

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GRAZIELA MACEDO BASTOS LANDEIRO

**QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

VITÓRIA
2009

GRAZIELA MACEDO BASTOS LANDEIRO

**QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina de Araújo Oliveira

VITÓRIA
2009

GRAZIELA MACEDO BASTOS LANDEIRO

**QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina de Araújo Oliveira.
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Maria José Gomes.
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dr.^a Maria del Carmen Bisi Molina.
Universidade Federal do Espírito Santo

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

L254q Landeiro, Graziela Macedo Bastos, 1978-
Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde da
estratégia saúde da família do município de Vitória-ES / Graziela
Macedo Bastos Landeiro. – 2009.
68 f. : il.

Orientador: Elizabete Regina Araújo de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Qualidade de vida. 2. Agentes comunitários de saúde. 3.
Família - Saúde e higiene. 4. Estratégia. I. Oliveira, Elizabeth
Regina Araújo. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro
de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

Dedico este trabalho ao meu filho, Pedro, a quem quero mostrar o quanto é importante perseguir e preservar os próprios sonhos e metas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que sempre está ao meu lado.

Ao meu marido, Luiz Fernando, pelo apoio e suporte, sem os quais fatalmente não conseguiria concluir esta jornada.

Aos meus pais, Paulo e Delma, a quem devo minha educação, minhas conquistas e também os cuidados com Pedro nos momentos em que mais precisava.

De modo especial, à Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina de Araújo Oliveira, pela paciência, persistência e por ter acreditado que eu conseguiria vencer independentemente das adversidades porque passei.

À Prof.^a Dr.^a Maria del Carmen Bisi Molina, pelas preciosas contribuições na construção desta pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Maria José Gomes, por ter aceitado participar da minha banca examinadora e por sua eficiência e disponibilidade.

À Dayana Tozatto Zago, pela contribuição competente no processo de coleta dos dados.

Aos participantes desta pesquisa, os agentes comunitários de saúde do Município de Vitória-ES.

Por fim, a todos aqueles que de algum modo contribuíram para esta conquista.

"O que prevemos raramente ocorre; o que menos esperamos geralmente acontece."

Benjamin Disraeli

RESUMO

Os agentes comunitários de saúde (ACS) no desenvolvimento do seu trabalho estão suscetíveis á desgates físicos e psicológicos que podem comprometer sua qualidade de vida bem como a qualidade do serviço prestado à comunidade. Com o objetivo de identificar fatores sociodemográficos associados a qualidade de vida (QV) dos ACS da estratégia saúde da família do município de Vitória-ES, foi realizado um estudo descritivo e analítico de corte transversal com abordagem quantitativa, do qual participaram 241 ACS. Foram analisadas variáveis sociodemográficas através de um questionário semi-estruturado baseado no Instituto Brasileiro de Geografia e o questionário WHOQOL-Bref para a avaliação da qualidade de vida. Os ACS do Município de Vitória- ES foram caracterizados como maioria do sexo feminino, prevalecendo a faixa etária de 30 a 39 anos; casados, ensino médio completo, da raça/cor parda e possuíam religião. Em relação à QV os ACS avaliaram-na como boa. Os domínios físico, relações sociais e a avaliação global foram os que apresentaram maior pontuação máxima enquanto o domínio meio ambiente foi o que apresentou menor pontuação. As facetas do domínio meio ambiente: ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima); recursos financeiros (salário); oportunidades de adquirir novas informações e habilidades e oportunidades de recreação/lazer foram os que tiveram menores escores. No presente estudo, a chance dos profissionais terem baixa qualidade de vida foi associada significativamente, em todos os domínios, com a região de saúde onde os ACS trabalhavam, com maior risco para os que trabalhavam na região de saúde do Centro. Os agentes comunitários que apresentaram maior risco de ter baixa qualidade de vida no domínio físico foram os que estavam trabalhando na região de saúde de São Pedro. No domínio psicológico os que trabalhavam na região de saúde do Centro; não possuíam religião e que tinham entre 30 a 39 anos. Com relação ao domínio relações sociais os ACS que apresentaram maior risco foram os que trabalhavam na região de saúde do Centro e apresentavam estado marital separado e por fim no domínio meio ambiente os que trabalhavam na região de saúde de São Pedro, possuíam estado marital viúvo e de etnia parda. Considerando a importância do trabalho realizado pelos ACS é notória a necessidade de debates e formulação de estratégias que visem à garantia da

qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho e conseqüente qualidade no serviço prestado a população.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Community health agents (CHA) are often subjected to physical and psychological demands which may jeopardize both their own well-being and the quality of care they provide as health workers. This study aims at identifying the socio-demographic factors associated with their personal well-being and job satisfaction in the work they develop under the guidelines for family health care, as established by the municipality of Vitoria. A qualitative, analytical, descriptive and cross-sectional research design was adopted and 241 CHAs participated as subjects. A semi-structured questionnaire, based on the one set up by the Instituto Brasileiro de Geografia, and the WHOQOL-Bref questionnaire were both used to assess quality of life. Participants were found to be predominantly female in the 30-39 age group; most were married, non-Caucasian, with high school level of schooling and professed religious belief. Quality of life was rated well by the subjects, with maximum scores for physical and social relations domains, while the environment domain scored the lowest. This domain encompassed physical environment (pollution noise, traffic, and climate), financial resources (wages) and opportunities for further education, training and recreation. Lower quality of life was significantly associated, in all domains, with the neighborhood where the subjects worked, with highest risk for divorcés with lower scores in social relations working at health units in the center of Vitoria. Results were similar for the environment domain amongst non-Caucasian and widowers working at health units in the neighborhood of São Pedro

Given the importance of the work undertaken by CHAs and its impact in the community as a whole, it is critical to further debates and develop new strategies to ensure both their well-being and job satisfaction as they will positively affect the quality of health services provided for the population.

Key Words: Quality of life, Community health agents, Family health strategy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAS	Programa de Agente de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da produção científica, com o descritor qualidade de vida, da base de dados Scielo, segundo o ano de publicação-2006	17
Tabela 2: Distribuição da produção científica sobre QV relacionada à saúde, segundo a característica da população estudada-2006.....	19
Tabela 3: Indicadores de desenvolvimento do município de Vitória-ES. Agosto de 2009.	27
Tabela 4: Indicadores de saúde do município de Vitória-ES. Agosto de 2009.....	29
Tabela 5: Número de ACS por região de saúde do município de Vitória-ES. Junho de 2008.	30
Tabela 6: Número de ACS por região de saúde do município de Vitória-ES. Junho de 2008.	31
Tabela 7: Distribuição da população de ACS, segundo variáveis sociodemográficas. Vitória - 2009.	38
Tabela 8: Distribuição da população de ACS, segundo variáveis sociodemográficas. Vitória - 2009.	39
Tabela 9: Análise descritiva da variável idade dos ACS. Vitória - 2009.	40
Tabela 10: Análise descritiva da variável idade dos ACS por regiões de saúde. Vitória - 2009.	40
Tabela 11: Análise descritiva referente à percepção sobre a QV e satisfação com a própria saúde dos ACS. Vitória - 2009.....	42
Tabela 12: Descrição das questões que compõem o domínio físico do WHOQOL-Bref respondidas pelos ACS do município de Vitória-ES - 2009.....	43
Tabela 13: Descrição das questões que compõem o domínio psicológico do WHOQOL-Bref respondidas pelos ACS do município de Vitória-ES - 2009.	44
Tabela 14: Descrição das questões que compõem o domínio relações sociais do WHOQOL-Bref respondidas pelos ACS do município de Vitória-ES – 2009	45
Tabela 15: Descrição das questões que compõem o domínio meio ambiente do WHOQOL-Bref, respondidas pelos ACS do município de Vitória-ES - 2009.....	46
Tabela 16: Descrição do coeficiente Alfa de Cronbach das facetas QV geral e domínios do WHOQOL-bref. Vitória - 2009.....	47
Tabela 17: Análise da comparação entre os domínios e as variáveis sociodemográficas. Vitória - 2009.	47
Tabela 18: Descrição dos valores médios dos domínios segundo as variáveis sociodemográficas. Vitória - 2009.....	48

Tabela 19: Análise do Teste Qui-quadrado entre os domínios de QV e as variáveis sociodemográficas. Vitória -2009.....	49
Tabela 20: Análise da regressão logística entre os domínios de QV e as demais variáveis investigadas. Vitória - 2009.....	50
Tabela 21: Correlação de Sperman das variáveis idade e tempo de trabalho como ACS com os domínios da QV - 2009.....	51

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1: Diagrama dos tipos de instrumentos genérico e específico empregados nos estudos indexados na base de dados Scielo, 2006	18
Figura 2: Regiões de saúde do Município de Vitória-ES, 2009	29
Gráfico 1: Número de ACS no Brasil, por ano, Agosto de 2009	22
Gráfico 2: Média, Mediana e desvio-padrão, valores mínimo e máximo dos domínios do WHOQOL-Bref. Vitória, 2009.....	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 QUALIDADE DE VIDA	14
2.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	20
3 OBJETIVOS	26
4 METODOLOGIA	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 LOCAL DE ESTUDO	27
4.3 POPULAÇÃO	30
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	32
4.4.1 Instrumento de coleta dos dados	33
4.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS	35
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	36
5 RESULTADOS	39
5.1 PERFIL DA POPULAÇÃO ESTUDADA	39
5.2 QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO ESTUDADA	41
5.3 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	48
5.4 CORRELAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM IDADE E TEMPO DE PROFISSÃO	52
6 DISCUSSÃO	53
7 CONCLUSÃO	62
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
9 REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	69
APÊNDICE A	70
APÊNDICE B	87
APÊNDICE C	88
APÊNDICE D	89

APÊNDICE E.....	90
ANEXOS	91
ANEXO A.....	92
ANEXO B.....	93

1 INTRODUÇÃO

O desejo de estudar a qualidade de vida (QV) dos agentes comunitários de saúde (ACS) surgiu quando, numa observação de rotina, no período em que trabalhamos em parceria na estratégia saúde da família, ouvia as queixas desses profissionais. Paralelamente, a temática QV tem-se tornado uma constante em minha vida acadêmica, seja através da participação em um grupo de estudos sobre o assunto na Universidade Federal do Espírito Santo, seja através da publicação de uma revisão sistemática dos estudos sobre QV indexados na base de dados Scielo.

A QV é uma noção eminentemente humana e, no que concerne à saúde, pressupõe uma síntese da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Segundo Seidl e Zanon (2004), o conceito de QV é relativamente recente e decorre, em parte, de novos paradigmas que têm influenciado as práticas na área da saúde nas últimas décadas. Segundo a autora, no plano conceitual dois termos destacam-se: a subjetividade, que considera como o indivíduo avalia sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à QV, e a multidimensionalidade, que se refere ao reconhecimento de que o constructo é formado por diferentes dimensões.

Estudos demonstram interesse crescente pela avaliação da QV, acreditando que as informações acerca do tema sirvam de norteadores para avaliar a eficácia, a eficiência e o impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos, comparar procedimentos, avaliar os custos e benefícios dos serviços prestados; aprovar e definir tratamentos; definir estratégias na área de saúde e monitorar a manutenção da QV dos pacientes (DANTAS et al., 2003; FONSECA et al., 2005; GESSNER, 2006). Contudo, tem sido pouco debatida no âmbito dos profissionais de saúde (SAUPE et al., 2004).

Dentro desse contexto, os ACS são profissionais ímpares no processo da atenção à saúde. Sobre eles recai a tarefa de estabelecer o elo entre os serviços de saúde e a comunidade e a responsabilidade de abertura de caminhos que possibilitem a melhora da saúde dos brasileiros (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

De acordo com Camelo (2002), os ACS representam a segunda categoria, entre os membros da equipe da saúde da família, que mais sofre com estresse. Por sua vez, Lunardelo (2004) afirma que os ACS apresentam um “sofrimento” em relação à prática do seu trabalho.

Dessa forma, o estudo pretende identificar fatores sociodemográficos associados à QV dos ACS da estratégia saúde da família do município de Vitória-ES.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA

O termo e o conceito de QV surgiram com o crescimento e o desenvolvimento econômico ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, embora alguns estudos apontem indícios do uso do termo na década de 1930 (SEIDL; ZANON, 2004).

Consta ainda, segundo Wood-Dauphinee (1999, apud KLUTHCOVSKY, 2005), que o termo QV foi mencionado pela primeira vez em 1920, por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar.

Nahas (2001) pontua que os conceitos que foram propostos inicialmente enfatizavam aspectos materiais, como salário, sucesso profissional e bens adquiridos.

No cenário mundial, até os anos de 1970, a QV era definida de forma clássica, global. Somente a partir dos anos de 1980 é que a noção de diferentes dimensões passou a ser incorporada (SEIDL; ZANON, 2004).

No Brasil, esse conceito começou a ser aplicado a partir de 1970, circunscrito primeiramente às práticas dos serviços de saúde. Com a promulgação da Constituição de 1988 e com a conseqüente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o foco da QV passou a ser os pacientes, principalmente os usuários do SUS (CASTRO et al., 2003, 2007; DANTAS et al., 2003; SEIDL; ZANON, 2004).

Campbell (1976 apud AWAD; VORUGANTI, 2000), por volta dos anos de 1970, já abordava as dificuldades relativas à conceituação do termo. O autor aponta que a QV é algo vago, sobre o qual muitas pessoas falam, mas ninguém sabe exatamente o que é.

Farquhar (1995) propõe uma taxonomia das definições de QV existentes, dividindo-as em quatro tipos: uma definição global com tendência a centrar-se apenas na avaliação da satisfação e insatisfação com a vida; uma definição com base em componentes, que implica o fracionamento do conceito global em dimensões; uma definição focalizada, que valoriza componentes específicos voltados, em geral, para

habilidades funcionais ou de saúde e uma definição combinada, que agrega tanto aspectos gerais quanto dimensões.

Minayo, Hartz e Buss (2000), ao debater qualidade de vida e saúde, conclui que o tema QV é tratado sob diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum. Corroborando Seidl e Zanon (2004), ao debater os aspectos conceituais e metodológicos do constructo relata que o tema é de caráter interdisciplinar e que os esforços metodológicos de diferentes áreas do conhecimento têm contribuído para a clarificação e relativa maturidade do conceito.

Atualmente, ainda não existe uma definição consensual sobre QV, mas os pesquisadores parecem concordar que a QV é um conceito dinâmico, amplo, subjetivo e polissêmico (CONDE et al., 2006; RANDUZ; OLSON, 2005; SILVA et al., 2005; SOUZA, 2003).

Segundo Cádernas (1999), a maioria das definições acerca da QV refere-se a percepções de bem-estar, satisfação das necessidades, satisfação e insatisfação com a vida, habilidade para adquirir segurança, autoestima e cumprir metas pessoais.

Apesar de não haver uma única definição, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua QV como a “[...] percepção do indivíduo de sua proteção na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nessa definição, a OMS toma como base uma natureza multifatorial da QV, considerando seis domínios que objetivam demonstrar as diferentes dimensões do ser humano na determinação dos níveis de QV de cada indivíduo. Esses domínios são categorizados em saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual (WHOQOL GROUP, 1995).

Outra discussão aborda a conceituação na área da saúde, revelando duas tendências: uma conceituação mais ampla, sem fazer referência a disfunções ou agravos, como a adotada pela OMS e uma relacionada à saúde, com aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou intervenções em saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SEIDL; ZANON, 2004).

A expressão QV relacionada à saúde é definida por Auquier (1997, apud MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000) como valor atribuído à vida, ponderado pela deterioração funcional; percepção e condição social induzida pela doença e pelo tratamento; e organização do sistema assistencial.

É possível identificar interesse crescente pela avaliação da QV, sobretudo nos serviços de saúde, neste caso em razão de a QV servir como um indicador para analisar o impacto de determinados tratamentos, permitindo melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição (SEIDL; ZANON, 2004).

Com o interesse crescente pelo constructo QV, tem aumentado, em paralelo, o número de instrumentos para mesurá-la. Os instrumentos utilizados são os questionários de QV, que compreendem dois grupos: os genéricos e os específicos. Os questionários genéricos, como o Medical Outcomes Study 36 – item short-form health survey (SF36) e o World Health Organization Quality of Life- 100 (WHOQOL-100) (DANTAS et al., 2003), objetivam avaliar, de forma global, os aspectos relacionados à QV. Os questionários específicos, como o King's health questionnaire aplicado em portadores de incontinência urinária (FONSECA et al., 2005), objetivam avaliar a QV, valorizando um componente em específico, em geral relacionado a um agravo.

Segundo o WHOQOL Group (1995, 1997), o instrumento WHOQOL-100 é fruto de um projeto multicêntrico desenvolvido pela OMS em quinze cidades de quatorze países, envolvendo grupos focais formados por pacientes com agravos diversos, profissionais de saúde e pessoas da população em geral. Segundo o mesmo grupo, o instrumento WHOQOL-BREF é uma versão abreviada composta pelas 26 questões, extraídas do WHOQOL-100, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos. Foi criado pela necessidade de instrumentos curtos, que exigissem pouco tempo para o seu preenchimento, mas que mantivessem as características psicométricas satisfatórias.

Consoante com o que acontece no mundo, no Brasil a literatura acerca da temática QV tem aumentado nos últimos anos, sobretudo pelo estímulo dado à realização de pesquisas sobre o tema e pelo advento das traduções e adaptações dos instrumentos de QV para a língua portuguesa (DANTAS et al., 2003).

Ao realizar um estudo de revisão bibliográfica sistemática dos artigos que foram publicados no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2006, no indexador Scielo acerca do tema QV foram encontrados 180 artigos (Tabela 1). Desses, 124 apresentavam uma abordagem quantitativa ou qualitativa da QV e 56 artigos não tratavam do assunto como objeto principal do estudo.

O primeiro artigo indexado no Scielo com o descritor “qualidade de vida” surgiu em 1982, mas apenas em 1996 foi indexado o primeiro artigo específico, intitulado “Qualidade de vida de pessoas com doença crônica”, da Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Tabela 1: Distribuição da produção científica, com o descritor qualidade de vida, da base de dados Scielo, segundo o ano de publicação-2006.

Período	Frequência absoluta (N.º)	Frequência relativa (%)
2001	7	3,8
2002	12	6,6
2003	22	12,2
2004	38	21,1
2005	47	26,1
2006	54	30,2
Total	180	100

Fonte: Scielo.

A análise metodológica dos 124 artigos evidenciou que 79 (63,9%) tratavam da aplicação de instrumento; 25 (20,1%) versavam sobre a tradução e validação, adaptação e construção de instrumento de QV; 10 (8%) focalizavam estudos qualitativos acerca da QV; 5 (4%) apresentavam uma revisão bibliográfica; 5 (4%) abordavam o conceito de QV.

Na categoria artigos de aplicação de instrumentos, das 79 publicações selecionaram-se 73 (92,4%) que falavam da utilização de instrumento de QV validado para a língua portuguesa e 6 (7,6%) que tratavam de instrumento não validado. Dos 73 artigos, 34 (46,5%) focalizavam instrumentos genéricos, e 39 (53,5%), instrumentos específicos.

Entre os artigos em que se utilizaram instrumentos genéricos, 28 (38,2%) empregaram o Medical Outcomes Studies 36 short-form e 12 (16,3%), o Medical Outcomes Studies 12-item short-form (WHOQOL). Dos 12 sobre instrumentos WHOQOL, 11 (91,6%) aplicaram o WHOQOL-Bref e 1 (8,4%), o WHOQOL – 100 (Figura 1).

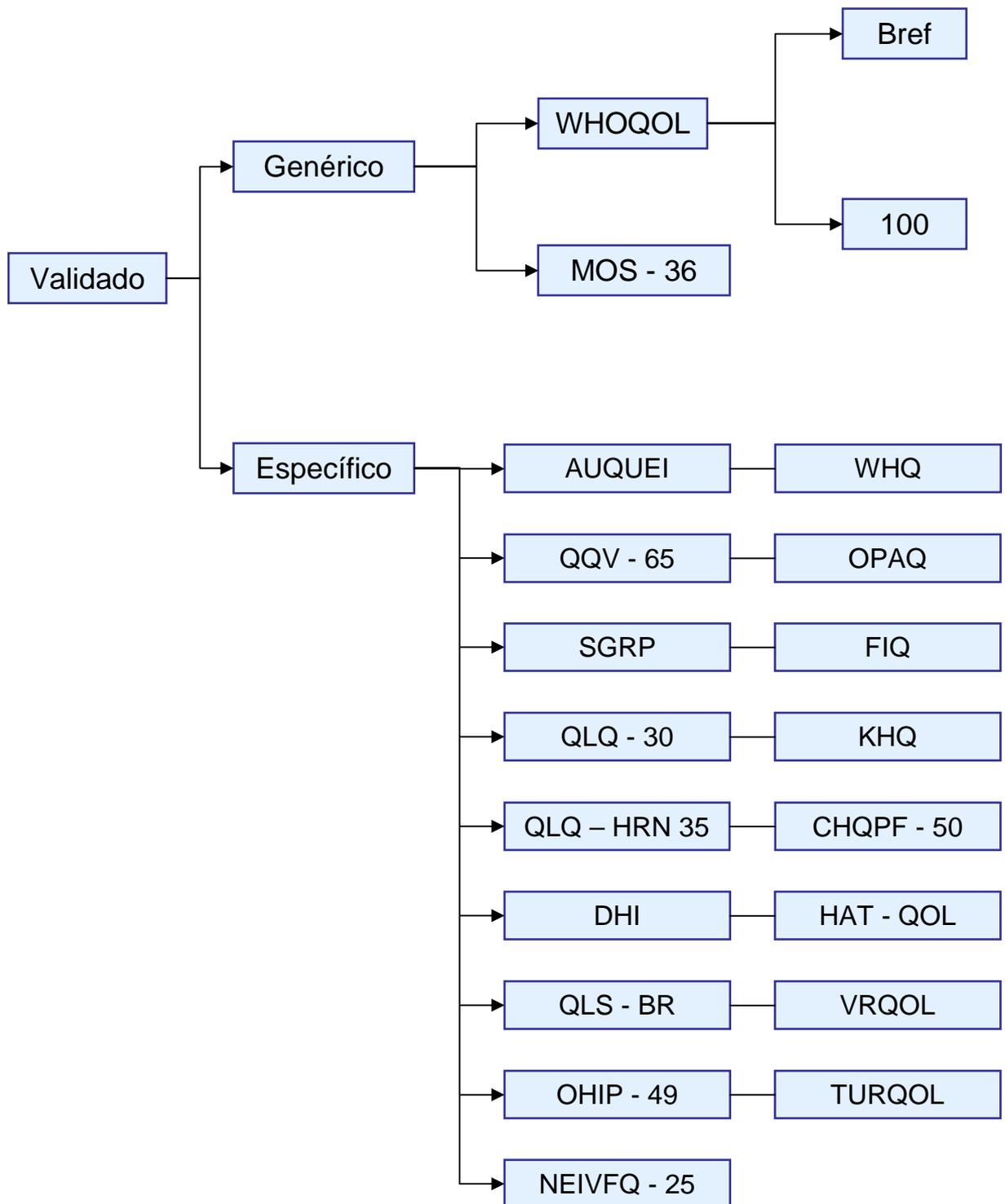


Figura 1: Diagrama dos tipos de instrumentos genérico e específico empregados nos estudos indexados na base de dados Scielo-2006.

Fonte: Scielo.

Das 73 publicações que tratam do emprego de instrumentos considerando a característica da população estudada, 46 estão inseridas na categoria saúde do adulto, com ênfase nos seguintes agravos: distúrbio do sistema visual, 8 (17,3%); câncer, 6 (13,3%); distúrbios pulmonares, 5 (10,8%); distúrbios neurológicos, 4 (8,7%); distúrbios psicológicos, 3 (6,5%); distúrbios cardiovasculares, 3 (6,5%); distúrbios renais, 6 (13,3%); distúrbios ortopédicos, 3 (6,5%); distúrbios reumatológicos, 3 (6,5%); alterações do equilíbrio, 2 (4,3%); doenças infectocontagiosas, 1 (2,1%); saúde bucal 1 (2,1%); distúrbios endocrinológicos, 1 (2,1%). Na categoria saúde da mulher encontram-se dez publicações com ênfase nos seguintes agravos: doença reumatológica, 2 (20%); climatério, 2 (20%); câncer, 1 (10%); distúrbios urológicos, 1 (10%); violência doméstica, 1 (10%); doença infectocontagiosa, 1 (10%); doença cardiovascular, 1 (10%). As sete publicações sobre a saúde da criança e do adolescente enfocaram a investigação em indivíduos portadores de distúrbios neurológicos, 2 (28,7%); distúrbios intestinais, 2 (28,7 %); distúrbios pós-cirúrgico, 1 (14,2%); saúde bucal, 1 (14,2%); distúrbios reumatológicos, 1 (14,2%). As seis publicações sobre a saúde do trabalhador enfocaram a categoria dos enfermeiros, 2 (33,3%); aspectos diversos da saúde do trabalhador, 2 (33,3%); professores do ensino fundamental, 1 (16,7%); cirurgião-dentista, 1 (16,7%). As quatro publicações sobre a saúde do idoso indicaram aspectos psicológicos, 3 (75%) e a saúde bucal, 1 (25%). Esses resultados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição da produção científica sobre QV relacionada à saúde, segundo a característica da população estudada-2006.

Saúde	Frequência absoluta	Frequência relativa
	N.º	%
Saúde do adulto	43	61,4
Saúde da mulher	10	14,2
Saúde da criança e adolescente	7	10
Saúde do trabalhador	6	8,6
Saúde do idoso	4	5,8
Total	70	100

Fonte: VITÓRIA (ES), 2009

Paralelamente ao estudo da QV, uma atenção maior vem sendo dada à qualidade de vida no trabalho, esperando-se que a motivação no ambiente de trabalho propicie um aumento da produtividade (MAGRI; KLUTHCOVSKY, 2007).

Programas que visam à qualidade de vida no trabalho proporcionam ao trabalhador maior resistência ao estresse, estabilidade emocional, motivação, eficiência, melhor relacionamento, enquanto para a empresa resultam em menos absenteísmo, acidentes de trabalho, custo com tratamentos de saúde; mais produtividade e melhor ambiente de trabalho (BITTENCOURT, 2003; GARCIA, 2007).

Tomando como pressuposto que os ACS são reflexo e espelho da comunidade em que estão inseridos e a base da equipe, torna-se oportuno o estudo acerca da QV desses agentes.

2.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Segundo Ferraz e Aertz (2005), o ACS é um trabalhador que está inserido em dois importantes programas do Ministério da Saúde (MS): o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O PACS teve início em 1991 com o objetivo central de reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, o que posteriormente foi reformulado pelo próprio MS. Os agentes passaram a ser, então, peças-chave na organização do serviço básico de saúde no município. O objetivo principal do PACS era melhorar a capacidade do indivíduo de cuidar da sua saúde (BRASIL, 2009a).

O PSF surgiu em 1994, incorporando e ampliando o PACS para outras regiões que não fossem apenas o Norte e o Nordeste. Em 2006, pela Portaria n.º 648, o PSF recebeu nova terminologia: Estratégia Saúde da Família (ESF). A justificativa era de que o termo “programa” sugeria uma atividade com início, desenvolvimento e fim, diferenciando-se de propósito da estratégia, cujo propósito não apresenta previsão de tempo para conclusão. Por essa Portaria, a ESF consolidou-se como a estratégia prioritária do MS para reorganização da assistência à saúde.

Segundo as diretrizes do MS, a ESF está estruturada em equipes chamadas de equipes da saúde da família, que são compostas de, no mínimo, um médico de

família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS, numa proporção de um agente para cada 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 2009b). De acordo com Bueno (2004), a partir de 2000, foram incorporados um cirurgião-dentista e um técnico em higiene bucal. Cada equipe tem agora, sob sua responsabilidade, 3.000 a 4.500 pessoas ou 1.000 famílias.

As normas e diretrizes do PACS e do PSF/ESF foram fixadas pela Portaria n.º 1.866, de 18 de dezembro de 1997. Nela destacam-se como atribuições básicas dos ACS o cadastramento das famílias com identificação do histórico de saúde dos integrantes, a participação no diagnóstico sociodemográfico e no mapeamento da área em que atua, visitas domiciliares e acompanhamento das microáreas de risco, a supervisão de integrantes da família em tratamento domiciliar, a realização de ações educativas no campo da saúde da criança, da mulher e do idoso, ações de educação nutricional e em saúde bucal, registros das atividades realizadas no sistema de informação da atenção básica (SIAB), a busca ativa das doenças infectocontagiosas, o apoio na investigação de surtos de doenças de notificação compulsória, a realização de ações educativas relacionadas ao meio ambiente, a estimulação da participação da comunidade, a participação nas reuniões da equipe da saúde da família e outras ações de acordo com a necessidade locais (BRASIL, 2009c).

O MS tem como uma de suas responsabilidades facilitar o processo de formação e educação permanente desses trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde (BRASIL, 1999d). Assim, em 2004, o MS iniciou o programa de qualificação profissional básica de 182.750 ACS de todo o País. O programa de qualificação teve como sujeitos os agentes inseridos nos programas de ACS e ESF admitidos antes e depois da Lei n.º 10.507/2002, que criou a profissão (BRASIL, 2009a).

Documentos do próprio MS enfatizam a necessidade de que sejam adotadas formas de aprendizagem mais organizadas e abrangentes, visando atender o novo perfil do ACS (pós-inserção na ESF), para assegurar, dessa forma, o domínio de habilidades e competências específicas para o desenvolvimento das atividades que a função lhe impõe (SILVA; DALMASO, 2001).

Dados do MS mostram que o número dos ACS no País em 1994, ano em que foi implantada a ESF, era de 29,1 mil agentes e, em junho de 2009, de 229.572, conforme figura apresentada a seguir (Figura 2). Considerando-se o total de municípios contemplados com esses profissionais o número de agentes no ano de 1994 era de 879 e, em junho de 2009, de 5.335, enquanto o número da cobertura populacional passou de 16.000.000 para 113.600.000 (BRASIL, 2009a).



Gráfico 1: Número de ACS no Brasil, por ano, Agosto de 2009.
 Fonte: Brasil (2009a).

As diretrizes para o exercício da profissão foram fixadas pela Portaria n.º 3.189 em 1999, e a criação da profissão de ACS deu-se pela Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002, que estabelece que o ACS não deve restringir sua atuação aos espaços do SUS, deve residir na área da comunidade onde atuar, ter concluído o curso fundamental e o de qualificação de ACS. Ainda como requisito para o exercício da

profissão, o candidato deveria ser maior de 18 anos e ter disponibilidade de tempo integral (BRASIL, 2009c).

Para Nogueira et al. (2000), o ACS configura-se no elo entre as políticas sociais do Estado e a comunidade. Vale ressaltar que, para Seabra (2006), o ACS é visto ora como membro da equipe de saúde, ora como membro da comunidade assistida.

Considerando-se o papel fundamental de mediadores entre o serviço e a comunidades os ACS têm sido alvo de constantes pesquisas, sobretudo com enfoque no processo de trabalho por eles desempenhado.

Kluthcovsky e Takayanaqui (2006), ao fazer uma revisão da literatura acerca do ACS, no período de 1982 a 2005, encontraram como objetivos mais frequentemente definidos para artigos, monografias, dissertações e tese, num total de 26 artigos, a avaliação do processo de trabalho dos ACS (23,1%), a caracterização dos agentes e de sua função (29,1%), a avaliação de resultados das atividades realizadas (19,3%), o vínculo institucional (3,8%), a análise de aspectos éticos (3,8%), a descrição da implantação de serviço (3,8%), a investigação sobre condições de saúde e trabalho (3,8%), o reconhecimento e satisfação do usuário (3,8%).

Nesse contexto, Menegolla, Polleto e Krahl (2003), em pesquisa acerca dos ACS no desenvolvimento do seu trabalho, evidenciou a falta de entendimento da população quanto ao trabalho desses profissionais, medo, número elevado de pessoas a serem atendidas, limitações para resolver os problemas da comunidade, falta de organização e companheirismo da equipe.

Ferraz e Aertz (2005), ao analisar o cotidiano dos ACS em Porto Alegre, encontraram como principal atividade realizada por eles a visita domiciliar seguida da educação em saúde, e como limitação, a baixa efetividade da visita domiciliar devido à necessidade de uma parte do tempo ser destinada a atividades administrativas, o que descaracteriza a função.

Outras discussões são acerca das formas de contratação e de inserção no trabalho de ACS. Nogueira et al. (2000) descreveram que as formas utilizadas pelas secretarias de saúde municipais variam entre contrato regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) com prazo indeterminado, estatutário, cargo comissionado,

contrato excepcional por tempo determinado, contrato autônomo e prestação de serviços. Situação semelhante foi também descrita por Castro (2008), que, ao investigar as formas de vinculação dos agentes do Rio Grande do Norte, confirmou o panorama nacional com a presença de contratos de caráter precários. O autor relata que 59% dos municípios analisados utilizavam contratos informais e apenas 41%, contratos temporários.

Uma questão que não traz dúvidas é que condições de trabalho desfavoráveis geram transtornos físicos e psíquicos, prejudicando o ambiente de trabalho, a vida social, familiar e de lazer. Estudiosos apontam a presença de esgotamento e estresse afetando os profissionais de saúde, com conseqüente comprometimento da qualidade da prestação do serviço à comunidade por eles assistida (KLUTHCOVSKY, 2005; LUNARDELO, 2004; SANTOS, 2005; SEABRA, 2006; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

Camelo (2002), ao estudar os sintomas de estresse nos trabalhadores dos núcleos de saúde da família dentro de saúde escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP- USP), encontrou uma prevalência de 70% dos sintomas de estresses nos ACS. O estudo destacou que os sintomas psicológicos são predominantes.

A autora afirmou que o estresse não está só relacionado ao agente agressor, mas também à falta de habilidade para enfrentar situações novas e adversas, o que se transforma em fator de estresse para toda a equipe de saúde.

Em especial, os ACS sofrem diversas pressões pelo fato de residirem no mesmo local de trabalho e vivenciarem mais intensamente que os outros membros da equipe os aspectos positivos e negativos do serviço, portanto, tornam-se mais predisponentes ao risco de aparecimento de desgastes físicos e psicológicos e de doenças ocupacionais, que podem ocasionar-lhes um comprometimento da QV (KLUTHCOVSKY, 2005).

Diante de um número cada vez mais crescente de ACS no Brasil, do fato de serem esses profissionais a ponte entre a proposta de reorientação do modelo assistencial de saúde e a comunidade, e da escassez de pesquisas acerca da temática, são necessários novos estudos a fim de consubstanciar os achados, para que se

promovam estratégias que visem, sobretudo, à garantia da QV no trabalho desses profissionais e à consequente qualidade no serviço prestado à população.

3 OBJETIVOS

- a) Descrever e analisar o perfil sócio-demográfico dos ACS-ESF do município de Vitória-ES.
- b) Identificar fatores sociodemográficos associados à QV desses profissionais.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo descritivo e analítico de corte transversal e de abordagem quantitativa realizado com os ACS inseridos na ESF do município de Vitória-ES.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado nas vinte unidades de saúde da família (USF) do município de Vitória-ES. Essas unidades estão inseridas nas seis regiões de saúde do Município, saber: uma na região I – continental, seis na região II – Maruípe, três na região III – Centro, três na região IV – Santo Antônio, quatro na região V – São Pedro e três na região VI – São João.

Vitória foi fundada oficialmente em 8 de setembro de 1551. É uma das mais antigas cidades do Brasil. É a capital do estado do Espírito Santo e a principal ilha de um arquipélago de 34 ilhas. E também o centro metropolitano da Grande Vitória, que compreende os municípios de Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica e Viana. Sua população é de 320.156 habitantes, segundo estimativas de 2009 do IBGE. A cidade é a quarta mais populosa do Estado, ocupando um território com 104,03 km² de área: e seu clima predominante é o tropical úmido, com temperaturas média máxima de 30,4°C e mínima de 24°C (VITÓRIA, 2009).

A economia está voltada para atividades portuárias, comércio, indústria, prestação de serviços e também ao turismo de negócios. A capital tem dois portos o Porto de Vitória e o Porto de Tubarão, que fazem parte, junto com os de outros estados, do maior complexo portuário do País.

De acordo com pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (2002), Vitória é a segunda capital brasileira com a melhor QV. O município tem uma taxa de frequência escolar de 93%, uma taxa de alfabetização de 95% e uma expectativa de vida de 70,74 anos (Figura 3).

Tabela 3: Indicadores de desenvolvimento do município de Vitória-ES. Agosto de 2009.

Indicadores de Desenvolvimento – Vitória/ES - dados de 2000	
Esperança de vida ao nascer (em anos)	70,74
Taxa de alfabetização de adultos (%)	95,48
Taxa bruta de frequência escolar (%)	93,36
Renda <i>per capita</i> (em R\$)	667,68
Índice de longevidade (IDHM-L)	0,762
Índice de educação (IDHM-E)	0,948
Índice de renda (IDHM-R/2000)	0,858
Índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M)	0,856
Classificação na Unidade da Federação (IDH-M)	1º
Classificação nacional (IDH-M)	18º
Posição no <i>ranking</i> de municípios com maior índice de inclusão digital (2003)	5º
Posição no <i>ranking</i> de municípios com menor grau de exclusão social	8º
Posição no <i>ranking</i> de municípios com melhor renda do País	9º
Posição no <i>ranking</i> de municípios com melhor renda per capita do País	9º
Posição no <i>ranking</i> de melhores municípios onde se fazer carreira (2003).	3º

Fonte: VITÓRIA (ES), 2009

A qualidade dos serviços públicos também teve o seu reconhecimento nacional. Vitória é a capital que apresenta melhor índice de satisfação com serviços públicos no País. Destaca-se, também, a excelente renda *per capita* do município, R\$ 667,68. Entre cem cidades pesquisadas, Vitória é a nona cidade do Brasil onde se ganha mais dinheiro (ATLAS do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2000).

A cidade apresenta território dividido administrativamente em oito partes chamadas de regionais: Centro, Santo Antônio, São Pedro, Bento Ferreira/Jucutuquara, Praia do Canto, Continental, Maruípe e Jardim Camburi (VITÓRIA, 2000).

Seu sistema de saúde começou a ser delimitado a partir de 1989, com a assinatura de um convênio entre o Município e a Secretaria de Estado da Saúde, concentrando-se as primeiras ações em vigilância sanitária e epidemiológica.

Na busca pela construção de um novo modelo de saúde, a cidade passou por vários processos a partir dos anos de 1990, como a divisão do município em seis regiões de saúde (1992-1993) (Figura 2): Centro, Continental, Forte São João, Maruípe, Santo Antônio, São Pedro (CRUZ, 2007; SILVA, 2004).

Constituíram-se como parte do processo a elaboração do diagnóstico situacional de saúde dessas regiões (1992-1994), o processo de territorialização (1994-1996), a implantação dos conselhos locais de saúde (1996-2001), a apropriação dos territórios para a implantação das unidades de saúde (a partir de 1996), a implantação da ESF (a partir de 1998).

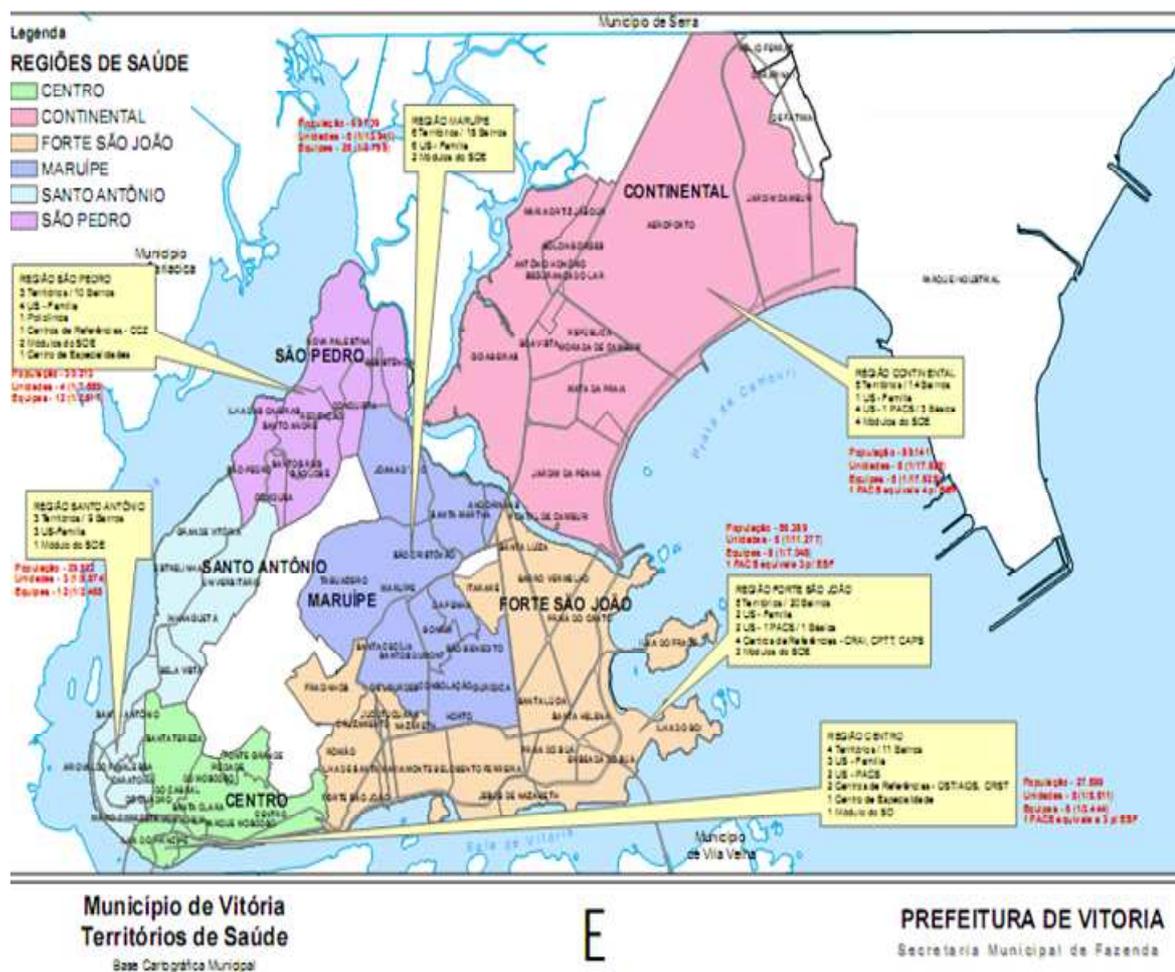


Figura 2: Regiões de saúde do município de Vitória-ES - 2009.
 Fonte: VITÓRIA (ES), 2009

A ESF iniciou no município com um projeto piloto na região de São Pedro. Essa região foi escolhida devido às dificuldades da população de acesso à assistência à

saúde. O município começou com quatro equipes, cada uma delas composta de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS (SILVA, 2004).

Até o ano de 2006, a cidade de Vitória apresentava 72 equipes de saúde da família, das quais 38 eram equipes de saúde bucal atuando em 20 USF. Destaca-se uma cobertura populacional de 59,33%, considerando-se a estimativa do IBGE (2006) de 320.824 habitantes (VITÓRIA, 2009).

Segundo dados do IBGE (2002), existem no município 355 estabelecimentos de saúde, que dispõem de 2.004 leitos para o atendimento da comunidade (Tabela 4).

Tabela 4: Indicadores de saúde do município de Vitória-ES. Agosto de 2009.

Indicadores da Saúde em Vitória	
% da população atendida pelo Programa de Saúde da Família (2000)	6,7
% da população atendida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (2000)	12,3
N.º de estabelecimentos de saúde (2002)	355
N.º de hospitais (Dez/2001)	11
N.º de leitos (Dez/2002)	2.004
N.º de equipamentos existentes por estabelecimento de saúde (2002)	344
N.º total de profissionais de nível superior (2002)	4.598
N.º de dentistas (2002)	251
N.º de médicos (2002)	3.058
Despesa total com saúde por habitante (2001) - R\$	136,93

Fonte: VITÓRIA (ES), 2009

4.3 POPULAÇÃO

A população foi constituída de 276 ACS, distribuídos por região, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde em junho de 2008 (Tabela 5).

Tabela 5: Número de ACS por região de saúde do município de Vitória-ES. Junho de 2008.

REGIÃO I - CONTINENTAL

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMERO DE ACS
JARDIM DA PENHA	27
TOTAL	45

REGIÃO II - MARUÍPE

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMERO DE ACS
ANDORINHAS	5
BAIRRO DA PENHA	11
CONSOLAÇÃO	23
MARUÍPE	30
SANTA MARTHA	14
THOMÁZ TOMMAZI OU BONFIM	9
TOTAL	92

REGIÃO III - CENTRO

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMERO DE ACS
FONTE GRANDE	5
ILHA DO PRÍNCIPE	6
VITÓRIA	20
TOTAL	31

REGIÃO IV – SANTO ANTÔNIO

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMERO DE ACS
FAVALESSA	14
GRANDE VITÓRIA	18
SANTO ANTÔNIO	23
TOTAL	55

Tabela 6: Número de ACS por região de saúde do município de Vitória-ES. Junho de 2008.

REGIÃO VI – SÃO PEDRO

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMERO DE ACS
ILHA DAS CAIEIRAS	11
RESISTÊNCIA	6
SANTO ANDRÉ	12
SÃO PEDRO	16
TOTAL	45

REGIÃO VII – FORTE SÃO JOÃO

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMERO DE ACS
JESUS DE NAZARETH	6
PRAIA DO SUÁ	8
SANTA LUIZA	12
TOTAL	26

Foram excluídos da pesquisa os ACS que trabalhavam no PACS.

A adesão à pesquisa foi voluntária e deu-se após leitura e assinatura do Termo de Consentimento (ANEXO A), assegurado o compromisso ético e de anonimato do participante.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada de agosto de 2008 a março de 2009. As visitas foram agendadas com antecedência, com o gestor de cada USF, e os indivíduos foram entrevistados no próprio local de trabalho. Os ACS eram abordados no momento em que chegavam para trabalhar ou logo após a finalização das atividades do dia. Os questionários foram aplicados na sala de reunião das equipes de saúde da família ou no auditório.

A coleta foi realizada pela autora pesquisadora e uma estagiária do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Com intuito de se obter uma padronização, foi realizado um treinamento prévio das pesquisadoras.

Aplicou-se um pré-teste com dezesseis ACS da USF do Bairro República, da região Continental. Esses ACS estavam inseridos no PACS, por isso não fizeram parte da população pesquisada neste estudo. O pré-teste não apresentou dificuldade no

entendimento e preenchimento dos questionários, e o tempo médio despendido ficou dentro da média relatada por Fleck et al. (2000).

4.4.1 Instrumento de coleta dos dados

Para a avaliação da QV dos sujeitos, foi utilizado o questionário de QV WHOQOL-Bref, traduzido para a língua portuguesa por Fleck et al. (2000) (ANEXO B).

O WHOQOL-BREF compreende uma versão abreviada do WHOQOL-100 e compõe-se das 26 questões, extraídas do WHOQOL-100, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos (GRUPO WHOQOL,1998). Dessas 26 questões, duas são gerais e 24 representam cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100. Assim, enquanto no WHOQOL-100 cada uma das 24 facetas é avaliada por meio de quatro questões, no WHOQOL-bref é avaliada apenas por uma questão (FLECK et al., 2000). A versão abreviada é composta por duas questões gerais e quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, conforme distribuídas a seguir.

Questões Gerais

1. Qualidade de vida

2. Saúde

Domínio I - Domínio físico

3. Dor e desconforto

4. Dependência da medicação / tratamento

10. Energia e fadiga

15. Mobilidade

16. Sono e repouso

17. Atividades cotidianas

18. Capacidade de trabalho

Domínio II - Domínio psicológico

- 5. Sentimentos positivos
- 6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
- 7. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
- 11. Imagem corporal e aparência
- 19. Autoestima
- 26. Sentimentos negativos

Domínio III - Relações sociais

- 20. Relações pessoais
- 21. Atividade sexual
- 22. Suporte (apoio) social

Domínio IV- Ambiente

- 8. Segurança física e proteção
- 9. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
- 12. Recursos financeiros
- 13. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- 14. Oportunidades de recreação/lazer
- 23. Ambiente no lar
- 24. Cuidados de saúde e sociais
- 25. Transporte

O WHOQOL-100, por sua vez, é fruto de um projeto multicêntrico da OMS. Esse projeto teve como objetivo construir um instrumento que avaliasse a QV dentro de uma perspectiva internacional e contou com a colaboração de quinze centros simultaneamente (GRUPO WHOQOL, 1998).

Por se tratar de um projeto multicêntrico, que envolveu vários países, no Brasil a versão dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. O processo de aplicação do teste de campo do WHOQOL-Bref foi realizado em 1988 com pacientes da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Como resultado, o instrumento apresentou bom desempenho psicométrico e praticidade de uso, sendo recomendado para estudos que se propõem a avaliar a QV no Brasil (FLECK, 1999; GRUPO WHOQOL, 1998).

Os escores finais de cada domínio foram calculados por uma sintaxe, resultando em escores numa escala de 4 a 20, comparáveis aos do WHOQOL-100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100.

O instrumento é autoexplicativo e autoaplicável. Quando o entrevistado não entende o significado de alguma pergunta, o entrevistador deve reler a pergunta lentamente, não utilizando sinônimos. Quando o entrevistado não tem condições de ler em função de sua saúde ou de seu grau de alfabetização, o instrumento deve apenas ser lido pelo entrevistador, que deve nesse caso, evitar a influência sobre as respostas do indivíduo.

Para caracterização sociodemográfica foi elaborado um questionário semiestruturado, baseado nas categorias descritas pelo IBGE, nos censos demográficos (APÊNDICE B).

4.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS

a) Variável dependente: QV.

b) Variáveis independentes:

- Sexo: estratificado em feminino e masculino.
- Idade: idade do indivíduo no dia da aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

- Estado civil: estratificado em seis categorias: solteiro, casado, separado, divorciado, viúvo e outros.
- Escolaridade: relacionada às categorias: ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, graduação incompleta, graduação completa, especialização incompleta, especialização completa e mestrado ou doutorado.
- Raça / Cor: estratificada em cinco categorias: branca, preta, amarela, parda e indígena.
- Religiosidade: categorizada apenas em sim ou não, para a informação de ser o indivíduo adepto ou não de alguma religião ou credo.
- Tempo que exerce a função de ACS: tempo de serviço do indivíduo na ESF no dia da aplicação dos instrumentos de coleta de dados.
- Região de saúde onde trabalha: consideradas as categorias região Continental, região Maruípe, região Centro, região Santo Antônio, região São Pedro e região Forte São João.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES em 26 de junho de 2008, sob número de registro no CEP/UFES 027/08 (APÊNDICE C).

A realização do estudo foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória em 1-8-2008, com o número de registro 379/2008 (APÊNDICE D) e o pré-teste, com o número do registro 381/2008 (APÊNDICE E).

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada estatística descritiva com frequência absoluta e relativa para as características sociodemográficas e QV dos ACS. Além disso, analisaram-se os

valores máximo e mínimo, a média, a mediana e o desvio-padrão dos domínios que compõem o WHOQOL-BREF.

Utilizou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para analisar a distribuição dos dados de cada domínio. Como os domínios não apresentaram distribuição normal, a comparação entre eles foi realizada pelo teste não-paramétrico de Wilcoxon, que é utilizado para detectar diferenças na distribuição de duas amostras pareadas. As amostras foram pareadas, pois cada domínio foi calculado para um mesmo indivíduo. Nos resultados considerou-se diferença significativa quando o p-valor foi inferior a 0,05, ou seja, quando indicou que dois domínios testados apresentaram diferenças em sua distribuição.

Para análise do grau de associação entre as variáveis relacionadas ao WHOQOL-Bref foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson com correlação significativa ao nível de 1%.

Para análise da consistência interna das questões e confiabilidade do instrumento foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach.

Realizou-se a análise da QV e dos fatores sociodemográficos associados em duas etapas: na primeira foram utilizados dois testes: Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, considerando-se diferença significativa quando o p-valor foi inferior a 0,05; na segunda etapa foi realizada regressão logística múltipla.

O teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi usado em relação aos domínios com as variáveis sexo e religião ou culto. Tal teste é usado para duas amostras independentes. O teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis foi usado em relação aos domínios com as variáveis estado civil, raça/cor e região de saúde onde o ACS trabalha. Esse teste é usado na comparação de mais de duas amostras independentes.

Na regressão logística múltipla, ajustada para as variáveis sócio-demográficas, as variáveis foram categorizadas e dicotomizadas. Foi utilizado ponto de corte no percentil 50 (mediana), tomando-se como base estudo anterior (NUNES; FREIRE, 2006), obtendo-se assim escores de alta e baixa QV. Os pontos de cortes para os domínios foram: físico (15,43), psicológico (16,00), relações sociais (16,00) e meio

ambiente (12,50). Os valores abaixo dos pontos de corte foram considerados para caracterizar o grupo de menor QV nos domínios.

Antes da regressão logística foi realizado o teste Qui-quadrado para verificar a associação da variável dependente com cada variável preditora. Foi considerado o nível de significância de p-valor $<0,20$, e as variáveis que apresentaram significância estatística foram incluídas no modelo de regressão logística.

Para a correlação entre os domínios da QV com as variáveis idade e tempo que trabalha como ACS foi realizada a correlação de Spearman, que é frequentemente usada para descrever a relação entre duas variáveis ordinais. Esta é indicada para variáveis numéricas que não provêm de uma distribuição normal.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Participaram deste estudo 241 ACS, representando 87,3% do total. A não-participação total deveu-se aos seguintes motivos: onze indivíduos estavam em férias no período estipulado para a coleta dos dados; onze não estavam presentes no local durante o período; cinco não quiseram participar do estudo; seis estavam de licença: dois em licença médica, dois em licença maternidade; dois para capacitação; e dois pediram o questionário, ao invés de responder no local, e não o devolveram.

Conforme Tabela 4, 91,7 % dos ACS do município de Vitória eram do sexo feminino; 59,8% eram casados; 75,9% apresentavam o ensino médio completo; 52,3% eram da cor parda; 91,7% tinham religiosidade e 32,8% dos trabalhadores estavam locados na região de saúde de Maruípe.

Tabela 7: Distribuição da população de ACS, segundo variáveis sociodemográficas. Vitória - 2009.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Sexo		
Feminino	221	91,7
Masculino	20	8,3
Estado civil		
Solteiro (a)	64	26,6
Casado (a)	144	59,8
Separado(a) / Divorciado(a)	18	7,5
Viúvo(a)	4	1,7
Outros	11	4,6

Tabela 8: Distribuição da população de ACS, segundo variáveis sociodemográficas. Vitória - 2009.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Escolaridade		
Fundamental completo	7	2,9
Médio incompleto	26	10,8
Médio completo	183	75,9
Graduação incompleta	18	7,5
Graduação completa	6	2,5
Não respondeu	1	0,4
Raça/Cor		
Branca	68	28,2
Preta	42	17,4
Amarela	3	1,2
Parda	126	52,3
Não respondeu	2	0,8
Adepto de religião ou culto		
Sim	221	91,7
Não	20	8,3
Região de saúde onde trabalha		
Região I - Continental	25	10,4
Região II - Maruípe	79	32,8
Região III - Centro	26	10,8
Região IV - Santo Antônio	56	23,2
Região VI - São Pedro	34	14,1
Região VII - Forte São João	21	8,7
TOTAL	241	100,0

A análise revelou idade média de 39 anos dos entrevistados, com valores mínimos para as regiões de saúde de Maruípe, Centro e Santo Antônio de 22 anos de idade e valor máximo para a região Centro de 65 anos de idade (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9: Análise descritiva da variável idade dos ACS. Vitória - 2009.

Variável	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio-padrão
Idade	22	65	39,00	38,80	9,93

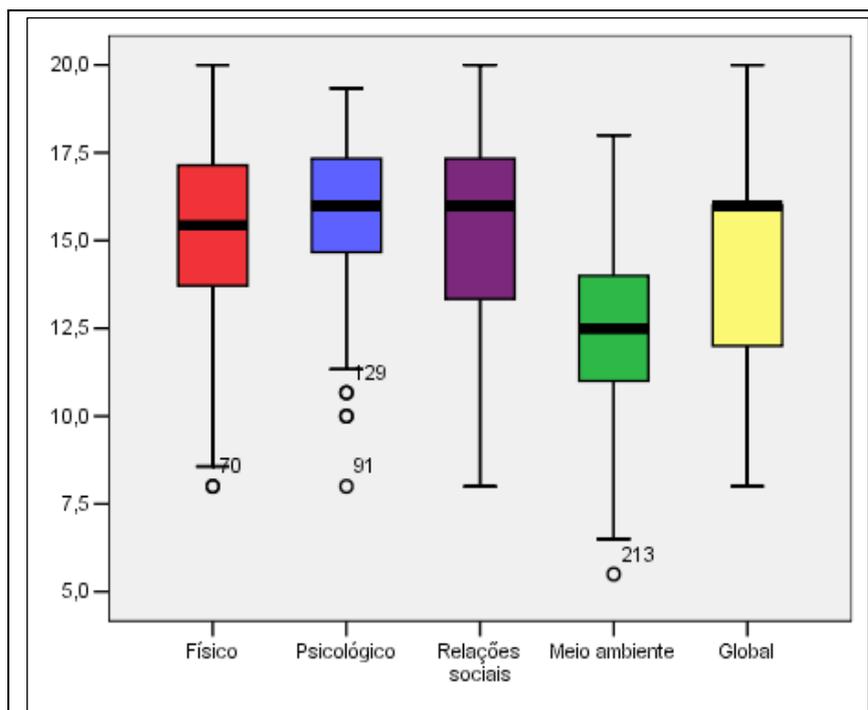
Tabela 10: Análise descritiva da variável idade dos ACS por regiões de saúde. Vitória - 2009.

Regiões	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio-padrão
Região I – Continental	25	60	50,50	48,25	8,89
Região II – Maruípe	22	55	37,00	37,72	8,94
Região III – Centro	22	65	38,50	39,58	13,08
Região IV – Santo Antônio	22	54	37,00	35,64	7,90
Região VI – São Pedro	23	56	38,00	38,52	9,49
Região VII – Forte São João	23	56	40,00	39,67	9,71

Quanto ao tempo de exercício na profissão, foi encontrada a média de 6,68 anos, com tempo mínimo de 2,5 anos e máximo de 11 anos.

5.2 QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A média, a mediana e o desvio-padrão, os valores mínimo e máximo referentes a cada domínio do WHOQOL-Bref estão descritos na Figura 6. Nela, pode-se observar que o domínio que apresentou maior score médio foi o psicológico, com 15,71, e o que apresentou o foi o ambiente, com 12,66. Observaram-se valores mínimo para o domínio meio ambiente e máximo para os domínios físico, relações sociais e global.



Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	Global
Mínimo = 8,00	Mínimo = 8,00	Mínimo = 8,00	Mínimo = 5,50	Mínimo = 8,00
Máximo = 20,00	Máximo = 19,33	Máximo = 20,00	Máximo = 18,00	Máximo = 20,00
Média = 15,38	Média = 15,71	Média = 15,62	Média = 12,66	Média = 14,78
Mediana = 15,43	Mediana = 16,00	Mediana = 16,00	Mediana = 12,50	Mediana = 16,00
D. padrão = 2,40	D. padrão = 1,89	D. padrão = 2,78	D. padrão = 2,12	D. padrão = 2,49

Gráfico 2: Média, mediana e desvio-padrão, valores mínimo e máximo dos domínios do WHOQOL-Bref. Vitória, 2009.

Como as duas primeiras questões do WHOQOL-Bref não fazem parte dos domínios específicos, foram analisadas separadamente. A percepção da QV foi descrita como “boa” por 65,1% dos profissionais. No que tange à própria saúde, 54,4% dos entrevistados declararam-se satisfeitos, conforme mostra a Tabela 11.

Tabela 11: Análise descritiva referente à percepção sobre a QV e satisfação com a própria saúde dos ACS. Vitória - 2009.

Questão	Frequência absoluta	Frequência Relativa	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Como você avaliaria sua qualidade de vida?							
Muito ruim	-	-					
Ruim	8	3,3	3,81	4,00	0,64	2	5
Nem ruim, nem boa	53	22,0					
Boa	157	65,1					
Muito boa	23	9,5					
Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?							
Muito insatisfeito	1	0,4					
Insatisfeito	29	12,0	3,58	4,00	0,82	1	5
Nem satisfeito, nem insatisfeito	60	24,9					
Satisfeito	131	54,4					
Muito satisfeito	20	8,3					

A Tabela 12 pormenoriza os resultados observados para o domínio físico. Seus dados revelam que as questões do domínio físico apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio, e as maiores correlações referem-se às questões relacionadas à dor, e à capacidade para desempenhar as atividades do dia a dia e para o trabalho.

Tabela 12: Descrição das questões que compõem o domínio físico do WHOQOL-Bref respondidas pelos ACS do município de Vitória-ES - 2009.

Questão	n	%	Coefficiente de correlação
Q3 - Em que medida você acha que sua dor impede você de fazer o que é preciso?			
Nada	84	34,9	0,687**
Muito pouco	75	31,1	
Mais ou menos	57	23,7	
Bastante	23	9,5	
Extremamente	2	0,8	
Q4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?			
Nada	56	23,2	0,679**
Muito pouco	93	38,6	
Mais ou menos	59	24,5	
Bastante	29	12,0	
Extremamente	4	1,7	
Q10 - Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?			
Nada	1	0,4	0,640**
Muito pouco	9	3,7	
Médio	86	35,7	
Muito	100	41,5	
Completamente	45	18,7	
Questão	n	%	Coefficiente de correlação
Q15 - Quão bem você é capaz de se locomover?			
Muito ruim	-	-	0,550**
Ruim	4	1,7	
Nem ruim, nem bom	18	7,5	
Bom	106	44,0	
Muito bom	113	46,9	
Q16 - Quão satisfeito(a) você está com seu sono?			
Muito insatisfeito	13	5,4	0,674**
Insatisfeito	45	18,7	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	46	19,1	
Satisfeito	90	37,3	
Muito satisfeito	47	19,5	
Q17 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?			
Muito insatisfeito	2	0,8	0,742**
Insatisfeito	14	5,8	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	45	18,7	
Satisfeito	140	58,1	
Muito satisfeito	40	16,6	
Q18 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?			
Muito insatisfeito	3	1,2	0,705**
Insatisfeito	7	2,9	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	40	16,6	
Satisfeito	148	61,4	
Muito satisfeito	43	17,8	

Nota: ** Correlação significativa ao nível de 1%.

Em relação ao domínio psicológico, as questões que obtiveram maior correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio foram as que se referem ao quanto aproveita a vida e à satisfação consigo mesmo (Tabela 13).

Tabela 13: Descrição das questões que compõem o domínio psicológico do WHOQOL-Bref respondidas pelos ACS do município de Vitória-ES - 2009.

Questão	n	%	Coefficiente de correlação
Q5 - O quanto você aproveita a vida?			
Nada	-	-	0,647**
Muito pouco	29	12,0	
Mais ou menos	62	25,7	
Bastante	121	50,2	
Extremamente	29	12,0	
Q6 - Em que medida você acha qual a sua vida tem sentido?			
Nada	-	-	0,566**
Muito pouco	4	1,7	
Mais ou menos	16	6,6	
Bastante	105	43,6	
Extremamente	116	48,1	
Q7 - O quanto você consegue se concentrar?			
Nada	1	0,4	0,562**
Muito pouco	11	4,6	
Mais ou menos	85	35,3	
Bastante	130	53,9	
Extremamente	14	5,8	
Q11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?			
Nada	3	1,2	0,537**
Muito pouco	5	2,1	
Médio	43	17,8	
Muito	90	37,3	
Completamente	100	41,5	
Q19 - Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?			
Muito insatisfeito	2	0,8	0,727**
Insatisfeito	13	5,4	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	35	14,5	
Satisfeito	123	51,0	
Muito satisfeito	68	28,2	
Q26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão?			
Nunca	29	12,0	0,515**
Algumas vezes	164	68,0	
Freqüentemente	25	10,4	
Muito freqüentemente	17	7,1	
Sempre	6	2,5	

Nota: ** Correlação significativa ao nível de 1%.

Quanto ao domínio relações sociais, consegue-se perceber que todas as questões apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa, destacando-se, neste domínio, a satisfação com a vida sexual (Tabela 14).

Tabela 14: Descrição das questões que compõem o domínio relações sociais do WHOQOL-Bref respondidas pelos ACS do município de Vitória-ES - 2009.

Questão	n	%	Coefficiente de correlação
Q20 - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais?			
Muito insatisfeito	-	-	0,776**
Insatisfeito	11	4,6	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	34	14,1	
Satisfeito	131	54,4	
Muito satisfeito	65	27,0	
Q21 - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?			
Muito insatisfeito	13	5,4	0,796**
Insatisfeito	17	7,1	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	35	14,5	
Satisfeito	91	37,8	
Muito satisfeito	85	35,3	
Q22 - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?			
Muito insatisfeito	3	1,2	0,752**
Insatisfeito	9	3,7	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	63	26,1	
Satisfeito	130	53,9	
Muito satisfeito	36	14,9	

Nota: ** Correlação significativa ao nível de 1%.

Por fim e de maneira semelhante aos domínios anteriores, todas as questões relativas ao domínio meio ambiente apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio, e as questões referentes ao dinheiro e à capacidade do lazer foram as que apresentaram maiores correlações (Tabela 15).

Tabela 15: Descrição das questões que compõem o domínio meio ambiente do WHOQOL-Bref, respondidas pelos ACS do município de Vitória-ES - 2009.

Questão	n	%	Coefficiente de correlação
Q8 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?			
Nada	15	6,2	0,579**
Muito pouco	26	10,8	
Mais ou menos	74	30,7	
Bastante	113	46,9	
Extremamente	13	5,4	
Q9 - Quão saudável é o seu ambiente físico?			
Nada	17	7,1	0,486**
Muito pouco	50	20,7	
Mais ou menos	129	53,5	
Bastante	40	16,6	
Extremamente	5	2,1	
Q12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?			
Nada	26	10,8	0,623**
Muito pouco	97	40,2	
Médio	98	40,7	
Muito	10	4,1	
Completamente	10	4,1	
Q13 - Quão disponíveis para você estão as informações de que precisa para o seu dia a dia?			
Nada	3	1,2	0,453**
Muito pouco	30	12,4	
Médio	123	51,0	
Muito	72	29,9	
Completamente	13	5,4	
Q14 - Em que medida você tem oportunidades de exercer atividades de lazer?			
Nada	15	6,2	0,626**
Muito pouco	85	35,3	
Médio	83	34,4	
Muito	48	19,9	
Completamente	10	4,1	
Q23 - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?			
Muito insatisfeito	6	2,5	0,554**
Insatisfeito	27	11,2	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	58	24,1	
Satisfeito	98	40,7	
Muito satisfeito	52	21,6	
Q24 - Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?			
Muito insatisfeito	11	4,6	0,551**
Insatisfeito	30	12,4	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	83	34,4	
Satisfeito	85	35,3	
Muito satisfeito	32	13,3	
Q25 - Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?			
Muito insatisfeito	10	4,1	0,587**
Insatisfeito	37	15,4	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	61	25,3	
Satisfeito	96	39,8	
Muito satisfeito	37	15,4	

Nota: ** Correlação significativa ao nível de 1%.

As facetas do domínio meio ambiente: ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima); recursos financeiros (salário); oportunidades de adquirir novas informações, e habilidades e oportunidades de recreação/lazer foram os pontos mais críticos.

Embora o WHOQOL-Bref seja um instrumento já validado no Brasil (NUNES; FREIRE, 2006), sua confiabilidade foi testada, apresentando consistência interna satisfatória para as 26 questões que compõem o instrumento (alfa de Cronbach = 0,791). Entre os domínios, o domínio meio ambiente apresentou maior coeficiente 0,685 (Tabela 16).

Tabela 16: Descrição do coeficiente Alfa de Cronbach das facetas QV geral e domínios do WHOQOL-bref. Vitória - 2009.

Elementos	n	Alfa de Cronbach
26 facetas	26	0,791
QV geral	2	0,589
24 facetas – 4 domínios	24	0,767
Domínio físico	7	0,217
Domínio psicológico	6	0,427
Domínio relações sociais	3	0,645
Domínio meio ambiente	8	0,685

5.3 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Na primeira etapa da comparação dos domínios com as variáveis sociodemográficas através dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, foi observada significância estatística na variável estado civil, com menor QV para os profissionais separados ou divorciados, e, na região de saúde, com maior QV para os profissionais que trabalhavam nas regiões Continental, Santo Antônio e Forte São João (Tabela 17 e 18).

Tabela 17: Análise da comparação entre os domínios e as variáveis sociodemográficas. Vitória - 2009.

Variáveis	p-valor				
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	Global
Sexo	0,984	0,881	0,430	0,239	0,382
Estado civil	0,135	0,323	0,011*	0,557	0,060
Escolaridade	0,654	0,943	0,721	0,773	0,988
Raça/Cor	0,637	0,266	0,505	0,192	0,900
Adesão a religião ou culto	0,900	0,009*	0,177	0,528	0,606
Região de saúde onde trabalha	0,000*	0,000*	0,071	0,000*	0,000*

Nota: * p-valor < 0,050.

Tabela 18: Descrição dos valores médios dos domínios segundo as variáveis sociodemográficas. Vitória - 2009.

Variáveis					
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	Global
Sexo					
Feminino	15,39	15,72	15,68	12,61	14,75
Masculino	15,31	15,67	15,00	13,25	15,10
Estado civil					
Solteiro (a)	15,38	15,70	15,48	12,61	14,78
Casado (a)	15,60	15,91	16,02	12,86	15,11
Separado(a) / Divorciado(a)	14,44	15,22	13,93	12,33	13,78
Escolaridade					
Até médio incompleto	15,31	15,82	15,92	12,64	14,67
Médio completo	15,35	15,70	15,60	12,65	14,80
Graduação (completa ou não)	15,83	15,69	15,50	12,77	14,83
Variáveis					
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	Global
Raça/Cor					
Branca	15,52	15,93	15,94	12,96	14,68
Preta	15,21	15,52	15,78	12,32	14,90
Parda	15,33	15,66	15,35	12,55	14,73
Adesão a religião ou culto?					
Sim	15,38	15,83	15,70	12,67	14,81
Não	15,37	14,47	14,73	12,55	14,40
Região de saúde onde trabalha					
Região I - Continental	16,62	17,09	16,69	14,42	15,60
Região II - Maruípe	14,89	15,28	15,65	12,05	14,30
Região III - Centro	14,29	14,85	14,41	12,06	13,54
Região IV - Santo Antônio	16,32	16,23	15,67	13,60	16,07
Região VI - São Pedro	14,76	15,31	15,25	11,47	14,12
Região VII - Forte São João	15,65	16,03	16,25	13,02	14,76

Na análise da regressão logística múltipla, as variáveis sociodemográficas que foram consideradas estatisticamente significativas através do teste Qui-quadrado e, portanto, incluídas no modelo da regressão estão descritas na Tabela 19.

Tabela 19: Análise do Teste Qui-quadrado entre os domínios de QV e as variáveis sociodemográficas. Vitória -2009.

Domínios	Variáveis	p-valor
Físico	Sexo	0,770
	Faixa etária	0,435
	Estado civil	0,302
	Escolaridade	0,213
	Etnia	0,594
	Adesão a religião ou culto	0,770
	Região de saúde	0,001*
Psicológico	Sexo	0,831
	Faixa etária	0,151*
	Estado civil	0,864
	Escolaridade	0,697
	Etnia	0,416
	Adesão a religião ou culto?	0,032*
	Região de saúde	0,000*
Relações sociais	Sexo	0,489
	Faixa etária	0,229
	Estado civil	0,137*
	Escolaridade	0,373
	Etnia	0,747
	Possui religião ou culto	0,489
	Região de saúde	0,142*
Meio ambiente	Sexo	0,521
	Faixa etária	0,220
	Estado civil	0,065*
	Escolaridade	0,335
	Etnia	0,153*
	Adesão a religião ou culto	0,447
	Região de saúde	0,000*

Nota: p-valor < 0,200.

Na regressão logística múltipla, os ACS que apresentaram maior risco de ter baixa QV, no domínio físico, foram os que estavam trabalhando na região de saúde de São Pedro; no domínio psicológico, os que trabalhavam na região de saúde do Centro, não tinham religião e tinham entre 30 a 39 anos. Com relação ao domínio relações sociais, os ACS que apresentaram maior risco foram os que trabalhavam na região de saúde do Centro e apresentavam, como estado marital, separado. Por fim, no domínio meio ambiente, os que trabalhavam na região de saúde de São Pedro apresentavam, como estado marital, viúvo e eram de etnia parda (Tabela 20).

Tabela 20: Análise da regressão logística entre os domínios de QV e as demais variáveis investigadas. Vitória - 2009.

Domínios	Variáveis	Odds Ratio	IC 95%	p-valor	p-valor Homer- Lemeshow
Físico	Região de saúde				
	Região I (Referência)	-	-		
	Região II	2,57	1,03-6,50	0,043*	
	Região III	2,40	0,78-7,39	0,127	1,000
	Região IV	0,65	0,25-1,75	0,397	
	Região VI	3,14	1,07-9,19	0,037*	
	Região VII	1,13	0,35-3,65	0,845	
Psicológico	Região de saúde				
	Região I (Referência)	-	-	-	
	Região II	4,97	1,56-15,78	0,007*	
	Região III	8,24	2,14-31,67	0,002*	0,946
	Região IV	2,59	0,78-8,63	0,121	
	Região VI	7,87	2,17-28,50	0,002*	
	Região VII	2,61	0,68-10,10	0,164	
Domínios	Variáveis	Odds Ratio	IC 95%	p-valor	
Psicológico	Religião				
	Sim (referência)	-	-	-	
	Não	2,66	0,83-8,47	0,099	
	Faixa etária				
	22 a 29 anos (referência)	-	-	-	
	30 a 39 anos	1,01	0,46-2,23	0,975	
	40 a 49 anos	0,97	0,43-2,18	0,947	
	50 anos ou mais	0,60	0,22-1,61	0,305	
Relações	Região de saúde				
	Região I (Referência)	-	-	-	
	Região II	2,41	0,93-6,24	0,071	
	Região III	5,72	1,63-20,05	0,006*	
	Região IV	2,50	0,92-6,80	0,072	
	Região VI	2,71	0,91-8,06	0,074	
	Região VII	1,57	0,47-5,29	0,467	
	Estado civil				
	Casado(a) (Referência)	-	-	-	
	Solteiro(a)	1,08	0,58-1,99	0,810	
	Separado(a)	3,37	1,01-11,23	0,048*	
	Viúvo / Outros	2,59	0,75-8,91	0,131	

Tabela 20: Análise da regressão logística entre os domínios de QV e as demais variáveis investigadas. Vitória - 2009.

Domínios	Variáveis	Odds Ratio	IC 95%	p-valor	p-valor Homer-Lemeshow
Meio ambiente	Região de saúde				0,958
	Região I (Referência)	-	-	-	
	Região II	10,96	3,15-38,14	0,000*	
	Região III	10,62	2,58-43,77	0,001*	
	Região IV	2,99	0,81-10,95	0,099	
	Região VI	14,66	3,64-59,09	0,000*	
	Região VII	4,86	1,10-21,41	0,037*	
	Estado civil				
Casado(a) (Referência)	-	-	-		
Solteiro(a)	0,88	0,46-1,70	0,704		
Separado(a)	2,48	0,67-9,14	0,174		
Viúvo / Outros	5,14	1,06-25,03	0,042*		
Etnia					
Branca (Referência)	-	-	-		
Preta	1,86	0,77-4,51	0,167		
Parda	1,66	0,84-3,30	0,148		

Nota: * p-valor < 0,050.

5.4 CORRELAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM IDADE E TEMPO DE PROFISSÃO

A análise da correlação de Spearman demonstrou não-significância estatística entre as variáveis idade e tempo de exercício na profissão e os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-Bref (Tabela 21).

Tabela 21: Correlação de Spearman das variáveis idade e tempo de trabalho como ACS com os domínios da QV - 2009.

Domínios	Variáveis	
	Idade	Tempo de trabalho como ACS
Físico	0,107	0,029
Psicológico	0,095	0,022
Relações sociais	-0,047	-0,072
Meio ambiente	0,169	-0,052
Global	-0,067	-0,089

Nota: *Coeficientes estatisticamente significativos.

6 DISCUSSÃO

O predomínio do gênero feminino no exercício da profissão de ACS é semelhante ao obtido por outros estudos no País. Vasconcellos e Costa-Val (2008) encontrou prevalência de 96,7%; Seabra (2006), de 99%; Kluthcovsky (2005), de 89,3% e Santos (2005), de 91,3%. Em estudo realizado em 2006, também no município de Vitória, com o objetivo de delinear o perfil dos ACS, foi encontrado que 90,7% dos entrevistados eram do sexo feminino (BARCELLOS et al., 2006).

Segundo uma análise do MS (BRASIL, 2009a) com 172 mil ACS distribuídos no País, 140 mil eram do sexo feminino, com representação de 81,4% da população total.

Para Silva e Dalmaso (2002), isso decorre do fato de, no início do programa de ACS em 1987, ter ocorrido no Ceará, o interesse de priorizar a contratação de mulheres, decidindo-se, portanto, pelo preenchimento de cerca de 95% das vagas por agentes do sexo feminino. O objetivo dessa proposta era de empregar as mulheres que encontravam em condições sociais precárias e, dessa forma, através do serviço remunerado, dar-lhes um posicionamento mais ativo na sociedade. Minayo, D'El e Stutone (1990) colocaram ainda que essa decisão foi também adotada com o objetivo de possibilitar a promoção da saúde no grupo materno-infantil para posterior melhora nos indicadores da mortalidade infantil, através de medidas de incentivo ao aleitamento materno e prevenção da desidratação, já que essa escolha propiciava melhor relação entre as mulheres da comunidade e dos agentes.

Lima e Moura (2005) identificaram a natureza do trabalho como fator predisponente à feminilização, pontuando que a confiança na agente termina sendo maior por parte da comunidade assistida.

Por outro lado, apesar de menos expressiva em números, a participação dos homens contribui com novos olhares e questões.

Em relação à idade dos trabalhadores, dados semelhantes foram encontrados por Vasconcelos e Costa-Val (2008), com média de idade dos ACS de 33 anos. Quanto à faixa etária, a concentração dos ACS entre 30 a 39 anos, que é a faixa de maior

produtividade, caracteriza os participantes como um grupo de trabalhadores adultos jovens.

Quanto ao estado civil dos ACS do município de Vitória-ES, a análise revelou que 59,8% dos indivíduos eram casados, o que se torna condizente com a faixa etária dos entrevistados, ou seja, já possuem família constituída.

A segunda categoria com maior índice foi a de solteiros, o que também foi encontrado no estudo de Bittencourt (2003) acerca da QV de cirurgiões-dentistas, mas o estudo realizado por Regis Filho (2003), com todos os profissionais da Secretaria Municipal de Itajaí, encontrou achados diferentes com predomínio da categoria casados.

Uma pesquisa realizada em 2008 com os ACS de Lagoa Santa-MG encontrou maior prevalência de solteiros, 41,6%, e, como segunda categoria, a de casados, com 40% (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008). Já estudo realizado em 2005 com os ACS de um município no interior do Paraná veio ao encontro deste trabalho, identificando maior prevalência de casados (42,6%) e de solteiros (35,5%) (KLUTHCOVSKY, 2005).

A escolaridade está acima do ensino fundamental exigido pelo MS como pré-requisito para o exercício do cargo, o que coincide com o cenário dos profissionais do País. Vale ressaltar que o MS, ao solicitar apenas o ensino fundamental completo dos candidatos, abre a possibilidade para uma gama maior de pretendentes ao cargo.

Pode-se explicar o fato também pela situação econômica do País e dos trabalhadores que, em muitos casos, não conseguem colocação no mercado dentro do seu nível de escolaridade e optam por um cargo de exigência inferior.

Tomaz (2002) aborda a questão da necessidade da elevação do grau de escolaridade dessa categoria para que possam dar conta das suas atribuições, que foram ampliadas ao longo dos anos, sobretudo com a criação da ESF.

Quanto a raça/cor, o fato de 52,3% se autorreferirem da cor parda chama atenção, já que outros estudos revelaram que existe uma tendência ao branqueamento por parte dos entrevistados, conforme o resultado do estudo com os ACS de São

Bernardo do Campo, que referiram serem predominantemente da raça/cor branca (46,1%), seguida de parda (43,2%) (SANTOS, 2005).

A questão da religiosidade está presente em 91,7% dos ACS, o que é relevante, visto que, para a OMS (WHOQOL GROUP, 1995) a QV tem uma natureza multifatorial, e por isso lança mão de seis domínios para determinar os níveis de QV de cada indivíduo, domínios categorizados em saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e, inclusive o padrão espiritual.

Ainda em relação a religião, Ferraz (2005), ao pesquisar o cotidiano dos ACS inseridos na ESF em Porto Alegre, encontrou achados similares (92,1%). A mesma autora encontrou maior prevalência da religião católica (73,7%), que pode ser explicada pelo fato de o País ser predominantemente católico.

O município de Vitória dispõe de 20 unidades de saúde contempladas com a ESF, a maior parte delas, 30% (6 unidades), está na região II – Maruípe, o que explica o fato de o maior número de participantes da pesquisa estar concentrado nessa região.

Considerando que a ESF já existe em Vitória há 11 anos (teve início em 1998), chama atenção a rotatividade dos profissionais, tendo em vista que o tempo médio de exercício na profissão é de 6,68 anos. Foram encontrados apenas três ACS com tempo de exercício na profissão de 11 anos; dois profissionais trabalhavam na região de Maruípe e um na região de São Pedro onde teve início a ESF no município de Vitória-ES..

Em relação ao tempo do preenchimento do questionário, estudos utilizando o mesmo instrumento com ACS encontraram média de 8,4 minutos e 8,8 minutos (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; KLUTHCOVSKY, 2005). O motivo de ter sido encontrado tempo médio maior em relação aos outros estudos pode ser explicado pelo fato de durante a coleta dos dados alguns profissionais terem precisado atender o chamado de pacientes durante a coleta dos dados.

Quanto à avaliação da QV, Vasconcellos e Costa-Val (2008), Gessner (2006) e Kusthcovsky (2005) observaram resultados similares. Entretanto, para Kusthcovsky (2005), tal achado pode estar relacionado com o fato de os ACS entrevistados

fazerem parte do grupo de agentes da ativa, ou seja, “trabalhadores sadios”, e aqueles que não estariam “sadios”, os inativos por afastamento, licença, demissão, não fazerem parte do estudo, o que a autora aponta como uma limitação do estudo.

Outra questão é o caráter transversal da pesquisa, que permite apenas um recorte temporário da realidade e o instrumento utilizado preconiza que o indivíduo, ao responder ao questionário tome como base as duas últimas semanas da sua vida.

É importante salientar que a QV é autorreferida. Reflete a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura, do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, suas expectativas e seus padrões. É, portanto, de caráter subjetivo e temporário. Segundo Lebrão e Duarte (2003), está diretamente relacionada com gênero, idade, nível de escolaridade, condição socioeconômica e à presença de incapacidades.

O fato de o domínio meio ambiente apresentar pior escore de QV foi observado por outros pesquisadores (GESSNER, 2006; MARTINS, 2002; NUNES; FREIRE, 2006; SAUPE et al., 2003), e chama atenção para suas facetas, apesar de não ser um objetivo avaliar a QV de forma fragmentada.

As facetas do domínio meio ambiente incluem segurança física e proteção; ambiente físico; recursos financeiros; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; oportunidades de recreação/lazer; ambiente no lar; cuidados de saúde e sociais e transporte.

Os ACS do município de Vitória evidenciaram, como pontos mais críticos, as facetas ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), recursos financeiros (salário), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades e oportunidades de recreação/lazer.

A questão do ambiente pode ser explicada pelo fato de o local de trabalho dos ACS, que, por pré-requisito do MS, também é seu local de moradia, ser na maioria em áreas de risco social.

Oliveira (1997) ressalta que as melhorias nas condições de trabalho não devem ficar restritas a questões de higiene, limpeza e organização, mas contemplar pontos

fundamentais para a saúde dos trabalhadores, como exposição à poeira, ruídos, temperatura elevada e iluminação precária.

Barcellos et al. (2006) relataram que, dos diversos aspectos negativos da profissão descritos pelos entrevistados, o baixo salário foi apontado como o maior gerador da insatisfação da categoria (93,9%), seguido da carga horária de trabalho (22,9%), entrosamento com a equipe (13,2%) e relação estressante com a comunidade (18,6%).

Lima e Moura (2005), ao discutirem trabalho atípico e capital social dos ACS de Paraíba, evidenciou que, em muitos municípios, os atrasos nos pagamentos eram frequentes, atribuídos ao uso da Prefeitura das verbas repassadas pelo MS em outras atividades ou a desvios fraudulentos.

Pedrosa e Telles (2001), ao avaliarem consenso e diferenças dentro das equipes de ESF, demonstrou que os ACS achavam o salário que recebiam insuficiente diante do trabalho realizado.

Segundo o Instituto Brasileiro de Pesquisas (2004), os problemas apresentados pelos cirurgiões-dentistas do serviço público estão relacionados à insatisfação salarial (BITTENCOURT, 2003).

Robbins (2002) encontrou achado diferente em seu estudo: os participantes relataram que o salário e os adicionais não eram motivos pelos quais a pessoa gostava do emprego ou permanecia nele, e sim a qualidade do ambiente de trabalho e o apoio ali recebido.

Quanto à oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, Silva e Dalmaso (2001) também obtiveram os mesmos achados ao estudar os ACS do projeto Qualis de São Paulo, identificando que eles não dispõem dos saberes necessários para enfrentar as diferentes dimensões que o trabalho lhes impõe, fazendo com que trabalhem baseados no senso comum. Menegolla (2003), ao investigar qualitativamente os ACS no desenvolvimento do seu trabalho na região do Alto Uruguai, no estado do Rio Grande do Sul, identificou a falta de treinamento para que eles desempenhassem com melhor adequação os trabalhos que lhes competiam. Um dos entrevistados relatou: “Eu peguei treinamento só na prática e

noto que eu tenho uma maneira diferente de registrar as informações e de ver as coisas.”

Dessa forma, é clara a necessidade de políticas efetivas de capacitação e educação permanente da categoria. Pelas normas e diretrizes do PACS e da ESF estipuladas na Portaria n.º 1.886, compete ao MS, por intermédio do PACS: “[...] disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de capacitação e educação permanente dos ACS” e da ESF “[...] assessorar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família [...]” Cabe à Secretaria Estadual de Saúde “[...] integrar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para as ESF” e aos municípios “[...] garantir a capacitação e educação permanentes das ESF” (BRASIL, 2009d).

Os ACS almejam o efetivo reconhecimento institucional e social de sua atividade. Apontam como elementos motivadores para o trabalho a remuneração, a dedicação em tempo integral, a possibilidade de aprendizado e profissionalização no campo da enfermagem (SANTOS, 2005). Contudo, ainda resta conhecer qual saber eles precisam dominar para fazer o que deles se espera na ESF.

Em relação às oportunidades de recreação/lazer, o Quality of Life Research Unit da Universidade de Toronto aponta que o lazer inclui atividades que proporcionem relaxamento e diminuição do estresse (KLUTHCOVSKY, 2005).

O estresse no trabalho tem sido objeto de estudos, principalmente nos últimos anos, visto que o estresse ocupacional traz impactos na efetividade das organizações, pois trabalhadores estressados diminuem seu rendimento e aumentam os gastos das organizações com problemas de saúde, com o absenteísmo (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

Trigo (2007), ao estudar a síndrome de *burnout*, que é decorrente de prolongados níveis de estresse no trabalho e compreende exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal, constata que esse processo acomete um número significativo de indivíduos, variando de aproximadamente 4% a 85,7%, conforme a população estudada. Pode afetar o nível profissional do indivíduo, com atendimento negligente e lento ao cliente, contato impessoal com colegas de trabalho e/ou pacientes/clientes, e o nível organizacional,

com conflito com os membros da equipe, rotatividade, absenteísmo, diminuição da qualidade dos serviços.

Nahas (2001) descreve que um estilo de vida saudável compreende comportamento preventivo, relacionamento social, controle do estresse, atividade física e nutrição balanceada e que a combinação de diferentes fatores e situações pode levar as pessoas a adquirirem um estilo de vida mais ou menos saudável.

Bramante (2004) relata que, apesar dos benefícios proporcionados pelo lazer, existe, nos dias atuais, uma supervalorização do trabalho e preconceito com o lazer, e que inúmeros estudos propõem como estratégia de enfrentamento a educação para o lazer.

Apesar do contexto encontrado neste estudo ser coerente com o cenário dos ACS do País, Santos (2005) coloca que 95% dos ACS da sua pesquisa referiram gostar de trabalhar como agentes. A mesma autora descreve que 38,6% tiveram como motivação para escolha da profissão a oportunidade de acesso a esse tipo de emprego, seguido de 20,3% por desejo de trabalhar com pessoas, 13,3% por contribuir para melhorar a saúde da comunidade e 10,4% por gostar da área de saúde.

Barcellos et al. (2006) relataram que apenas 16% dos ACS do município de Vitória-ES afirmaram estar satisfeitos com a ocupação, e o motivo que os influenciou na escolha da profissão foi a oportunidade de emprego. Tais achados corroboram os achados da Fiocruz, em 2003, no mesmo município.

Quanto aos fatores sociodemográficos associados à QV, contrariando os resultados encontrados, Lorenzi et al. (2006) não verificaram nenhuma associação entre os níveis de QV e a variável idade e estado civil. Em contrapartida, a QV foi significativamente pior entre as mulheres não brancas, com baixa escolaridade, menor renda familiar *per capita*, sem atividade física regular e com comorbidades clínicas prévias.

Sprangers et al. (2000), ao pesquisarem o quanto situações desfavoráveis melhoram ou pioram a QV do indivíduo, concluíram que fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de QV.

Diferentemente deste estudo, Pereira et al. (2006) encontraram, nos domínios físico, psicológico e ambiental, a variável sexo com significância estatística, porém pequena. O sexo interferiu em 2% no domínio físico, 3,3% no psicológico e 2,8% no ambiental. Os escores médios de QV desses domínios foram maiores entre os homens.

Thomé, Dykes e Hallberg (2004) identificaram que os idosos do sexo masculino apresentaram melhores escores no domínio físico da QV do que os do feminino, e segundo Jakobsson et al. (2004), as mulheres estão mais expostas do que os homens aos problemas físicos e mentais.

Souza e Freire (2006), ao realizarem uma revisão bibliográfica com o objetivo de descrever a distribuição dos fatores sociodemográficos e clínicos que influenciam a QV de indivíduos com esquizofrenia, relatou que alguns estudos encontraram associações entre gênero, idade, estado civil e escolaridade com a QV.

No presente estudo, a chance de os profissionais terem baixa QV foi associada significativamente, em todos os domínios, com a região de saúde onde os ACS trabalhavam. É possível que isso seja explicado pelo fato de o local de trabalho dos ACS ser também seu local de moradia, que, na maioria, são locais de risco social.

A região do Centro foi a que em mais domínios apresentou risco de os profissionais apresentarem baixa QV. Talvez o fato possa ser explicado em razão de a região do Centro englobar as unidades de saúde dos bairros Fonte Grande, Ilha do Príncipe e Vitória ou Centro. O histórico dos bairros revela que Fonte Grande, também conhecido como morro da Fonte Grande, foi caracterizado por invasões e loteamentos clandestinos; Ilha do Príncipe, como uma favela, com significativas situações de falta de higiene e pobreza; e Vitória ou Centro, como o primeiro perímetro urbano a ser ocupado na ilha, localizado no trecho conhecido como Cidade Alta, área que compreendia a parte onde se instalou o centro administrativo do Estado (VITÓRIA, 2009).

Um outro aspecto a ser considerado são as particularidades dos centros urbanos. Segundo Nascimento (2004), a criminalidade não se distribui de forma homogênea nas grandes cidades; existem regiões em que a violência se manifesta com mais intensidade. Essas regiões caracterizam-se por serem vilas, favelas ou bairros

pobres. São locais que apresentam gangues juvenis, tráfico de drogas, assaltos e vários outros tipos de problemas.

Segundo pesquisas e estatísticas realizadas pelo Escritório das Nações Unidas contra as Drogas e Crime (2003), a maioria dos crimes acontece nas vilas e favelas dos grandes centros urbanos, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco e Espírito Santo.

Para Santos, Martins e Brito (2004), a urbanização atual, muitas vezes intensa e desordenada, é a própria geradora de problemas que influenciam nas condições de vida dos cidadãos. Segundo o mesmo autor, há uma forte dependência entre a QV e a área de residência, o nível de habitações e a faixa etária dos cidadãos.

Lima (2004) pontua que a QV das pessoas nas cidades está relacionada ao ambiente onde habitam e também com a satisfação que as mesmas têm com o que a cidade lhes pode proporcionar. A satisfação varia de acordo com os equipamentos e serviços oferecidos pelos setores público e privado.

Por outro lado, possivelmente o fato de a região do Centro apresentar maior valor máximo relativo à idade dos entrevistados, 65 anos, e de ser formada na maioria por ACS do sexo feminino contribui para a região apresentar maior risco de ter baixa QV, com a qual estudos relacionam as variáveis idade e sexo (LORENZI et al., 2006; SPRANGERS et al., 2000).

Com relação às variáveis idade e tempo de exercício na profissão, apesar de este estudo não evidenciar relevância estatística entre os dois, Almeida (2005), ao analisar a influência do tempo de serviço no clima organizacional de uma empresa, relatou que, ao ser admitido, o trabalhador se encontra espontaneamente motivado e que, depois de um ano, se tornam menos otimista, a dificuldade de relacionamento com o grupo cresce e a remuneração passa a ser criticada.

Segundo a mesma autora, o ambiente de trabalho, em relação ao meio ambiente, é o que é menos afetado pela variação de opinião ao longo dos anos.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil dos ACS do município de Vitória-ES foi caracterizado como de maioria feminina, prevalecendo a faixa etária de 30 a 39 anos, casada, com ensino médio completo, da raça/cor parda e adeptos de religião.

Em relação aos fatores sócio-demográficos e a qualidade de vida, a chance de os profissionais terem baixa QV foi associada significativamente, em todos os domínios, com a região de saúde onde os ACS atuavam, com maior risco para os que atuavam na região de saúde do Centro.

Os ACS que apresentaram maior risco de ter baixa QV, no domínio físico, foram os que estavam trabalhando na região de saúde de São Pedro, com 3 vezes mais chance de apresentar menor qualidade de vida; no domínio psicológico, os que trabalhavam na região de saúde do Centro, não tinham religião e tinham entre 30 a 39 anos. Com relação ao domínio relações sociais, os ACS que apresentaram maior risco foram os que trabalhavam na região de saúde do Centro e apresentavam, como estado marital, separado. Por fim, no domínio meio ambiente, os que trabalhavam na região de saúde de São Pedro, apresentavam, como estado marital, viúvo e eram de etnia parda.

Levando em consideração os diferentes domínios do instrumento WHOQOL-BREF, a região de saúde Centro configura-se na variável preditora mais importante para o domínio físico e o mesmo ocorre para os domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados do presente estudo, os ACS que apresentaram maior risco de ter baixa QV foram os que atuavam na região de saúde do Centro.

A ESF apresenta-se como forma inovadora de se trabalhar a saúde, na qual as equipes de saúde da família desenvolvem ações de prevenção, de doenças, promoção e recuperação da saúde.

Os ACS são tidos como principais articuladores dessa dinâmica, por estarem na ponta do processo, em contato direto com a população. Porém, a tarefa de reorganização da atenção à saúde não pode estar somente a cargo do ACS. É necessário que os demais se sintam também responsáveis pelo processo.

Tendo em vista os objetivos que nortearam este estudo, foi possível identificar que os pontos a serem discutidos englobam primordialmente o local de trabalho dos profissionais, com a urgência de políticas que visem a melhorias na infra-estrutura e redução das desigualdades sociais, ainda que o ambiente físico, a questão salarial, a qualificação profissional e as oportunidades de lazer dos ACS, descritos como pontos mais críticos, mereçam ações mais diretas.

Considerando a importância do trabalho realizado pelos ACS, é notória a necessidade de debates e formulação de estratégias que visem à garantia da QV e à qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, à qualidade no serviço prestado à população.

Ressalte-se que a qualificação e a profissionalização contribuem para satisfação pessoal e profissional.

Há poucos estudos no Brasil sobre a QV e a qualidade de vida no trabalho dos ACS, justificando a importância de novas pesquisas sobre a temática.

9 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. P. M. et al. A influência do tempo de serviço no clima organizacional de uma empresa: o caso de uma empresa de médio porte do setor agroindustrial. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 25., 2005. **Anais...** Porto Alegre, 2005.
- AWAD, G.; VORUGANTI, L. N.T. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. **Schizophr Bull**, n. 26, p. 557-564, 2000.
- BARCELLOS, C. S. N. et al. Perfil do agente comunitário de saúde do município de Vitória- ES. **UFES Rev. Odontologia**, Vitória, v. 8, n. 1, p. 21-28, jan./abr. 2006.
- BITTENCOURT, M. S. **Qualidade de vida no trabalho do cirurgião-dentista em serviços públicos de saúde - um estudo de caso**: 2003. 88f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.
- BRAMANTE, A. C. Qualidade de vida e lazer. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (org.). **Qualidade de vida e atividade física**: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004. p. 185-205.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agentes comunitários de saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 22 jun. 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em atuação. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 2 jul. 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002.. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 022/07/2009 c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos agentes comunitários de saúde, Brasília, 1999 d.
- BUENO, R. N. **Qualidade de vida dos cirurgião-dentistas da rede pública dos municípios da AMFRI**. 2004. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- CÁDERNAS, A. M. C. **Qualidade de vida de mulheres “do lar” em uma comunidade de baixa renda**. 1999. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1999.
- CAMELO, S.H. **Sintomas de estresse em nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família**. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2002.
- CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; FERNANDES, V. P. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para gestão do SUS. Disponível em: <<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPolitica.php?codigo=195>>. Acesso em: 20 maio 2008.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico sf-36. **AMB Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 245-249, set. 2003.

CASTRO, M. et al. Quality of life and severity of tobacco dependence. **Rev. Psiqu. Clin.**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com Câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28 n. 3, p.195-204, mar. 2006.

CRUZ, S. C. S. **Avaliação do processo de implantação da estratégia saúde da família: o caso de Resistência.** 2007. 174f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Ciências da Saúde, Vitória, 2007.

DANTAS, R. A. S. et al. Pesquisa sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11 n. 4, p. 532-538, 2003.

FARQUHAR, M. Definition of quality of life: taxonomy. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, n 22, p. 502-508, 1995.

FERRAZ, L.; AERTZ, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 347-355, 2005.

FLECK, M. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 1999.

FLECK, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34 n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FONSECA, E. S. M. et al. Validação do questionário de vida (King's health questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27 n. 5, p. 235-242, maio 2005.

GARCIA, E. O. P. Estudo de caso exploratório sobre qualidade de vida no trabalho de funcionários públicos. **Organizações em Contexto**, Ano 3, n. 5, jun. 2007.

GESSNER, C.L.S. **Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó-SC.** 2006. 94 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante EM Saúde e Gestão do Trabalho) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

JAKOBSSON, U. et al. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Qual Life Res**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 125-136, 2004.

KLUTHCOVSKY, A. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

KLUTHCOVSKY, A. C.; TAKAYANAQUI, A. M. M. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Latino am-Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a19.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2008.

LEBRÃO M. L.; DUARTE, Y.A.O. **SABE**: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003. p. 73-91.

LIMA, J. C.; MOURA, M.C. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na PARAÍBA. **Sociedade e Estado**, v. 20, n.1, p. 103-133, jan./abr. 2005.

LIMA, R. F. P. **Avaliação de atributos de qualidade de vida em ambiente urbano, utilizando métodos da cartografia temática quantitativa - estudo de caso em Florianópolis-SC**. 2004. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil) - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2004.

LORENZI, D. R.S. et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **AMB. Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 312-317, set./out. 2006.

LUNARDELO, S.R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto-SP**. 2004. 154f Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MAGRI, C.; KLUTHCOVSKY, A. C. Qualidade de vida no trabalho: uma revisão da produção científica. **Rev. Salus**, Guarapuava, v.1, n.1, p. 87-94, jan./jun. 2007.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. 85f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MENEGOLLA, V. L.; POLLETO, D. S.; KRAHL, M. O agente comunitário no desenvolvimento do seu trabalho. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 81-93, jul./dez. 2003.

MINAYO, M.C.S.; D'EL, I. A; STUTONE, E. **Programa de agentes de saúde do Ceará**: estudo de caso. Fortaleza: UNICEF. 1990.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida em saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 7, p. 7-18, 2000.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. [S.l.]: Midiogarף, 2001.

NASCIMENTO, L. F. Z. **Violência e criminalidade em vilas e favelas dos grandes centros urbanos: um estudo de caso da Pedreira Prado Lopes**. 2004. 233f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

NOGUEIRA, R. P. et al. **A vinculação Institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde.** Texto para discussão nº 735. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 2 jul. 2008.

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C.M. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 40, p. 1019-1026, 2006.

OLIVEIRA, S. A. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.13, n. 4, p. 625-634, out./dez.1997.

PASCHOAL, T.; TAMAYO A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 9, n.1, p. 45-52, 2004.

PEDROSA, J. I. S.; TELLES, J. B. M. Consensos e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr.**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

RANDUZ, V.; OLSON, J. Promoção de saúde e qualidade de vida entre mães de pré-adolescentes: um estudo etnográfico focado em Timbó/SC-Brasil. **Rev Latino-am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 1135-1141, nov./dez. 2005

SANTOS, L. P. G. S. **Atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo:** possibilidades e limites para promoção de saúde. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2005.

SANTOS, L. D. MARTINS, I.; BRITO, P. O conceito de qualidade de vida urbana na perspectiva dos residentes na cidade do Porto. **Estudos regionais**, n. 9. Porto, 2004. Disponível em: < www.apdr.pt/siteRPER/numeros/RPER09/art01_rper9.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2008.

SAUPE, R. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 636-646, jul./ago. 2004.

SEABRA, D. C. **O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional.** 2006. 133f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina,. Ribeirão Preto, 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Publica**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, D. M. G. V. et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: A contribuição de um grupo de convivência. **Rev Latino-am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13 n. 1, p. 7-14. jan./fev. 2005.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde no projeto qualis: agente institucional ou agente comunidade?**. 2001. 231 f Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2001.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface- Comun., Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.

SILVA, V. C. **O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória-ES**: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, L. A. C ; FREIRE, E. S. Fatores associados a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006.

SOUZA, R. A., CARVALHO, A. M. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8 n. 3, p. 515-523, dez, 2003.

SPRANGERS, M. A. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **J. Clin. Epidemiol.**, Oxford, v. 53, n. 9, p. 895-907, 2000.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment : position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 41, n.10, p. 1403-1410, 1995.

THOME, B. ; DYKES, A. K. ; HALLBERG I. R. Quality of life in old people with and without cancer. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 13, n. 6, p. 1067-1080, 2004.

TRIGO, T. R. et al. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr.. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

VASCONCELLOS, N. P. C.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de Vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 11, n.1, p 17-28, jan./mar. 2008

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. **História de Vitória**. Vitória, 2009.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Terceira conferência municipal de saúde de Vitória. Efetivando o SUS, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. **Relatório final**. Vitória, 2000.