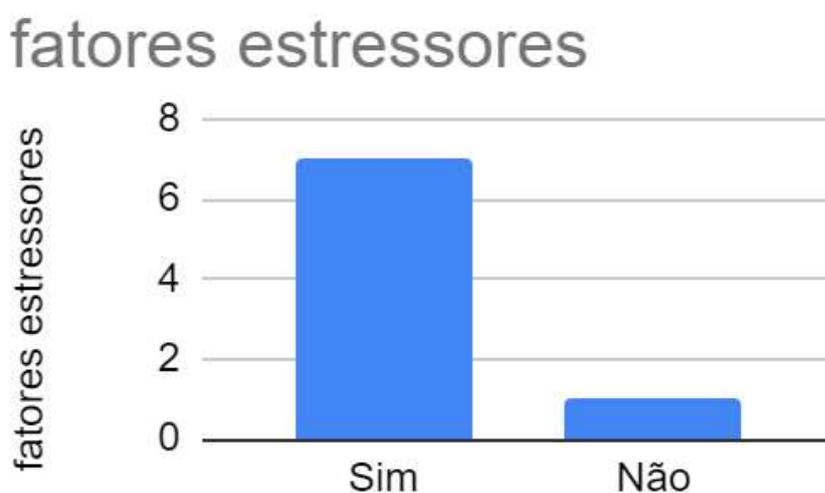
A adoção de uma dieta nutricional regular é recomendada para a manutenção da qualidade de vida, principalmente em rotinas com altas taxas de estresse e movimentos repetitivos. A tabela demonstra que apenas 2 dos 8 entrevistados declaram hábitos de saúde nutricional em nível assertivo, seguido por outros 3 que afirmam manter uma dieta razoável, quase compatível aos que têm uma saúde nutricional regular.

É relatado nas entrevistas que a performance profissional é corrida e garante apenas poucos espaços de tempo para refeições planejadas, assim como o cumprimento de horários adequados, frequentemente ocasionando grandes espaços de tempo entre refeições que podem ser substituídas por comidas encontradas em lanchonetes próximas e/ou similares.

Para responder à pergunta, os entrevistados contabilizaram não apenas os movimentos repetitivos feitos durante o período profissional, como também as rotinas de exercício que tentam estabelecer após expediente, sendo compreendido como uma caminhada leve e/ou exercícios em academias ao ar livre localizadas em praças públicas da região.

Em seus relatos, os entrevistados afirmam que a atividade física ajuda a diminuir a tensão do expediente profissional e aliviam as dores que podem surgir devido aos movimentos repetitivos.

Gráfico 2. Existem fatores estressores na sua jornada de trabalho que possam tornar sua saúde física e mental vulneráveis?



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

No que tange a presença de fatores estressores, percebe-se a unanimidade dos profissionais de identificar este ponto com insalubridade. Isto acontece porque, em justificativa dos participantes, em relação a parte física observa-se a “falta de material de trabalho, a parte mental é porque tratamos com pessoas de várias mentalidades e priorizando estar bem, o que faz deixar os *nossos* problemas mentais presos.”

Em outra perspectiva, outro profissional identifica que os fatores estressores estão ligados ao “contato direto ao tráfego em relação às áreas domiciliares, movimentos repetitivos e ao sol”, além disso, trata-se de uma carga-horária de trabalho que exige muita compreensão e paciência, uma vez que se propõe a oferecer uma melhor qualidade de vida para cidadãos em desajuste social. A ACS cita que “alguns idosos têm dificuldade de andar, de se alimentar, de ter a saúde adequada, [há] a falta de emprego para alguns chefes de família, [e] alguns adolescentes fora da escola”.

Os ACS's revelaram um entendimento apurado do conceito ampliado de saúde, que ultrapassa o foco somente na doença e de intervenções que priorizam unicamente a via medicamentosa. Partindo desses entendimentos de saúde, pode-se pensar que estes ACS's, em suas práticas cotidianas são capazes de refletir e compor junto com a população diálogos e práticas em saúde que se direcionem para a desconstrução de um conceito de saúde que se limite ao saber biomédico e a uma perspectiva curativa. E a partir daí, possam promover práticas emancipatórias junto à população na corresponsabilização, no que se refere ao processo saúde-doença-cuidado. (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016, p. 1642)

Gráfico 3. Há um período fixo destinado para lazer e atividades culturais em sua agenda semanal, sem vínculo empregatício?



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

Sobre o período destinado ao lazer, 80% dos entrevistados afirmou que não mantém o hábito de reservar um período fixo para relaxar, mas que, no entanto, busca amenizar o estresse do cotidiano profissional em reuniões informais com amigos e família. É previsto que, mesmo sem ter um período fixo para lazer, os entrevistados que responderam de forma negativa buscam descansar de forma mais regular e propor eventos de interação em períodos aleatórios de tempo, em geral próximo a datas importantes.

Aos que responderam afirmativamente, foi coletado que se faz um esforço para atividades com a família e amigos que demonstrem o amor e preocupação destinado a eles, assim o sentimento torna-se mútuo e incentivado por ambos os lados, podendo variar suas práticas.

Gráfico 4. Referente se faz uso de medicação contínua.



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

A existência de um uso contínuo de medicação, principalmente as direcionadas para estímulos hormonais demonstra uma vulnerabilidade do indivíduo em relação aos procedimentos de atividades simples, causando predisposição as doenças de origem cardiovasculares e psicossociais.

As respostas analisadas pelos gráficos 5 e 6 demonstram que cerca de 36% dos entrevistados que apontaram fazer uso de medicação contínua possuem histórico de doenças familiares similar e próximo, aumentando a probabilidade de invalidez em decorrência do agravamento de insalubridade em carga-horária de trabalho.

Gráfico 5. Possui histórico de doenças familiares e/ou relacionados a sua integridade física e mental?



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

Em questão de histórico familiar, percebe-se que, por mais que não seja maioria, a presença de respostas positivas. Os entrevistados em questão afirmam que possuem laços próximos diagnosticados com doenças cardiovasculares e/ou psicossocial. Para uma das entrevistadas, este fato a incentivou a seguir carreira profissional como ACS, porém lhe trouxe diversos temores de desenvolver as doenças, uma vez que possui predisposição, devido às adversidades do emprego.

A situação tida pela entrevistada era de que há uma alta possibilidade de invalidez profissional devido às desvantagens do trabalho, não só por lidar diretamente com o público em situações conflituosas, mas também pela exposição à violência, estresse, exposição ao sol e demais insatisfações.

Gráfico 6. Referente se seu local de trabalho possui alta taxa de periculosidade social e sanitária.



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

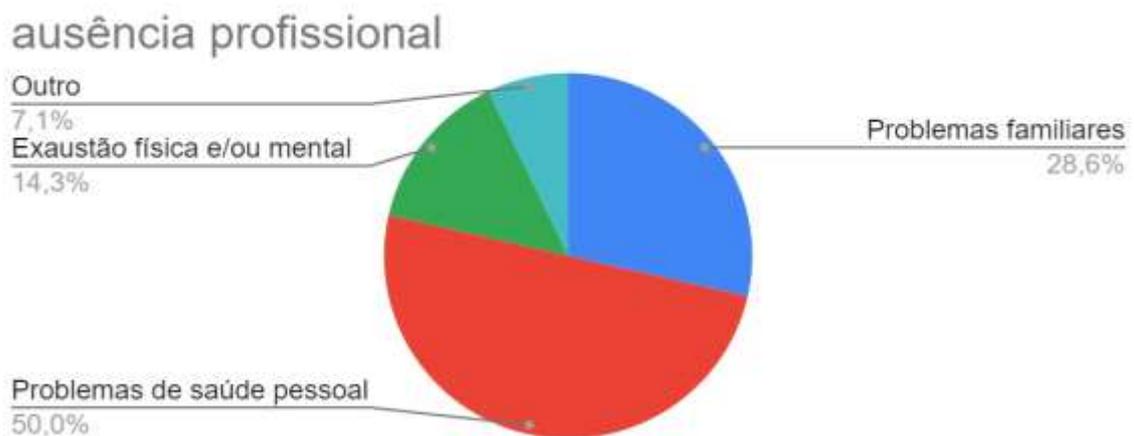
Observa-se através dos dados de periculosidade e cuidado com a própria saúde que há um intervalo de números que impacta diretamente na vida pessoal e profissional do ACS.

A especificidade do trabalho dos ACS pode prejudicar sua saúde e interferir em sua Qualidade de Vida. Entendendo o trabalho como área de ocupação do sujeito e compreendendo a existência da relação entre trabalho saúde-doença, o terapeuta ocupacional atua em prol do bem-estar destes profissionais por meio de estratégias coletivas, para enfrentamento das fontes de adoecimento e sofrimento no trabalho, através de reflexões e vivências que problematizem as questões de âmbitos que circundam o dia a dia do ACS. É fundamental retratar também o incentivo quanto à conquista de políticas públicas sociais que beneficiem a saúde da comunidade e, conseqüentemente, dos ACS. (PEREIRA *et al.*, 2001, p. 793)

Durante a aplicação do questionário, foi-se relatado que o período destinado ao lazer, quando possível, era apenas aos fins de semana quando aproveitavam a folga com a família ao ar livre, através de ações culturais, ou dentro de casa, em atividades mais focadas em ações de esparecimento.

É citado ainda que cerca de 70% dos trabalhadores possui histórico de doença familiar e/ou faz uso de medicamento contínuo, sendo estes comumente voltados para tratamento de doenças psicológicas e hormonais. Assim, aqueles que já possuem histórico familiar podem ter agravamento de quadros de estresse e/ou desenvolver novos transtornos voltados à saúde mental e hormonal.

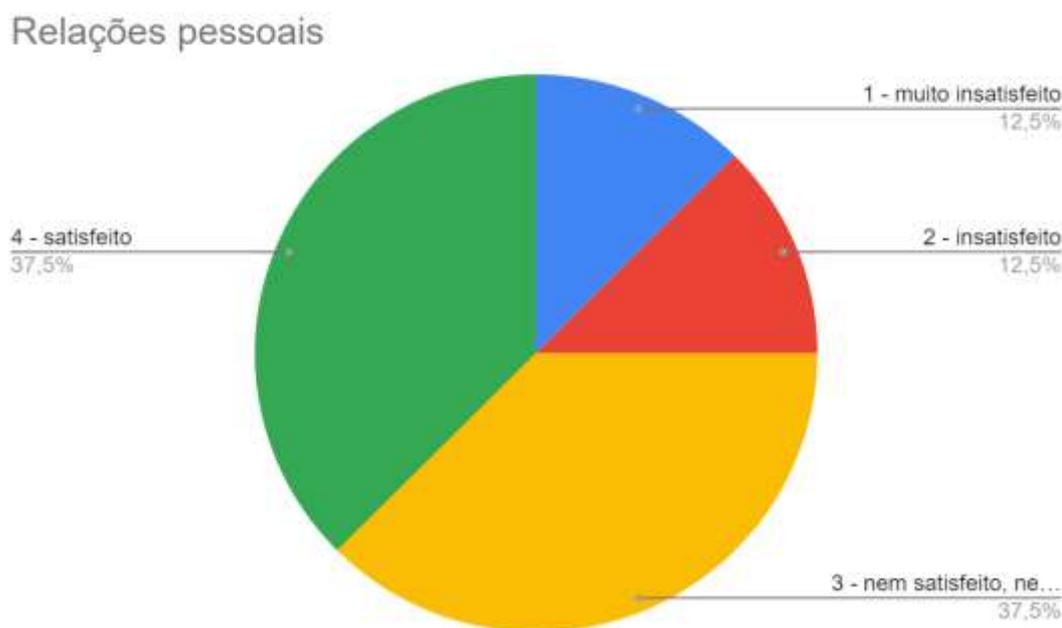
Gráfico 7. Três principais causas para ausência profissional (falta), justificada ou não, no trabalho.



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

Em ordem de relações psicossociais, analisa-se nos gráficos 16 a 29 a perspectiva individual que os participantes da pesquisa têm para com sua realidade. A prerrogativa de tais dados é expor como a qualidade de vida pessoal do ACS pode vir a se comprometer por conta de situações de sua vida profissional e cotidiana.

Gráfico 8. Relações pessoais (família, romances, amizades).

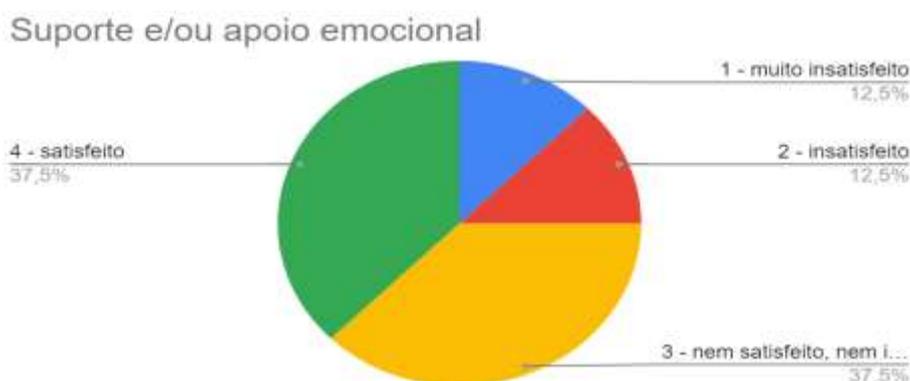


Fonte: elaborado pelo autor (2022).

A pandemia demonstrou em estudos que a relação com as pessoas fora do ambiente de casa é um reflexo do apoio que recebe em casa, assim, muitas das vezes a satisfação do indivíduo com família, amigos e entes próximos influencia diretamente nas suas condições de trabalho e saúde mental.

Percebe-se entre os entrevistados que a maioria (37,5%) se encontra satisfeito com suas relações pessoais, é proporção similar encontra-se o resultado apresentado por indiferença (nem satisfeito, nem insatisfeito). O menor percentual foi a da grande insatisfação com a relação pessoal (12,5%), onde apenas um entrevistado assinalou a opção.

Gráfico 9. Suporte e/ou apoio emocional



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

Em disposição do grau de satisfação individual de cada pessoa, o suporte e/ou apoio emocional é essencial após uma rotina de estresse e insalubridade. Sobre a questão, 37,5% dos entrevistados afirmaram que se sentem satisfeitos com o apoio emocional recebido pelas pessoas próximas. Os resultados do gráfico 17 obteve respostas similares às do gráfico 9.

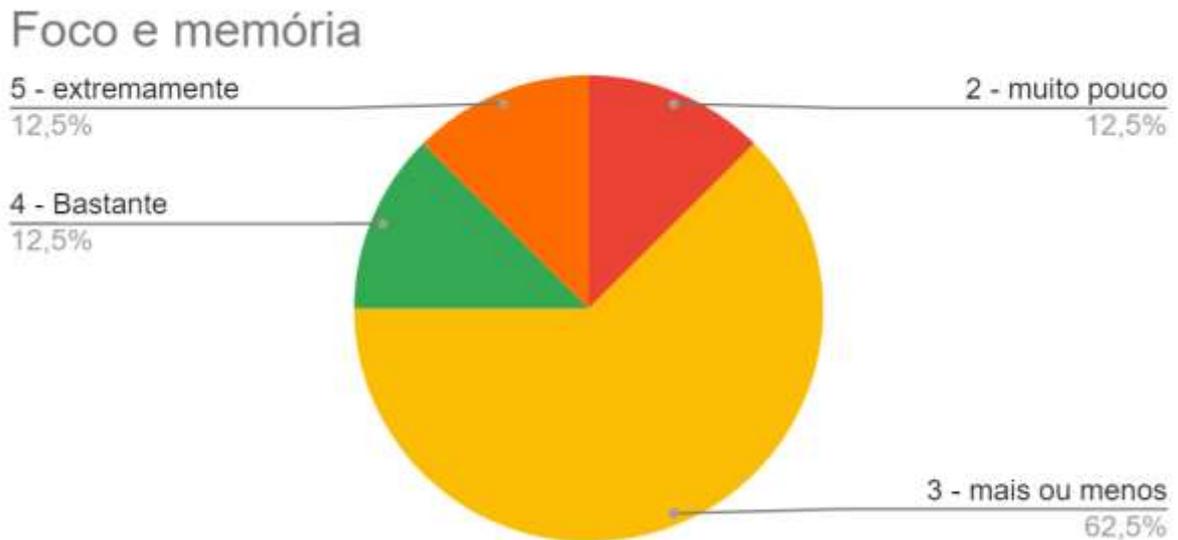
Tabela 3. Tipos de sentimentos mais frequentes.

VARIANTES	N	%
Sentimentos positivos		
Nada	1	12,5
Muito pouco	1	12,5
Mais ou menos	2	25
Bastante	3	37,5
Extremamente	1	12,5
Sentimentos negativos		
Nada	1	12,5
Muito pouco	3	37,5
Mais ou menos	2	25
Bastante	2	25
TOTAL	8	100

Fonte: o próprio autor (2022).

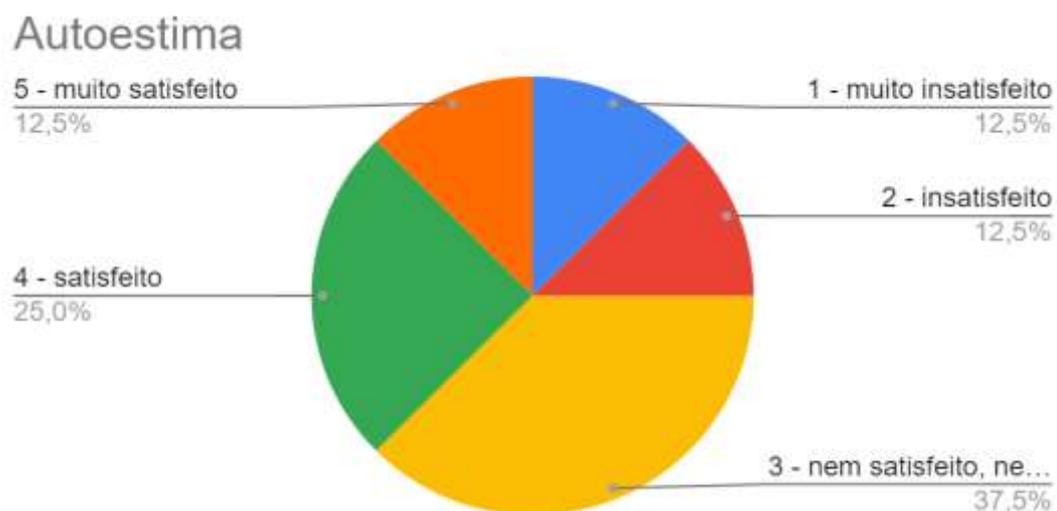
Para os entrevistados, os sentimentos positivos em relação à vida profissional e pessoal são caracterizados, em sua maioria, como “bastante positivos” (37,5%), porém não extremamente positivos. Em valor de 25%, foi-se afirmado que os sentimentos positivos são irregulares, ou seja, podem variar em relação ao cotidiano. 12,5% responderam em mesma equivalência para as opções de “muito pouco”, “extremamente” e “nada”. A presença de respostas abaixo da métrica de “mais ou menos” tornam-se preocupantes para o estudo, uma vez que apontam dificuldades de relacionamento que podem estar diretamente ligadas com a atividade profissional.

Em comparativo com a tabela 1, o gráfico 10 dispõe do nível de frequência dos sentimentos negativos no cotidiano dos entrevistados. Felizmente, 37,5% dos entrevistados apontaram ter muitos poucos sentimentos negativos, e que estes estariam ligados a resquícios de estresse do cotidiano. 25% dos entrevistados responderam igualmente que possuem “bastante” ou sentimentos negativos que oscilam de ocasião. 12,5% afirmou que não possui quaisquer resquícios de sentimentos negativos ao longo da semana.

Gráfico 10. Foco e memória (pensar, aprender, concentrar).

Fonte: elaborado pelo autor (2022).

O Gráfico 11 representa a aptidão de foco e memória dos entrevistados, o critério por detrás desta questão é verificar se os fatores estressores de trabalho estão afetando psicologicamente seus funcionários. Para esta interrogativa, 25% dos entrevistados confirmaram a oscilação de memória e foco ao longo da semana, 12,5% afirmaram igualmente uma grande satisfação com seu potencial de foco e memória ou sua insatisfação em relação a isso.

Gráfico 11. Autoestima

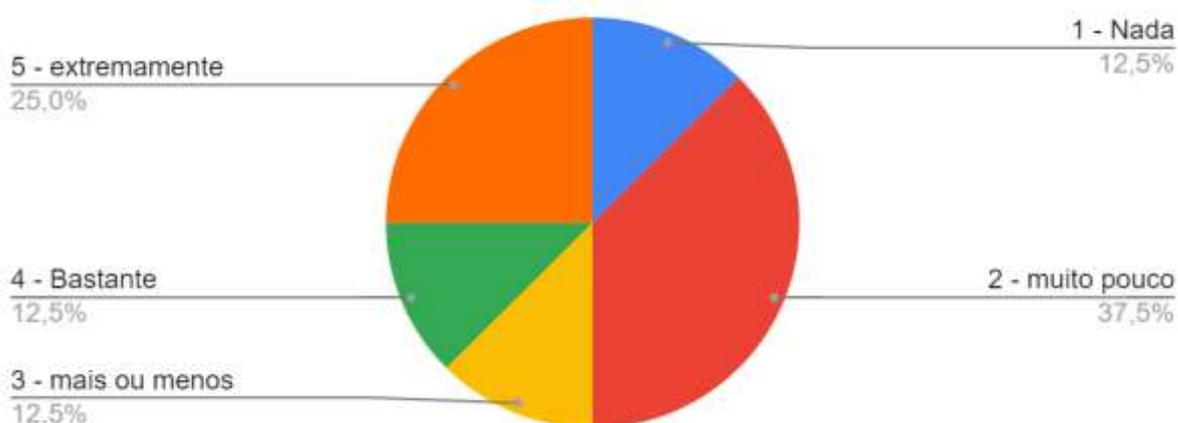
Fonte: elaborado pelo autor (2022).

A autoimagem é resultado do autocuidado do indivíduo, estando diretamente ligado à sua qualidade de vida. No gráfico 12 observa-se que 37,5% dos entrevistados

possuem satisfação oscilatória com sua autoestima, sendo as menores porcentagem (12,5%) relacionadas a profissionais que se veem extremamente insatisfeitos com sua autoestima.

Gráfico 12. Ambiente de trabalho (ruído, poluição, trânsito, clima).

Ambiente de trabalho

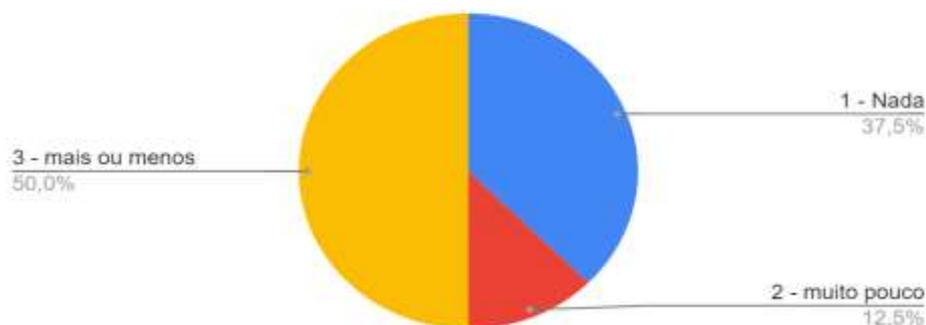


Fonte: elaborado pelo autor (2022).

O Gráfico 13 apresenta a insatisfação para com o ambiente de trabalho, a presença de ruídos, poluição sonora, clima e trânsito, elementos recorrentes nas atividades do ACS. 37,5% dos entrevistados demonstram já estar acostumados com tal adversidade, enquanto 25% tem dificuldades a ver essa questão como adaptativa. 12,5% afirmaram de forma equivalente insatisfação oscilatória, extrema e irrelevante, respectivamente.

Gráfico 13. Recursos financeiros.

Recursos financeiros



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

O gráfico 14 demonstra a satisfação com os recursos financeiros direcionados ao desempenho de atividades no cargo de ACS. Esta pesquisa de satisfação busca verificar parâmetros mais profundos dados anteriormente pelos entrevistados. 50% variam de opinião sobre este tópico, seguido por 37,5% que se declaram insatisfeitos

com o retorno financeiro. 12,5% dos entrevistados afirmou que não se vê completamente insatisfeito com o salário ao cargo, porém crê que deve ser estabelecido um reajuste de salário que cubra, de maneira mais plausível, as adversidades da profissão.

Gráfico 14. Oportunidade de lazer.



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

O gráfico 14, por fim, demonstra que a oportunidade de lazer direcionada para os ACS oscilam consideravelmente, segundo relato de 37,5% dos entrevistados, esta variação tende a diminuir cada vez mais ao que 12,5% dizem não haver tempo, ou por conta de feriados prolongados, possuir bastante oportunidade.

A realidade da pesquisa demonstra que a execução das atividades e responsabilidades profissionais do ACS são essenciais para a qualidade de vida de toda uma nação, no entanto, a frequente desvalorização de seu impacto social e sanitário afeta diretamente na qualidade de vida do trabalhador.

É previsto por Vieira (2014) que a modalidade de recepção não é referenciada na preparação do ACS para campo, mas torna-se instrumento de uso contínuo para o exercício de paciência e compreensão das dificuldades social e de saúde de cada cidadão a ser atendido. O vínculo criado através de comunicação entre paciente e ACS é fator de salubridade de seu trabalho, uma boa comunicação torna a carga-horária semanal do profissional mais fácil de ser executada em situações de exposição ao sol e movimentos repetitivos, ainda sim a manutenção desta comunicação apresenta as principais causa de dificuldades de saúde do ACS a longo e médio prazo.

Para os sujeitos da pesquisa, alguns usuários transferem para o ACS toda a responsabilidade pela dificuldade para serem atendidos em suas demandas, sendo que na verdade trata-se de uma fragilidade na organização da rede de

saúde e do processo de trabalho da equipe que não dispõe de ferramentas que auxiliem o manejo de conflitos e, tampouco, um cardápio de ações variadas, limitando-se muitas vezes a consultas médicas. A recepção é o local de maior tensionamento entre o que a população apresenta como demanda e o que o serviço apresenta de oferta para a sua resolução (VIEIRA, 2014, p. 53-54).

Assim, conclui-se que o desempenho de tarefas e demandas do ACS é imprescindível para a prevenção de doenças e epidemias e a fiscalização de dificuldades sociais que possam prejudicar a qualidade de vida populacional.

6 CONCLUSÃO

No que tange o aspecto político, é fundamental retratar o papel de políticas públicas sociais que beneficiam a saúde da comunidade e, conseqüentemente, dos ACS. A Estratégia da Família é parte do Plano Nacional de Saúde Básica (PNAB), projeto de promoção da saúde pública no Brasil e o campo de atuação dos ACS, apesar de ser disposta como um sistema para assistir e orientar a população em prol da prevenção, tratamento e cuidado de patologias e epidemias, sua prática laboral pode vir a prejudicar e interferir na qualidade de vida de seus profissionais, que se veem expostos a fatores que afetam seu bem-estar, como o trânsito, clima, protocolo de atendimento, pouca disposição de tempo para descanso, entre outros.

A falta de atenção às condições laborais, como previsto por Martins, Corrêa e Vidal (2017), causa sobrecarga no indivíduo, além de que a precariedade das condições de trabalho permite a prevalência de lesões e danos frequentes em várias regiões do corpo, consequência de movimentos repetitivos e/ou restrições de microcirculação nos músculos. O acesso à LER e DORTs podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fâscias, ligamentos, distúrbios orgânicos e doenças como fibrose, câimbras musculares, exaustão, estresse, úlcera e problemas auditivos.

Em disposição neste estudo, as pesquisas bibliográfica e de campo voltadas para a qualidade de vida laboral dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) apontaram que, partindo do conceito de saúde, tais profissionais se mostram vulneráveis ao desenvolvimento de patologias de cunho mental e/ou física pela alta exposição a fatores estressores, como atendimento ao cliente, violência urbana e tempo limitado para práticas de lazer e exercício físico.

A problemática ao redor da qualidade de vida dos ACS é característica para a desvalorização da profissão. Nota-se nos relatos dados para composição deste trabalho a falta de tempo destinada ao autocuidado do profissional como maneira de evitar a aquisição de doenças cardiovasculares e de origem psicossocial.

É perceptível ainda a adaptação dos ACS com relação à insalubridade enfrentada para exercício da profissão, por mais que uma parcela dos entrevistados tenham declarado não se incomodar com a carga-horária, limite de tempo para rotinas de manutenção de saúde e alta exposição à ruídos, luz solar e fatores estressores, os profissionais que manifestaram incômodo não só possuem histórico familiar de

doenças cardiovasculares e psicossociais, como apresentam sintomas de predisposição ao comprometimento de sua saúde.

O esgotamento físico e mental apresentado pelos profissionais entrevistados, seja de forma fluída ou total, torna-se então parâmetro de análise para futuros casos de invalidez precoce de profissionais de saúde, casos recorrentes em indivíduos acometidos pela Síndrome de *Burnout*, como disposto por Lipp & Rocha (1994).

Nesta disposição, os gráficos apresentados possuem valor demonstrativo acerca da realidade profissional dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Bom Jardim, Maranhão. A combinação entre dados e estatísticas demonstra a ocorrência de disfunção da proposta iniciada pela Estratégia da Família, uma vez que a qualidade de vida dos ACS nos estudos de caso não demonstra sinais de melhora ou perspectiva para tal.

A apresentação dos fatos é vista então como contraditória, pois não há priorização à saúde e bem-estar do ACS, mesmo que a função deste seja a promoção de saúde e a corresponsabilidade no esquema saúde-doença-cuidado apontado por Maciazeki-Gomes *et al* (2016). Conclui-se que, apesar de ser considerado um elo entre o sistema e a comunidade para a promoção de saúde e qualidade de vida nacional, o agente comunitário de saúde (ACS), não tem a sua própria saúde como prioridade.

A autora deste trabalho incentiva então propostas com fins de reflexão e com o objetivo de visar uma maior qualidade de vida ao profissional sobrecarregado e/ou que apresente predisposição a doenças cardiovasculares e psicossociais sem afetar o valor de suas atividades e responsabilidades para com a comunidade.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.117-139, 2003.

BERLINGUER, G. A doença. *In*: BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M. A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.

BRASIL. **Agentes públicos e agentes políticos**. Brasília, DF: Controladoria-Geral da União, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/corregedorias/pt-br/assuntos/perguntas-frequentes/agentes-publicos-e-agentes-politicos>. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 1991. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/composicao>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.507, de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e das outras previdências. **Diário oficial da união**. 10 jul. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.html. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxNg==>. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 18 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de lesão por esforços reprodutivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho/secretaria de políticas de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000, 32p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários**. Alma-Ata: [s.n.], 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa: [s.n.], 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 272/2002 – Revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem - sae - nas instituições de saúde brasileiras**. Rio de Janeiro, RJ: COREN, 27 de agosto de 2002. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html. Acesso em: 18 out. 2021.

COOKFAIR, Joan M. **Nursing care in the community**. St. Louis, MO: Mosby Inc, 1996, 750p.

Oliveira, Simone Augusta de. II. Borges, Luciana Moraes. III. Camargo, Flavia Nascimento de. IV. Galindo, Cristiane. V. Waksman, Renata Dejtiar. VI. Farah, Olga Guilhermina Dias. VII. **Série Família - Saúde 2. Medicina social - Brasil 3. Política médica - Brasil 4. Programa Saúde da Família e da Comunidade (Brasil) 2009**

GARCIA, Rita de Cassia Maria; GALDIOLI, Lucas; BRUGNEROTTO, Michele (orgs.). **Manual para agentes comunitários da saúde**. Curitiba, PR : Medicina Veterinária do Coletivo/UFPR; Campo Magro, PR: Secretaria Municipal da Saúde/PMCM, 2020. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/67268/APOSTILA%20MANUAL%20AGENTE%20COMUNITÁRIO%20DA%20SAÚDE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 8 set. 2022.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>. Acesso em: 18 out.2021.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; CECCHETO, Fátima. Violência urbana, saúde e “sentimento”: percepção dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 224-235, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n1.a1280>. Acesso em: 18 out. 2021.

LAZARUS, R. S. **Stress and emotion: a new synthesis**. New York: Springer, 1999.

LIPP, Marilda; ROCHA, João Carlos. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento ao hipertenso**. Campinas: Papirus Editora, 1994.

MACIAZEKI-GOMES, R. C. *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p.1637-1646, 2016. Disponível:

MARTINS, Elenice Antunes; CORREA, Cleiton Silva; VIDAL, Paula Cristina Vasconcelos. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho com destaque aos profissionais da área de enfermagem. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 107-118, 2017. Disponível em: <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/24/116>. Acesso em: 18 out. 2021.

MARTINS, Soraya Rodrigues. **A Histeria e os DORTs**: expressões do sofrimento psíquico de uma época. Dissertação [Mestrado em Psicologia] – Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/84306>. Acesso em: 19 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Álvaro. Validação da escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/MRLmmQhyZQjWcN4DPffTBbq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

PEDEBOS, Lucas Alexandre; ROCHA, Dayana Karla; TOMASI, Yaná. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.119, p.940-951, out./dez., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912>. Acesso em: 18 out. 2021.

PELUSO, E. T. P; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000100006>. Acesso em: 20 mar. 2022.

PEREIRA, A. M. *et al.* A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v.26, n.4, p.784-796, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1254>. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, M.G. *et al.* Desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Inova Saúde**, v. 4, n. 1, p. 26-46, 2015. DOI: <https://doi.org/10.18616/is.v4i1.1765>. Acesso em: 23 maio 2022.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVEIRA, Andréa Maria. **Saúde do trabalhador**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 96p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1771.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021).

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade laboral do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, 17-25. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JpjG6CRLN9fbHXdkBLBfzB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco, Ministério da saúde, 2002. 726p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

THEISEN, Neiva Isolete dos Santos. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico**. Dissertação (Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul. 2004. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/680/1/NeivaTheisen.pdf>. Acesso em 18 out. 2021.

UOL. MICHAELIS ON-LINE. **Agente**. Brasil: Melhoramentos, 2022. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/palavra/wa2v/agente/>. Acesso em: 1 set. 2022.

VIEIRA, Katia Cristina dos Santos. **O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia da saúde da família: encontros e desencontros de uma prática em São Paulo/SP**. 2014. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas e da Saúde) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/SCAR_9c16019f70b528b59a63e976282269c1. Acesso em: 18 out. 2021.

APÊNDICE A – TCLE**FACULDADE SANTA LUZIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: **“O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: INVESTIGAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL NA UNIDADE DE SAÚDE EM BOM JARDIM - MA”**. Cujo propósito é **IDENTIFICAR O PERFIL DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS QUE TRABALHAM NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM - MA**.

A sua participação é voluntária, mas é importante e a qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua participação consistirá em responder as perguntas do questionário. Será garantido o sigilo das pessoas entrevistadas, não constarão dados que permitam sua identificação no decorrer do estudo.

Esclarecemos que durante a realização do trabalho não haverá riscos ou desconfortos, nem tampouco custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo. A fim de garantir sua privacidade, seu nome não será revelado caso os dados da pesquisa sejam publicados/divulgados.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da ética em pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelas pesquisadoras e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Santa Inês – MA, _____ de _____ de _____.

Autorização do participante

Aldenize Moreira de Sousa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

DADOS PESSOAIS

1. Gênero:

- a. Feminino
- b. Masculino
- c. Outro: _____

2. Idade:

- a. 18-25 anos
- b. 26-35 anos
- c. 36-40 anos
- d. 41-50 anos
- e. 51-60 anos

3. Qual é a sua satisfação em relação à renda familiar?

- a. Bom
- b. Razoável
- c. Regular
- d. Ruim

4. Qual é a sua carga horária individual semanal? _____ horas/semanal.

5. Qual a sua vinculação empregatícia?

- a. CLT
- b. Seletivo
- c. Outro: _____.

6. O recurso financeiro oferecido para sua jornada de trabalho é suficiente para execução de suas atividades e responsabilidades?

- () Sim
- () Não

Justifique sua resposta.

7. Como você definiria seus hábitos de sono em período noturno?

- a. Bom (7 - 8 horas)
- b. Razoável (6 horas)
- c. Regular (5 horas)
- d. Ruim (até 4 horas)

8. Como se define seus hábitos de saúde nutricional?

- a. Bom
- b. Razoável
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Péssimo

9. Como se define seus hábitos voltados para exercícios físicos e meditação no seu cotidiano semanal:

- a. Bom (todos os dias)
- b. Razoável (até 4 vezes por semana)
- c. Regular (até 2 vezes por semana)
- d. Ruim (esporádico)
- e. Péssimo (nunca)

10. Existem fatores estressores na sua jornada de trabalho que possam tornar sua saúde física e mental vulneráveis? Justifique sua resposta.

Obs: Detalhe com o máximo de informações.

11. Há um período fixo destinado para lazer e atividades culturais em sua agenda semanal, sem vínculo empregatício?

() Sim

() Não

Justifique sua resposta.

12. Faz uso de medicação contínua?

a. Sim (), quais:

b. Não ()

13. Possui histórico de doenças familiares e/ou relacionados a sua integridade física e mental?

a. Sim (), quais:

b. Não ()

14. Seu local de trabalho possui alta taxa de periculosidade social e sanitária?

a. () Sim

b. () Não

15. Selecione as alternativas compatíveis com as três principais causas para sua ausência profissional (falta), justificada ou não, no trabalho:

- a. () Problemas familiares
- b. () Problemas de saúde pessoal
- c. () Transporte e/ou relacionados
- d. () Exaustão física e/ou mental
- e. () Outras demandas profissionais
- f. () Outro: _____

RELAÇÕES PSICOSSOCIAIS

16. Em uma escala de 1 a 5, assinale a alternativa mais compatível com sua realidade.

1. Relações pessoais (família, romances, amizades):

- a. 1 - muito insatisfeito
- b. 2 - insatisfeito
- c. 3 - nem satisfeito, nem insatisfeito
- d. 4 - satisfeito
- e. 5 - muito satisfeito

2. Suporte e/ou apoio emocional:

- a. 1 - muito insatisfeito
- b. 2 - insatisfeito
- c. 3 - nem satisfeito, nem insatisfeito
- d. 4 - satisfeito
- e. 5 - muito satisfeito

3. Sentimentos positivos:

- a. 1 - Nada
- b. 2 - muito pouco
- c. 3 - mais ou menos
- d. 4 - Bastante
- e. 5 - extremamente

4. Sentimentos negativos:

- a. 1 - nada
- b. 2 - muito pouco
- c. 3 - mais ou menos
- d. 4 - bastante
- e. 5 - extremamente

5. Foco e memória (pensar, aprender, concentrar):

- a. 1 - nada
- b. 2 - muito pouco
- c. 3 - mais ou menos
- d. 4 - bastante
- e. 5 - extremamente

6. Autoestima:

- a. 1 - muito insatisfeito
- b. 2 - insatisfeito
- c. 3 - nem satisfeito, nem insatisfeito

- d. 4 - satisfeito
- e. 5 - muito satisfeito

7. Ambiente de trabalho (ruído, poluição, trânsito, clima):

- a. 1 - nada
- b. 2 - muito pouco
- c. 3 - mais ou menos
- d. 4 - bastante
- e. 5 - extremamente

8. Recursos financeiros:

- a. 1 - nada
- b. 2 - muito pouco
- c. 3 - mais ou menos
- d. 4 - Bastante
- e. 5 - Extremamente

9. Oportunidade de lazer:

- a. 1 - nada
- b. 2 - muito pouco
- c. 3 - mais ou menos
- d. 4 - bastante
- e. 5 - extremamente

ANEXO A – Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde

Fonte: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos; Considerando o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que desvendou outra percepção da vida, dos modos de vida, com reflexos não apenas na concepção e no prolongamento da vida humana, como nos hábitos, na cultura, no comportamento do ser humano nos meios reais e virtuais disponíveis e que se alteram e inovam em ritmo acelerado e contínuo;

Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, nacional e universal, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida e promovendo a defesa e preservação do meio ambiente, para as presentes e futuras gerações;

Considerando as questões de ordem ética suscitadas pelo progresso e pelo avanço da ciência e da tecnologia, enraizados em todas as áreas do conhecimento humano;

Considerando que todo o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano;

Considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como o

Código de Nuremberg, de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948;

Considerando os documentos internacionais recentes, reflexo das grandes descobertas científicas e tecnológicas dos séculos XX e XXI, em especial a Declaração de Helsinque, adotada em 1964 e suas versões de 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000; o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966; o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 1966; a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, de 1997; a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, de 2003; e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2004;

Considerando a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, cujos objetivos e fundamentos da soberania, da cidadania, da dignidade da pessoa humana, dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e do pluralismo político e os objetivos de construir uma sociedade livre, justa e solidária, de garantir o desenvolvimento nacional, de erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e de promover o bem de todos, sem qualquer tipo de preconceito, ou de discriminação coadunam-se com os documentos internacionais sobre ética, direitos humanos e desenvolvimento;

Considerando a legislação brasileira correlata e pertinente; e

Considerando o disposto na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que impõe revisões periódicas a ela, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética.

R E S O L V E:

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução.

II - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES

III - DOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes.

IV – DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico.

VI – DO PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente será apreciado se for apresentada toda documentação solicitada pelo Sistema CEP/CONEP, considerada a natureza e as especificidades de cada pesquisa. A Plataforma BRASIL é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP.

VIII – DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) ATRIBUIÇÕES

IX – DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP) ATRIBUIÇÕES

[...]

Ficam revogadas as Resoluções CNS Nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS No 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59