

**Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Enfermagem
Programa de pós-graduação em Enfermagem**

Talita de Oliveira Machado Duque

Atividade Física e a Qualidade de Vida de Agentes Comunitários de Saúde

**Juiz de Fora
2018**

Talita de Oliveira Machado Duque

Atividade Física e a Qualidade de Vida de Agentes Comunitários de Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Nádia Fontoura Sanhudo

**Juiz de Fora
2018**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Duque, Talita de Oliveira Machado.

Atividade Física e a Qualidade de Vida de Agentes Comunitários de Saúde / Talita de Oliveira Machado Duque. – 2018.

119 f. : il.

Orientadora: Nádya Fontoura Sanhudo

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Exercício. 3. Qualidade de vida. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde Pública. I. Sanhudo, Nádya Fontoura, orient. II. Título.

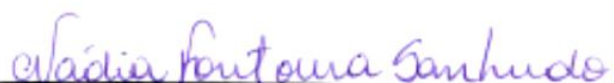


TALITA DE OLIVEIRA MACHADO DUQUE

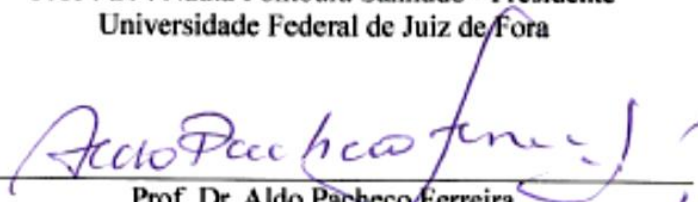
**ATIVIDADE FÍSICA E A QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 15/08/2018



Prof.ª. Dr.ª. Nádia Fontoura Sanhudo - Presidente
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz
1º Avaliador (a)



Prof.ª. Dr.ª. Angélica da Conceição Oliveira Coelho
Universidade Federal de Juiz de Fora
2º Avaliador (a)

*Dedico esta Dissertação aos meus pais, que são exemplos de
responsabilidade e compromisso e que me apoiaram e
incentivaram na concretização deste sonho.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por iluminar meu caminho, me dar sabedoria, coragem e força para enfrentar os obstáculos e superar os desafios.

Aos meus pais Rosania e Último, pelo exemplo de amor, caráter e luta, pela educação, dedicação e apoio. Por tornarem esse sonho possível.

Ao meu esposo Anderson, pelo companheirismo e compreensão.

Aos meus filhos, Pedro Henrique e Felipe Gabriel, razões do meu viver, pela paciência e por compreenderem os momentos de ausência.

Ao meu irmão Rodrigo, pela amizade e apoio. E também, aos meus familiares, que sempre me ajudaram a enfrentar as dificuldades e obstáculos da vida.

Às minha orientadoras Prof^a. Dr^a Rosangela Maria Greco e Prof^a. Dr^a Nádia Fontoura Sanhudo. À primeira, por me orientar durante todo este longo percurso do mestrado, e que mesmo após aposentadoria não me abandonou em momento nenhum. Obrigada por ter confiado em mim, e por sempre me orientar com carinho, leveza e paciência. À segunda, por dar continuidade à orientação. Esta conquista não seria possível sem a ajuda de vocês.

Aos colegas do mestrado da turma 2016, pela oportunidade de convivência e compartilhamento de conhecimento.

Às amigas, Camila e Patrícia, pelo apoio, incentivo, compreensão e amizade verdadeira. Elas fizeram do mestrado uma experiência mais tranquila e prazerosa.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do município onde foi realizada a pesquisa, pelo acolhimento e compartilhamento de suas histórias de vida e de trabalho, contribuindo para a concretização da mesma.

Aos participantes e componentes do Grupo de Extensão “Conversas com Trabalhadores: Prevenindo a doença e Promovendo a Saúde”, pelo compartilhamento das experiências e vivências. Em especial à Prof^a Dr^a Heloisa Paschoalin, que coordenou o grupo.

Aos colegas do projeto de pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e de vida”, pela parceria fundamental para a realização e sucesso do mesmo.

Ao Programa de Pós-Graduação Stricto sensu de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, em especial às professoras Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena, Dr^a Cristina Arreguy-Sena e mais uma vez, à Dr^a Nádia Fontoura Sanhudo, por coordenarem o curso e às secretárias Ana Cristina e Wanessa.

Aos professores do Mestrado, pelas discussões realizadas nas disciplinas e crescimento propiciado.

Aos membros da banca examinadora, Prof^o Dr^o Aldo Pacheco Ferreira, Prof^a Dr^a Angélica da Conceição Oliveira Coelho, Prof^a Dr^a Regina Maria de Carvalho Erthal e Prof^a Dr^a Marluce Rodrigues Godinho, por aceitarem compartilhar deste momento conosco e por todas as considerações e contribuições, a fim de enriquecer nosso estudo.

*“Tudo o que um sonho precisa para ser
realizado é alguém que acredite que ele
possa ser realizado”*

Roberto Shinyashiki

RESUMO

As Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pelo desenvolvimento de ações de Atenção Primária à Saúde, sendo realizadas por um grupo de trabalhadores de diferentes categorias profissionais, dentre os quais destacamos os Agentes Comunitários de Saúde, que são os responsáveis pela criação, ampliação e sustento do elo desta equipe multiprofissional com a comunidade. No desenvolvimento do seu processo laboral estão expostos a tensões e conflitos cotidianos, que precisam ser trabalhados e administrados para que não venham a influenciar negativamente a vida e o trabalho, gerando desgaste físico e mental, colocando em risco sua saúde e qualidade de vida. Assim, a conquista de uma qualidade de vida adequada depende da presença de alguns fatores, dentre eles podemos citar a saúde física e a boa mobilidade. O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre o nível de atividade física e qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde de um município da Zona da Mata Mineira. Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado com 400 Agentes Comunitários de Saúde. A coleta ocorreu em dois períodos: de julho a outubro de 2015 e de outubro de 2016 a fevereiro de 2017. Para a coleta utilizou-se o International Physical Activity Questionnaire, o World Health Organization Quality of Life-bref e na caracterização da amostra utilizou-se o questionário sociodemográfico. Foram realizadas análises univariada e bivariada dos dados. Os resultados apontaram para a predominância de indivíduos do sexo feminino (91,21%), com idade entre 40 e 59 anos (59,80%), não-brancos (53,77%), casados (57,54%), que possuem filhos (77,64%), com o ensino médio completo (75,41%), católicos (58,99%) e de classe média (76,34%). A maioria teve uma auto avaliação da qualidade de vida e da auto percepção da saúde positivas. Quanto à classificação do nível de atividade física, a maioria possui alto nível (62,72%), seguida do moderado (27,71%) e do baixo (9,57%). Na análise bivariada observou-se p-valor significativo (< 0,05) apenas ao relacionar as variáveis escolaridade e nível de atividade física. O estudo permitiu constatar que a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde apresentam escores médios bons em relação à qualidade de vida e que possuem nível alto ou moderado de atividade física. Portanto, resultados que podem ser considerados como positivos para a saúde dessa categoria profissional.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Exercício. Qualidade de vida. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Basic Health Units are responsible for the development of Primary Health Care actions, carried out by a group of workers from different professional categories, among which we highlight the Community Health Agents, who are responsible for creating, expanding and sustaining the linking this multiprofessional team with the community. In the development of their labor process they are exposed to daily tensions and conflicts, which need to be worked and administered so that they do not negatively influence life and work, generating physical and mental wear and tear, putting at risk their health and quality of life. Thus, achieving an adequate quality of life depends on the presence of some factors, among them physical health and good mobility. The objective of this study was to analyze the association between the level of physical activity and quality of life of the Community Health Agents of a municipality in the Zona da Mata Mineira. This is a cross-sectional, quantitative study carried out with 400 Community Health Agents. The collection took place in two periods: from July to October of 2015 and from October of 2016 to February of 2017. For the collection was used the International Physical Activity Questionnaire, the World Health Organization Quality of Life-bref and the characterization of the sample was used the sociodemographic questionnaire. Univariate and bivariate analyzes of the data were performed. The results pointed to the predominance of female subjects (91.21%), aged between 40 and 59 years (59.80%), non-whites (53.77%), married (57.54%), (77.64%), with full secondary education (75.41%), Catholic (58.99%) and middle class (76.34%). Most had a self-rated quality of life and positive self-perception of health. As to the classification of the level of physical activity, the majority have a high level (62.72%), followed by moderate (27.71%) and low (9.57%). In the bivariate analysis, a significant p-value (<0.05) was observed only when the variables of education and level of physical activity were related. The study showed that the majority of Community Health Agents have good average scores on quality of life and have high or moderate level of physical activity. Therefore, results that can be considered as positive for the health of this professional category.

Keywords: Community Health Agents. Exercise. Quality of life. Primary Health Care. Public Health. Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Determinação da população do estudo | 50 |
|--|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Relação das Unidades Básicas de Saúde segundo Região Administrativa- Modelo Estratégia de Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde | 48 |
| Quadro 2 – Descrição das variáveis independentes relacionadas à caracterização sociodemográfica | 53 |
| Quadro 3 – Sistema de pontos conforme posse de itens, segundo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2014 | 54 |
| Quadro 4 – Sistema de pontos conforme grau de instrução do chefe da família, segundo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2014 | 54 |
| Quadro 5 – Apresentação das Classes, utilizadas para classificação socioeconômica, conforme pontos de corte segundo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2014 | 55 |
| Quadro 6 – Renda média bruta familiar mensal conforme classe, segundo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2014 | 55 |
| Quadro 7 – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF | 56 |
| Quadro 8 – Tipo, frequência, duração e intensidade da atividade física | 57 |
| Quadro 9 – Nível de atividade física, segundo critérios do IPAQ-curto | 58 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016 | 61 |
| Tabela 2 – Respostas sobre a percepção da qualidade de vida e satisfação com a própria saúde dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016 | 62 |
| Tabela 3 – Percepção sobre a qualidade de vida e satisfação com a própria saúde e a qualidade de vida geral dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016 | 62 |
| Tabela 4 – Distribuição dos resultados dos domínios do WHOQOL-BREF dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016..... | 63 |
| Tabela 5 – Distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF- Avaliação da qualidade de vida e satisfação com a própria saúde. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016 | 63 |
| Tabela 6 – Distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF – Domínio Físico. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016 | 64 |
| Tabela 7 – Distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF – Domínio Psicológico. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016..... | 66 |
| Tabela 8 – Distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF – Domínio das Relações Sociais. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016 | 67 |
| Tabela 9 – Distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF – Domínio Meio ambiente. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016 | 68 |
| Tabela 10 – Classificação dos Agentes Comunitários de saúde quanto ao nível de atividade física. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016 | 69 |
| Tabela 11 – Análise bivariada - fatores sociodemográficos associados ao nível de atividade física de agentes comunitários de saúde. Julho, 2018. | 70 |
| Tabela 12 – Análise bivariada- Autoavaliação da qualidade de vida e da satisfação com a saúde e domínios do WHOQOL-BREF associados ao nível de atividade física de agentes comunitários de saúde. Julho, 2018..... | 71 |

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| AB | Atenção Básica |
| Abep | Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas |
| ACE | Agentes de Combate às Endemias |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| ACSM | Colégio Americano de Medicina no Esporte |
| AF | Atividade Física |
| AFMV | Atividade Física Moderada a Vigorosa |
| AHA | Associação Americana de Cardiologia |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CDC | Centro de Controle de Prevenção de Doenças Americano |
| Celafiscs | Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DANT | Doenças e Agravos Não transmissíveis |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IPAQ | Questionário Internacional de Atividade Física |
| MET | Equivalente Metabólico |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleos de Apoio à Saúde da Família |
| ODK | <i>Open Data Kit</i> |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| QV | Qualidade de Vida |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |

UFJF

Universidade Federal de Juiz de Fora

WHOQOL

World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 | OBJETIVOS | 19 |
| 1.1.1 | Geral | 19 |
| 1.1.2 | Específicos | 19 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 20 |
| 2.1 | A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 20 |
| 2.2 | RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E CONDIÇÕES DE SAÚDE..... | 30 |
| 2.3 | QUALIDADE DE VIDA- CONCEITO E INDICADORES | 40 |
| 3 | MÉTODOS E TÉCNICAS | 47 |
| 3.1 | DELINEAMENTO METODOLÓGICO | 47 |
| 3.2 | LOCAL DE ESTUDO | 48 |
| 3.3 | POPULAÇÃO DO ESTUDO | 49 |
| 3.4 | PROCESSO DE COLETA DE DADOS..... | 50 |
| 3.5 | TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 53 |
| 3.5.1 | Análise estatística | 58 |
| 3.6 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 59 |
| 4 | RESULTADOS | 60 |
| 4.1 | ANÁLISE DESCRITIVA | 60 |
| 4.2 | ANÁLISE BIVARIADA | 69 |
| 5 | DISCUSSÃO | 72 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 86 |
| | REFERÊNCIAS | 88 |
| | APÊNDICES | 107 |
| | ANEXOS | 117 |

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é a associação entre o nível de atividade física (AF) e a qualidade de vida (QV) dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município da Zona da Mata da Mineira.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que definiu a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas, objetivando a diminuição do risco de doenças e agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, [1988] 2017a).

As ações e serviços públicos desenvolvidos no âmbito do SUS devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes de descentralização; atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 2012).

Em dezembro de 1990, o SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que definiu o seu funcionamento em todo o território nacional (BRASIL, 1990a). Ainda em 1990, foi instituída a Lei nº 8.142, que resgatou a necessidade da participação popular (BRASIL, 1990b).

A partir da promulgação das Leis Orgânicas, várias medidas foram propostas, visando a reestruturação do sistema de saúde brasileiro, tendo como base os princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização, regionalização e hierarquização. Para o alcance dessas propostas a Atenção Primária à Saúde passou a ser recomendada como local de acolhimento e entrada no sistema (BRASIL, 2012, [1988] 2017a).

Em consonância com esses princípios e reforçando os mesmos, em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou seu relatório anual *Atenção Primária à Saúde (APS) - agora mais do que nunca*, que destacou a necessidade de adoção da Atenção Básica (AB) à Saúde e o combate ao desequilíbrio e às desigualdades, propondo o Programa de Saúde da Família (PSF) como modelo norteador para o alcance desse objetivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a expressão da Atenção Primária sendo caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da mesma (BRASIL, 2011).

Atualmente o Brasil possui três Modelos de Atenção à Saúde na APS: O Modelo Tradicional, baseado no trabalho com as especialidades clínicas e de cunho biologicista; a ESF, centrada na promoção da saúde e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado como um Modelo de Transição para a ESF (BRASIL, 2012; TOMASI et al., 2011).

As ações da APS são desenvolvidas por um grupo de trabalhadores de diferentes categorias profissionais, dentre os quais destacamos o ACS, que tem um papel importante, uma vez que é o responsável pela criação, ampliação e sustento do elo desta equipe multiprofissional com a comunidade na qual desenvolve suas atividades laborais (COSTA et al., 2013).

No desenvolvimento do seu processo de trabalho, os ACS estão expostos a tensões e conflitos cotidianos, que precisam ser trabalhados e administrados para que não venham a influenciar negativamente a vida e o trabalho, gerando desgaste físico e mental, colocando em risco a saúde e a QV desses profissionais (COSTA et al., 2015; MAIA; SILVA; MENDES, 2011; TRINDADE et al., 2010).

O conceito de QV relaciona-se ao bem-estar pessoal e abrange diversos aspectos da vida. Segundo a OMS QV pode ser entendida como a percepção de cada indivíduo a respeito de sua vida, relacionada aos aspectos culturais e valores em que está inserido e conforme objetivos, expectativas, padrões e preocupações que possui (THE WHOQOL GROUP, 1995). Esta definição nos permite inferir sobre a importância da subjetividade e multidimensionalidade do termo estudado, além de sua inserção no contexto cultural, social e do meio ambiente (FLECK, 2000; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SANTOS; SIMÕES, 2012). Portanto, a conquista de uma QV adequada depende da presença de alguns fatores, dentre eles podemos citar a saúde física e a boa mobilidade (DIAS et al., 2014; FERREIRA; DIETRICH; PEDRO, 2015; PUCCI et al., 2012; SILVA et al., 2010).

A AF pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura que resulte num gasto de energia acima do nível de repouso, sendo sua ausência considerada um comportamento de risco à saúde, que pode gerar desfechos

relacionados à morbidade e mortalidade (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985; FREIRE et al., 2014; GUALANO; TINUCCI, 2011).

A prática regular de AF contribui para a prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas, também denominadas doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Ela atua na redução dos níveis de colesterol e triglicérides; aumenta a força muscular, flexibilidade e densidade óssea; além de gerar benefícios sobre a QV, principalmente com a melhora do bem-estar psicológico e da capacidade física (DIONYSSIOTIS et al., 2010; GUEDES; GONÇALVES, 2007; MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012; PAULA et al., 2015; PITANGA, 2002; SANTOS et al., 2013; THEMANSO; PONTIFEX; HILLMAN, 2008). Também pode ser observado minimização de quadros de depressão, melhora do humor e da capacidade de trabalho físico e mental, sendo seus benefícios percebidos por pessoas de qualquer faixa etária (SANTOS et al., 2013; THEMANSO; PONTIFEX; HILLMAN, 2008).

Portanto, a AF é um componente importante para a melhoria da saúde e da QV das pessoas, sendo sua prática considerada um comportamento saudável, devendo estar associada à adoção de hábitos alimentares, segundo necessidade nutricional de acordo com as várias etapas da vida, ao controle do estresse físico e emocional, ao envolvimento e estabelecimento de vínculos sociais e familiares, além do desenvolvimento de atividades de lazer não-sedentárias (VILARTA; GONÇALVES, 2004).

Cabe destacar estudos que buscam investigar os fatores que influenciam na QV dos ACS ou que estão à ela associados (CORRÊA et al., 2016; JORGE et al., 2015; KLUTHCOVSKY et al., 2007; MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012; PAULA et al., 2015; SANTOS et al., 2016; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

Santos et al. (2016), em estudo realizado com ACS da Região Nordeste brasileira, detectaram que alguns fatores sociodemográficos podem interferir na saúde e QV desses trabalhadores, dentre eles o sexo feminino, idade acima de 40 anos, baixa escolaridade, maior composição familiar e maior tempo de trabalho.

Pesquisa realizada por Jorge et al. (2015) com 244 ACS do município de Uberaba no estado de Minas Gerais com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos ACS, identificar o nível de estresse ocupacional e a QV, obteve como resultado, em relação à QV, que o maior escore médio encontrado foi referente ao domínio social e o pior ao domínio ambiental. Sendo que, em todos os domínios, a relação entre o nível de estresse e a QV foi inversamente

proporcional, concluindo que os fatores associados à QV e estresse devem receber a devida atenção.

Ao realizar busca na literatura acerca da temática AF em ACS foi possível encontrar estudos que a investigam (SANTOS et al., 2015; SIQUEIRA et al., 2009). Santos et al. (2015), realizaram pesquisa com 30 ACS que atuavam em uma UBS da cidade de São Paulo, objetivando descrever os indicadores de estilo de vida destes profissionais e a sua associação com as práticas profissionais para a promoção da AF. Como resultado a pesquisa apontou que a maioria das ACS não praticava pelo menos 150 minutos de AF no lazer e não atingiu a recomendação de pelo menos 10 mil passos diários de caminhada, 50% relataram recomendar AF para os usuários há pelo menos 6 meses e 53,6% liderar ou participar de grupos de AF para usuários.

Neste estudo, os ACS que recomendavam AF tiveram maior média de passos diários de caminhada quando comparados com os que não recomendavam, demonstrando que a prática profissional de aconselhamento teve associação com a prática de AF entre esses profissionais (SANTOS et al., 2015).

Pesquisa realizada por Costa et al. (2015) investigou o nível de AF e mudanças de comportamento para a prática de AF no lazer e total entre grupos de usuários de duas UBS de um município de São Paulo atendidos por ACS após realização de um processo de formação em educação profissional sobre promoção de AF. O estudo não encontrou diferenças significativas entre esse grupo e o controle, apontando para a necessidade de discussões sobre a promoção da AF por meio das visitas domiciliares.

A maioria dos estudos que investigam a relação entre a prática de AF e a QV foram realizados com populações que possuem condições especiais de saúde, como por exemplo em pessoas idosas ou com doenças crônicas (ALVES; PONTELLI, 2015; AZEVEDO et al., 2014; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001; SILVEIRA et al., 2011).

A existência de lacunas referentes à temática em estudo, principalmente relacionadas ao nível de AF de ACSs e sua associação com a QV, justifica a necessidade de realização, exploração e aprofundamento de estudos na área proposta. Portanto, o presente estudo busca a análise da associação entre o nível de AF e QV dos ACS de um município da Zona da Mata Mineira.

Importante destacar ainda que, os resultados dessa pesquisa poderão subsidiar ações para a melhoria do nível de AF e da QV dos ACS, e

consequentemente aprimorar a qualidade da atenção à saúde prestada por estes profissionais.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar o nível de AF e QV dos ACS de um município da Zona da Mata Mineira.

1.1.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos ACS;
- Avaliar a QV dos ACS;
- Identificar o nível de AF dos ACS;
- Analisar a associação entre o nível de AF com a QV e os fatores sociodemográficos dos ACS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para contextualizar o objeto da presente investigação, a seguir estão elencados alguns alicerces históricos, políticos e conceituais sobre a categoria profissional do ACS no SUS, relação entre AF e condições de saúde e QV.

2.1 A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O trabalho em saúde é um processo relacional, produzido pelo trabalho vivo em ato, ou seja, pelo encontro de duas pessoas que estabelecem um jogo de expectativas e produções, gerando espaços de escuta, fala, empatia e interpretação (MERHY, 2002).

Em 1987 o Ceará iniciou um programa emergencial composto por 600 ACS para prestar atendimento às vítimas da seca. Houve para isto, a seleção de algumas mulheres que seriam responsáveis pelo acompanhamento das famílias vizinhas, para tal função foram escolhidas as que se comunicavam e relacionavam melhor, porém estas eram pobres, tinham pouco estudo, sendo algumas delas analfabetas. Esse programa durou apenas um ano, muito provavelmente por ter caráter emergencial, mas em seguida foi criado o PACS (ÁVILA, 2011; LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

A maioria das mulheres que participaram do programa inicial foram mantidas no PACS devido ao vínculo estreito que possuíam com a comunidade, e conseqüentemente a influência que exerciam, impactando sobre os serviços de saúde do Ceará. Em Quixadá-CE elas ajudaram a gerar o PSF e a aproximar os serviços de saúde da população cearense que vivia longe dos centros médico-hospitalares (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

As ações praticadas na época por estes ACS foram responsáveis por algumas transformações no Ceará, a exemplo do aumento das coberturas vacinais, diminuição dos partos desassistidos na zona rural, estímulo ao aleitamento materno e diminuição das taxas de mortalidade infantil (ÁVILA, 2011; LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

O sucesso das ações implantadas pelos ACS garantiu a expansão do programa para outros municípios do Ceará, sendo que em 1991 o Ministério da Saúde (MS) criou o PACS para os estados do Nordeste, e posteriormente para outros estados brasileiros (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

Além disso, no final da década de 1980, o Movimento de Reforma Sanitária trouxe mudanças substanciais nas formas como o Estado intervia, até então, sobre as práticas e os problemas de saúde. Houve a reformulação do modelo de assistência à saúde com a criação do SUS, cujas doutrinas e princípios seriam seguidos em todo o país (BRASIL, 1990c). Como uma decorrência do movimento social e político vivido no país, a Constituição Brasileira de 1988 decretou como dever do Estado a garantia da saúde de todos os cidadãos, fornecendo, através de uma rede hierarquizada e regionalizada, serviços e ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, que deveriam ser organizados de acordo com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social (BRASIL, [1988] 2017a). Ao Poder Público caberia dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 1990c).

A criação do SUS ocorreu com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que definiu a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, o que deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas, de modo que se alcance a diminuição do risco de doenças e agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços visando promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, [1988] 2017a).

Assim, possibilitou transformações importantes para a população brasileira, há a passagem de um modelo de seguro social para um modelo de seguridade social e também de um modelo médico-curativo para um modelo pautado na integralidade (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

O modelo de atenção à saúde, em processo de implementação no Brasil, busca a descentralização da assistência e o fortalecimento da AB. A Portaria nº 2.488/2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que compreende um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, de promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, objetivando a integralidade da atenção. O seu exercício se faz através de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, do trabalho em equipe, direcionado a populações de territórios definidos entendendo e

respeitando o indivíduo em sua singularidade, sua inserção na sociedade e sua cultura (BRASIL, 2012; MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

A AB deve funcionar como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), na qual o usuário, preferencialmente, estabelece seu primeiro contato. Tendo como princípios orientadores a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. A PNAB considera equivalentes os termos AB e APS, apontando a Saúde da Família como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da AB (BRASIL, 2012).

O PSF foi criado em 1994, embasado no PACS com o objetivo de reorganizar o modelo de assistência à saúde até então existente, que se encontrava centrado na doença e no médico e não no indivíduo. No ano de 2006, o PSF deixa de ser um programa de caráter provisório, como já reflete sua denominação, e passa a ser uma estratégia, denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) a ser desenvolvida de forma permanente e contínua (DALPIAZ; STEDILE, 2011; SILVA, J. S. et al., 2014).

A ESF se apresenta como estratégia prioritária para a consolidação e ampliação da AB, com definição de território de atuação de determinada equipe de saúde para o cuidado a uma população estabelecida. As ações prioritárias de saúde realizadas na AB estão relacionadas a realização de ações educativas, individuais ou coletivas, objetivando a autonomia, a QV dos usuários e modificação do processo saúde - doença. As ações em equipe devem ser planejadas de acordo com as diferenças e singularidades de cada população (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

A ESF deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas e em áreas com maior vulnerabilidade este número deve ser reduzido para 2.000 pessoas por equipe. Ela deve ser composta por uma equipe multiprofissional mínima, formada por um médico, um enfermeiro, um a dois técnicos de enfermagem e até 12 ACS por área. Esta equipe poderá ser acrescida de um profissional da saúde bucal, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

A atuação de outros profissionais junto às equipes mínimas da ESF acontece por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e objetivam a ampliação das ações e a resolubilidade da APS. Dentre os profissionais componentes desse núcleo temos: médico acupunturista; assistente social; educador físico;

farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista; médico do trabalho; médico veterinário; profissional da arte ou educador e profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2012).

No desenvolvimento de suas atividades na AB o enfermeiro deve realizar a supervisão das ações desenvolvidas pelos ACS que se encontram sob sua responsabilidade, estabelecendo sobretudo uma relação de parceria permanente com estes profissionais, visando alcançar e potencializar a assistência prestada por eles e ampliar a operacionalização de cobertura de atendimento realizado por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2012).

Além da supervisão dos ACS, cabe ao Enfermeiro a supervisão dos profissionais de enfermagem e também a verificação das condições de trabalho e de segurança dos mesmos, devendo ainda facilitar a relação entre os diferentes profissionais atuantes na unidade, assim como articular as funções assistencial, educacional, investigativa e gerencial com as ações diretas do cuidado (BRASIL, 1986, 2012; MERTINS et al., 2011). Cabe ressaltar que o enfermeiro deve supervisionar no máximo 12 ACS e no máximo 15 profissionais de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

A atuação dos ACS, durante mais de uma década aconteceu sem que houvesse um reconhecimento legal da existência dessa categoria profissional. Foi a Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002), que criou a categoria profissional de ACS, cujas atividades deveriam ser desenvolvidas exclusivamente no âmbito do SUS e em concordância com suas diretrizes, por meio do exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, sob supervisão do gestor local, mediante vínculo direto ou indireto. O exercício da profissão exigia requisitos como: residir na área da comunidade de atuação; haver concluído, com desempenho satisfatório o curso de qualificação básica para a formação de ACS, assim como o ensino fundamental.

A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006), foi criada com o objetivo de regulamentar as atividades profissionais dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), que devem ocorrer exclusivamente no âmbito do SUS, na realização de atividades de responsabilidade dos entes federados, através de

vínculo direto destes agentes com o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

O ACS é responsável pela realização de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações feitas em domicílio ou na comunidade, de forma individual ou coletiva, seguindo as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. O número de profissionais desta categoria para cada ESF deve ser suficiente para a cobertura total da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas ou 150 famílias por agente (BRASIL, 2001; SILVA, J. S. et al., 2014).

Em 21 de outubro de 2011 foi publicada a Portaria nº 2.488 aprovando a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2011). Esta Portaria dispôs sobre a organização de RAS; as responsabilidades de cada esfera de governo; a infraestrutura e o funcionamento da AB; o processo de trabalho das equipes de AB; as atribuições gerais e específicas dos membros das equipes de AB; as especificidades da equipe de saúde da família, dos profissionais de saúde bucal das equipes de saúde da família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; as equipes de AB para populações específicas; os Núcleos de Apoio à Saúde da Família; o Programa Saúde na Escola e os requisitos mínimos para manutenção da transferência dos recursos do Bloco da AB (BRASIL, 2011).

Entretanto, em 5 janeiro de 2018 a Lei nº 13.595 alterou a Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais ACS e Agentes de Combate às Endemias (BRASIL, 2018).

Estabelecendo como essencial e obrigatória a presença de ACS na estrutura de AB de saúde que têm como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas de acordo com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a AB em saúde, objetivando a ampliação do acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2018).

Considera atividade precípua do ACS, em sua área geográfica de atuação, a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a busca de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública e consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência. E como atividades típicas a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural; o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde; a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional (BRASIL, 2018).

Além da realização de visitas domiciliares regulares e periódicas, para acolhimento e acompanhamento das demandas específicas e particularidades, da gestante; da lactante; da criança; do adolescente; da pessoa idosa; da pessoa em sofrimento psíquico; da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas; da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal; dos grupos homossexuais e transexuais; da mulher e do homem (BRASIL, 2018).

Define também atribuições específicas para o ACS que tenha concluído curso técnico e tenha disponíveis os equipamentos adequados, da aferição da pressão arterial, a medição de glicemia capilar e a aferição de temperatura axilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência, quando da verificação da necessidade. Assim como a orientação e o apoio, em domicílio, para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade e a verificação antropométrica (BRASIL, 2018).

Como membro da equipe multiprofissional em saúde da família, o ACS deve, em sua área geográfica de atuação, participar: no planejamento e no mapeamento institucional, social e demográfico; na consolidação e a análise de dados obtidos nas visitas domiciliares; na realização de ações que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, de informações obtidas em levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde; na elaboração, na implementação, na avaliação e na reprogramação permanente dos planos de ação para o enfrentamento de determinantes do processo saúde-doença; na orientação de indivíduos e de grupos sociais quanto a fluxos, rotinas e ações desenvolvidos no âmbito da AB em saúde; no planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de ações

em saúde; no estímulo à participação da população no planejamento, no acompanhamento e na avaliação de ações locais em saúde (BRASIL, 2018).

A Lei nº 13.595, dispõe ainda, que o ACS deve realizar atividades, de forma integrada, com o Agente de Combate às Endemias, desenvolvendo mobilizações sociais por meio da Educação Popular em Saúde, dentro de sua área geográfica de atuação, especialmente nas orientações a comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores e de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos; no planejamento, na programação e no desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família; na identificação e no encaminhamento, para a unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica; na realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos (BRASIL, 2018).

O ACS pode ser considerado um mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade. Fazendo parte tanto da equipe de saúde como da comunidade; sendo seu exercício realizado para e na comunidade; possui tanto saberes técnico-científicos como da cultura local. Tal perfil requer habilidades e competências que favoreçam a compreensão e vivência ampliadas do conceito de saúde, promovendo ações e práticas emancipadoras em saúde (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

Por isso, os ACS devem ser considerados reorientadores da concepção e do modelo de atenção à saúde, discutindo os problemas de saúde da comunidade, apoiando o autocuidado, transformando a sociedade, aflorando ideais de cidadania e inclusão (ARAÚJO; ANDRADE; MADEIRA, 2011). Possuidores da capacidade de potencializar os cidadãos, estabelecer diálogos, criar relações de amorosidade, problematizar e emancipar, construir e compartilhar o conhecimento, valorizar a construção da realidade. Desta forma, contribuindo para o compromisso de construção do projeto democrático popular (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

Devido ao seu perfil este profissional atua como elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Sua atuação se dá basicamente em duas vertentes: a técnica e a política. A primeira, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias,

prevenindo agravos, monitorando grupos ou problemas específicos. A segunda, não somente de solidariedade e de inserção da saúde à população, mas organizando a comunidade e transformando suas condições de vida. Seu grande desafio é integrar e incorporar essas duas vertentes em sua prática cotidiana. Assim, nos distintos programas oficiais, mostra-se como um personagem responsável pela unificação de ideias e ações da atenção primária e da saúde comunitária (SILVA; DALMASO, 2002).

Eles não só estendem os conhecimentos dos profissionais de saúde à população atendida, mas também estabelecem um diálogo, como Paulo Freire propõe em seu livro *Extensão ou Comunicação?* Assim, comunicam-se nos dois sentidos, conversando com os usuários sobre seus problemas no intuito de, em conjunto, encontrarem uma solução (FREIRE, 1983). Durante o exercício de sua prática ocupa a posição de mediador entre a população, os serviços de saúde e os profissionais atuantes na APS, portanto é responsável por estabelecer relações de troca entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos (FERREIRA et al., 2009).

A relação entre os ACS e os indivíduos e suas famílias é estabelecida e estreitada por meio da visita domiciliar, na qual é possível conhecer melhor a realidade vivida pelas pessoas e escutar suas demandas, assim como identificar as necessidades individuais e coletivas. Essa aproximação permite o estabelecimento de um diálogo de maior confiança e compreensão, de forma que haja o repasse das demandas apontadas e percebidas para a ESF na busca por melhores soluções e encaminhamentos para os problemas apresentados (NUNES et al., 2002).

O estabelecimento de ações direcionadas para a educação em saúde pode representar um desafio a ser enfrentado e superado por esses trabalhadores devido aos diferentes contextos apresentados dentro de uma mesma comunidade, além disso, outra dificuldade vivenciada é a visualização da efetiva implementação destas ações pelas famílias, o que exige uma flexibilização por parte destes profissionais que ora devem desenvolver um olhar para a assistência e vigilância à saúde, e em outros momentos para a promoção da saúde e da QV (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

A este respeito é importante ressaltar que a promoção da saúde não deve estar estritamente vinculada às ações do setor saúde, nem tampouco às práticas de um único profissional de saúde. Ela resulta do desenvolvimento de ações intersetoriais relacionadas tanto à prestação de cuidados, quanto à prática eficiente de comunicação e mobilização comunitária (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

O agente comunitário é um dos profissionais que deve desenvolver suas atividades dentro desta lógica da promoção da saúde, constituindo-se em elemento fundamental, como recurso humano central e estratégico devido suas características especiais, percebendo e praticando novas formas de atenção à saúde, de forma a envolver as pessoas, os conhecimentos e elementos que estão em seu entorno (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

O elo e vínculo criado entre as famílias e esses profissionais pode apresentar também pontos negativos, a partir do momento em que gera um compromisso do ACS com o indivíduo, de modo que este entenda e visualize neste profissional uma forma de realizar cobranças de atendimentos, medicamentos, encaminhamentos entre outras questões, de forma a sobrecarregar o trabalho por ele prestado (FILGUEIRAS; SILVA, 2011; SILVA, J. S. et al., 2014). Estas cobranças também podem gerar estresse (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016).

Durante a realização das visitas domiciliares recebem demandas que ao serem trabalhadas e discutidas com o indivíduo ou família, podem ser solucionadas ali mesmo naquele momento, sem haver necessidade de acionar a equipe de saúde da ESF, evitando assim o aumento de demandas na estratégia e atendimentos desnecessários (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

O seu trabalho se torna eficaz à medida que existe um retorno e apoio assistencial da equipe multidisciplinar. O enfermeiro supervisor, muitas vezes, se torna o responsável por acolher e escutar as demandas trazidas por esses profissionais, buscando encontrar ações e soluções para os problemas apontados, com estes ou com a ajuda da equipe. Portanto, é importante que haja uma relação profissional entre o enfermeiro e os ACS que compõem a mesma equipe (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Eles necessitam de apoio da equipe e dos gestores para que seu trabalho seja realizado de forma eficaz e efetiva. Para isso, observa-se a importância de sua qualificação profissional, possibilitando sua participação de forma crítica das decisões relacionadas ao cuidado para com a comunidade. O que traria como consequência a potencialização de sua atuação (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

Existem vários desafios a serem enfrentados pelo ACS para a sua atuação no PSF, a finalidade, a tecnologia, o trabalho em equipe, a identidade e a formação. Em relação à grande diversidade de contexto de implantação do Programa faz-se necessária a flexibilidade operacional e do preparo dos profissionais. As finalidades

do Programa são amplas, exigindo a atuação de diferentes categorias de profissionais, que realizam ações de vigilância às situações de risco, assistência às doenças, promoção da saúde e da QV, distribuídas de acordo com a demanda ou rotina estabelecida.

Porém, existe uma tendência dos agentes em privilegiar ações de vigilância à saúde na sua vertente mais individualizada e clínica (SILVA; DALMASO, 2002). Entretanto, as ações de promoção da saúde são promissoras e tendem a impactar na melhoria da QV (BEZERRA; SORPRESO, 2016), devendo ser sedimentadas e articuladas intersetorialmente (TEIXEIRA; PAIM, 2000). Assim, as tecnologias de trabalho devem ser desenvolvidas de acordo com as necessidades, conforme as competências de cada profissional, objetivando mudanças no quadro de saúde da população (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996).

Os agentes utilizam um formulário preconizado pelo Programa em nível nacional para a coleta de dados e conseqüente cadastramento das famílias, sendo oportunizada nessa ocasião a observação das relações interpessoais e das necessidades de saúde das famílias. Durante a realização de visitas posteriores devem ser adotadas estratégias como a valorização do diálogo e do apoio social, fornecendo informações e possibilitando o empoderamento do indivíduo (SILVA, C. R. C. et al., 2014; SILVA, J. S. et al., 2014; SILVA; DALMASO, 2002).

Alguns agentes consideram seu trabalho gratificante por serem úteis e apoiarem a população carente nos diferentes contextos sociais que muitas vezes extrapolam a saúde biológica, como no caso da violência, porém se envolvem pessoalmente e se desgastam emocionalmente. O agente pode se sentir ansioso em meio às demandas advindas tanto da população como do restante da equipe, ou em assuntos que envolvem ambos (SILVA; DALMASO, 2002).

Em 1999, o Ministério da Saúde formulou um documento no qual ressalta que o ACS necessita da realização de programas de capacitação profissional, com a adoção de metodologias de ensino capazes de desenvolver uma educação crítica, embasada na realidade prática e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas vivenciadas pelo setor saúde atualmente. Além disso, aponta para a necessidade de assegurar o fornecimento de conhecimentos específicos e desenvolvimento de habilidades específicas necessárias ao desempenho de suas atividades laborais com competência (BRASIL, 1999).

Esse documento considera desafiador o processo de preparação dos agentes devido ao fato de sua atuação, com frequência, necessitar do desenvolvimento e uso de saberes que vão além do conhecimento diretamente relacionado ao setor saúde. Reflete ainda sobre o processo de seleção, capacitação, treinamento introdutório, educação continuada e supervisão sistemática que deve ser constantemente pensado e repensado, tendo em vista o perfil esperado destes profissionais (BRASIL, 1999).

A aplicação do saber científico em situações concretas de assistência à saúde requer sua operacionalização, considerando as necessidades, os valores, as condições de vida, as relações afetivas do ser cuidado (MENDES GONÇALVES, 1994).

O desenvolvimento do trabalho dos ACS requer a utilização de algumas estratégias como o desenvolvimento de planos integrados para a área social comprometidos com a equidade; ênfase da equipe em atividades coletivas e comunitárias; maior investimento em atividades de supervisão dos trabalhos e consequente reflexão; e finalmente, investimento em pesquisas de caráter operacional ou teórica (SILVA; DALMASO, 2002).

O ACS é o agente nuclear da APS de forma que seu papel deve estar ligado à viabilização do apoio, implementação e desenvolvimento de ações básicas direcionadas à comunidade em que atua, objetivando a expansão e o fortalecimento destas ações em nível nacional (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

2.2 RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E CONDIÇÕES DE SAÚDE

A associação entre a prática de AF e a melhoria do padrão de saúde tem sido objeto de estudo há muito tempo e, atualmente o número de pesquisas acerca da temática vem sofrendo um aumento progressivo (FREIRE et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015; SILVEIRA et al., 2011). Porém, poucos países têm realizado levantamentos epidemiológicos que incluam o tema AF (MATSUDO et al., 2001; PARDINI et al., 2001).

A AF é um comportamento complexo e multidimensional, que recebe diversas definições na literatura. Devendo ser considerado que a realização de

diversas formas de atividade colabora para o total de AF, entre elas estão as atividades ocupacionais, os cuidados com a casa, as atividades de transporte e as atividades de lazer (MILES, 2007; SANTOS; SIMÕES, 2012).

Diversos movimentos corporais realizados pelo ser humano podem ser considerados AF, dentre eles, as ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, artes marciais, danças, atividades rítmicas, musculação, recreação, reabilitação motora, relaxamento corporal, ginástica laboral, atividades cotidianas, práticas corporais, desde que para sua execução haja gasto energético, saída do estado de repouso, seja realizada de maneira saudável, gerando bem-estar e saúde (MACIEL, 2010; MENDONÇA; ANJOS, 2004; ZAMAI, 2009).

Segundo Hoffman e Harris (2002) o conceito de AF é utilizado de maneira ampla, possuindo diferentes significações. Entretanto, além da importância de conceituar AF, devemos diferenciá-la de outras práticas corporais como exercício físico, práticas esportivas, práticas de lazer, atividades domésticas, de trabalho, de transporte e a composição de todas essas atividades (SANTOS; SIMÕES, 2012).

A seguir apresentaremos, segundo alguns autores, a denominação técnica e definição de termos no que diz respeito à AF. Segundo Barbanti (2003), esta equivale à totalidade de movimentos executados durante a prática de esporte, da recreação, da brincadeira, do jogo e do exercício. Ou ainda, num sentido mais limitado, pode ser considerado como todo movimento corporal, produzido por músculos esqueléticos que gera gasto de energia.

De acordo com Matos, Silva e Lopes (2005), AF pode ser definida como qualquer movimento do corpo produzido por músculos e que resulta em maior gasto de energia do que seu repouso. Para Tubino, Tubino e Garrido (2007), a AF, que também é um exercício físico, refere-se aos atos motores das pessoas, ou seja, os movimentos corporais que fazem parte da vida humana, variando em volume e intensidade.

González e Fensterseifer (2008) definem AF como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em dispêndio de energia, que varia conforme o sistema orgânico envolvido. Assim, podemos perceber que esses diferentes autores ao definirem o termo AF, discorrem acerca do movimento corporal e o gasto de energia como características primordiais. E alguns deles, acrescentam que o dispêndio de energia deve ser superior ao do repouso, conforme variação de volume e intensidade, para que o ato seja considerado uma AF.

O termo exercício físico, apesar de muitas vezes ser utilizado como sinônimo de AF, tem seu conceito mais restrito e, segundo Barbanti (2003) corresponde à uma sequência de movimentos planejados e que são repetidos sistematicamente objetivando o aumento do rendimento.

Para Matos, Silva e Lopes (2005), o exercício físico pode ser considerado uma subcategoria da AF, ou seja, aquela AF realizada de forma planejada, estruturada e repetitiva que objetiva a melhoria e manutenção de um ou mais componentes de aptidão física.

Tubino, Tubino e Garrido (2007) apontam, que o exercício físico pode também ser chamado de AF. Consideram que as práticas esportivas podem ser desenvolvidas por meio de exercícios físicos ou atividades físicas, sendo denominadas exercícios físicos esportivos ou atividades físicas esportivas.

O esporte, assim como o exercício físico, frequentemente é utilizado na literatura como sinônimo de AF, porém devemos atentar para suas peculiaridades, como podemos perceber perante a definição apresentada como uma atividade competitiva, institucionalizada, envolvendo esforço físico vigoroso ou o uso de habilidades motoras relativamente complexas por indivíduos que participam de eventos, sendo motivados pela combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos.

Segundo Matos, Silva e Lopes (2005), esporte, também denominado desporto, corresponde a toda atividade corporal consciente, lúdica e de confronto com algum adversário humano ou com o próprio indivíduo, com objetivos simbólicos e concretos, possuindo regras estabelecidas e reguladas por federações em nível mundial e comuns a todos os países.

Entretanto, de acordo com Tubino, Tubino e Garrido (2007), o esporte consiste em um fenômeno sociocultural, cuja prática é direito de todos, possibilitando o vínculo cultural, a formação e aproximação dos seres humanos, reforçando valores como a moral, a ética, a solidariedade, a fraternidade e a cooperação, contribuindo para a convivência humana.

González e Fensterseifer (2008) consideram o esporte como um termo complexo, amplo e passível de várias perspectivas de análise. Sendo o esporte moderno entendido como uma atividade competitiva, dotada de regras, em processo de desenvolvimento, dependente da estrutura sociocultural, que se encontra em processo de profissionalização, mercantilização e espetacularização.

Devido à amplitude conceitual de um termo, ao estudá-lo devemos compreender que é necessário definir qual será a abrangência da abordagem. A realização das leituras científicas relacionadas à temática em discussão nos permite compreender que todo exercício físico é uma AF, porém nem toda AF é um exercício físico. Podendo, este mesmo raciocínio ser aplicado ao esporte (SANTOS; SIMÕES, 2012).

A prática da AF é essencial em qualquer fase da vida, trazendo benefícios como a preservação e melhora da saúde e da QV do indivíduo (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Sua prática é fortemente influenciada por diversos fatores, entre eles, a disponibilidade de recursos ambientais, econômicos e materiais, assim como aspectos sociodemográficos, tais como gênero, idade, renda, escolaridade, além da religião e autoconhecimento (FERREIRA; DIETRICH; PEDRO, 2015; FREIRE et al., 2014; SILVA et al., 2012).

A AF regular é considerada uma prática de hábito saudável, constituída de ações do cotidiano relacionadas às atitudes, valores e oportunidades de vida (VILARTA; GONÇALVES, 2004). Assim, ela é capaz de proporcionar a manutenção da saúde, possuindo caráter terapêutico e preventivo, gerando benefícios ao organismo, porém, para tal finalidade é necessário que seja praticada com uma frequência, volume e intensidade mínimos (COELHO; BURINI, 2009; SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010; ZAMAI et al., 2011).

Além disso, quando realizada de forma regular promove a aptidão física geral, proporcionando benefícios para pessoas saudáveis, assim como para os portadores de doenças crônicas, desde que respeitadas as suas limitações. (COELHO; BURINI, 2009; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; ZAGO, 2010). A forma e a intensidade de realização de atividades dependem da aptidão física, do espaço disponível para sua prática, da existência de orientação por um profissional capacitado além das habilidades e dos anseios pessoais (SIQUEIRA et al., 2009).

Independente da razão ou do tipo de atividade, sua prática traz melhoras no bem-estar e na QV de seu praticante, que podem ser maximizados quando associados a uma alimentação saudável, atitude e autoimagem positivas (MACIEL, 2010; MAZO; MEURER; BENEDETTI, 2009; MEURER et al., 2012).

De modo geral as pessoas estão cientes dos benefícios proporcionados cotidianamente pela AF, como o prolongamento da vida, além da manutenção e

promoção da saúde, porém os índices de sedentarismo continuam elevados (ALVES; SILVA, 2013; BERNARDO et al., 2013; TOSCANO et al., 2016). E nesse sentido, a adesão a novas práticas e hábitos que melhorem o estilo de vida é um desafio a ser enfrentado, devido a condições materiais, econômicas, sociais e históricas em que determinados indivíduos encontram-se (VILARTA; GONÇALVES, 2004). Os indivíduos que não atingem as recomendações atuais de AF são considerados fisicamente inativos (HASKELL et al., 2007).

Nos últimos anos houve um aumento do número de pessoas sedentárias. Este comportamento está diretamente relacionado com o aumento de Doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e alguns tipos de cânceres (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015). O risco de mortalidade em indivíduos fisicamente inativos é 30% superior ao dos fisicamente ativos (BROWN et al., 2013).

A prática de AF, além de reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis e outros agravos, proporciona outros benefícios como a redução ou manutenção da gordura corporal, aumento ou manutenção da massa muscular, aumento da força, resistência muscular e flexibilidade, aumento da captação e transporte do oxigênio celular, redistribuição sanguínea mais eficiente, aumento da capacidade aeróbica, alterações do perfil lipídico e dos hormônios, diminuição da pressão arterial, melhora da autoestima, da consciência corporal, redução do estresse e ansiedade (MACIEL, 2010; MATSUDO et al., 2002).

Pode proporcionar, ainda, a independência, autonomia motora, melhora da condição de saúde, o aumento do bem-estar e da capacidade de atuar sobre o meio ambiente e sobre si mesmo (FERREIRA et al., 2012). A redução da insônia e consumo de medicamentos (REID et al., 2010), a melhora na capacidade de atenção e concentração, aumento da velocidade de raciocínio, redução do risco de desenvolver demências (MEDEIROS et al., 2015), melhora da disposição para o trabalho, redução de afastamentos médicos e melhora da imagem institucional da empresa (OLIVEIRA; ANDRADE, 2013), melhora do desempenho escolar e do convívio do educando com familiares e professores, redução do risco de desordens comportamentais, redução do risco de uso de tabaco e álcool e aumento da responsabilidade (MATSUDO et al., 2002; STRONG et al., 2005).

Além dos benefícios individuais proporcionados pela prática adequada de atividades físicas, existe a melhoria da saúde pública e da QV em toda a população. Entretanto, o comportamento contrário, ou seja, a inatividade física, além de afetar a

saúde está relacionada com a elevação dos gastos econômicos de cada país (BUENO et al., 2016). Assim, os problemas da inatividade física afetam não somente a saúde individual, mas também geram custos elevados, tanto pessoais quanto para os sistemas de saúde pública (BIELEMANN et al., 2015; MACIEL, 2010).

A AF, quanto à intensidade, excluindo a caminhada, pode ser moderada ou vigorosa. A primeira refere-se àquela que precisa de algum esforço físico, faz o indivíduo respirar um pouco mais forte do que o normal, e o coração bater um pouco mais rápido. A AF vigorosa é aquela que precisa de um grande esforço físico, faz o indivíduo respirar muito mais forte do que o normal, e o coração bater muito mais rápido (MATSUDO et al., 2001).

Independente da realização de AF moderada a vigorosa (AFMV) de forma regular e segundo as recomendações, o comportamento sedentário excessivo pode diminuir o efeito protetor da AF para a saúde. Portanto, a população deve ser alertada sobre a necessidade e importância de diminuição do tempo despendido com comportamentos sedentários (COELHO; BURINI, 2009; DIAS et al., 2014).

As transformações tecnológicas propiciaram a redução da prática de atividades físicas regulares. O fácil acesso a variados meios de transporte, a rápida obtenção de informações por meio da televisão, rádio e internet, além do aumento da produção e consumo de alimentos trouxe como consequência o sedentarismo e a inatividade, afetando a vida de modo geral e em especial a saúde dos indivíduos (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016; MACIEL, 2010).

A diminuição da prática de atividades físicas contribui para o aparecimento de doenças cardiovasculares e metabólicas, além do aumento da prevalência de osteoporose, diminuição da capacidade cardiorrespiratória, da força e resistência muscular e aumento das taxas de incidência e prevalência de sobrepeso e obesidade, afetando a QV e aumentando os riscos de morbimortalidade (COELHO; BURINI, 2009; MALINA; LITTLE, 2008; SANTOS, 2009).

A transição epidemiológica, ou seja, a modificação dos padrões de morbimortalidade, marcada pelo decréscimo na ocorrência de doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas, atualmente denominadas Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) são causadas por diversos fatores, alguns deles relacionados a maus hábitos de vida, e dentre eles destacamos o sedentarismo e o controle de peso corporal. Portanto, a realização de

AF na promoção e prevenção de tais agravos torna-se necessária para a modificação de tais fatores (DUNCAN et al., 2012; MILES, 2007).

Ações voltadas à promoção da AF devem ser desenvolvidas, pois mostram-se como um fator capaz de modificar o risco de adoecimento e conseqüentemente de preservar e melhorar a saúde (COELHO; BURINI, 2009; SILVEIRA et al., 2011). Além disso, possibilitam a obtenção de hábitos saudáveis de vida, gerando vitalidade e longevidade (ZAMAI, 2009).

As atividades físicas podem ser desenvolvidas ao longo do dia, à medida que o indivíduo desenvolve suas tarefas. Tais atividades podem ser realizadas no tempo livre ou para lazer; no transporte ou deslocamento; no domicílio ou seja, atividade doméstica; ou no trabalho, também denominada ocupacional (CRAIG et al., 2003).

Destacamos que, o nível de AF ocupacional apresentado por um indivíduo tem relação direta com sua saúde ou doença, ou seja, os trabalhadores que desempenham atividades com pouco ou nenhum movimento estão mais propensos a desenvolver DANTs. Porém, indivíduos que desenvolvem tarefas ativas, podem desenvolver proteção contra estas doenças (BIELEMANN et al., 2015; DUNCAN et al., 2012; MILES, 2007; PAPATHANASIOU et al., 2010).

O Centro de Controle de Prevenção de Doenças Americano (CDC) e o Colégio Americano de Medicina no Esporte (ACSM) produziram recomendações sobre a importância da prática de AF e a quantidade mínima necessária para o combate a fatores de risco à saúde. A publicação de suas primeiras recomendações ocorreu em 1995 direcionada à população norte-americana adulta e incentivava a prática de AF, principalmente para os sedentários (HASKELL et al., 2007).

Essas recomendações foram aprovadas por várias organizações e instituições da área da saúde. Essa posição do CDC e do ACSM foi apoiada pelo Instituto Nacional de Saúde Americano e pela OMS, que afirmou que tais recomendações poderiam ser aplicadas para a população de qualquer parte do mundo, principalmente para as pessoas jovens e adultas (entre 18 e 65 anos), de forma a reforçar sua saúde (BOUCHARD; BLAIR; HASKELL, 2006).

O Centro de Controle de Prevenção de Doenças Americano (CDC) e a Associação Americana de Cardiologia (AHA) nas recomendações de 2007 recomendam que todos os indivíduos adultos saudáveis realizem atividades aeróbias de intensidade moderada a vigorosa com duração mínima de 30 minutos em cinco

dias da semana, ou, quando vigorosas poderá ter duração mínima de 20 minutos em três dias da semana. A combinação de atividades moderadas e vigorosas podem ser realizadas de forma a atenderem as recomendações (HASKELL et al., 2007).

As recomendações se aplicam tanto a pessoas saudáveis como as que possuam condições crônicas. Sendo que recomendações específicas para adultos de 50 a 65 anos de idade e idosos, portadores de condições crônicas de saúde e limitação física também são abordadas para promoção e manutenção da saúde (BOUCHARD; BLAIR; HASKELL, 2006).

Segundo a OMS, o ACSM e os CDC, e de acordo com evidências científicas, a AF quando dividida em períodos menores, para que seja capaz de contribuir de forma substancial com a saúde do praticante, deve ser realizada com intensidade moderada a vigorosa em períodos de no mínimo 8 a 10 minutos de forma contínua (HASKELL et al., 2007).

Segundo a OMS a AF de intensidade moderada inclui atividades como caminhar rápido, andar de bicicleta, nadar ou realizar atividades que impliquem um esforço moderado e um aumento da ventilação pulmonar e da frequência cardíaca. Já as AF vigorosas correspondem a atividades como corrida e outras que impliquem, um aumento substancial da frequência cardíaca e da ventilação pulmonar (MACIEL, 2010; MATSUDO et al., 2001; OLIVEIRA; ANDRADE, 2013).

A literatura apresenta diferentes recomendações de quantidade mínima de AF a ser realizada para conseguir benefícios, aponta, ainda, os valores para o alcance de benefícios adicionais à saúde, ressaltando que a quantidade e duração dos benefícios são diretamente proporcionais ao somatório de AF praticada semanalmente (BOUCHARD; BLAIR; HASKELL, 2006; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008).

Além das recomendações de AF relacionadas a tempo mínimo existem outras, entre elas podemos citar a baseada no número de passos que um indivíduo deve realizar diariamente para gerar benefícios para a sua saúde. Atualmente o mais comum é a recomendação de 10.000 passos por dia para adultos fisicamente ativos (DUNCAN; SCHOFIELD; DUNCAN, 2007; TUDOR-LOCKE et al., 2004).

Um dos desafios do século XXI consiste no aumento do nível de AF da população global, já que barreiras psicológicas e ambientais, se fazem presentes de forma a dificultar e até mesmo impedir a inclusão da prática de AF no cotidiano das

pessoas, apesar de seus conhecimentos sobre os benefícios obtidos (KRUG; LOPES; MAZO, 2015).

Estudos sugerem que a inatividade física em crianças e adolescentes pode ocasionar um maior índice de sedentarismo na vida adulta e conseqüentemente um maior número de doenças e agravos à saúde (BECK et al., 2011; COUTINHO et al., 2013).

A AF traz efeitos diretos sobre a saúde, e na adolescência sua prática é importante, pois está relacionada com a maior probabilidade de continuidade na idade seguinte, já que os hábitos de AF adquiridos na adolescência podem predizer o nível de prática de AF na idade adulta (BECK et al., 2011; COUTINHO et al., 2013).

A criação e implementação de políticas públicas estratégicas e específicas para a promoção da prática de AF depende do conhecimento da realidade do nível de AF de grupos populacionais e da relação entre intervenção e resposta (MALTA et al., 2009).

No Brasil, o SUS vem desenvolvendo e difundindo ações, programas e políticas de promoção da AF para a população devido à baixa prevalência da prática de AF em adultos no tempo de lazer e também na forma de deslocamento. A maioria da população brasileira depende exclusivamente da assistência prestada pelo SUS, o que reforça a importância da inserção da prática de AF neste cenário, tendo em vista seu poder como fator determinante da promoção da saúde e de prevenção a doenças, além dos benefícios graduais para o futuro na saúde pública (HIDALGO et al., 2016; MALTA et al., 2009).

Os níveis de AF tendem a declinar conforme a idade avança. Estudos sobre a relação de AF e longevidade apontam para uma associação positiva. A AF regular tem sido considerada importante para a manutenção da saúde e provável modificadora positiva da longevidade (AZEVEDO et al., 2014).

Reis, Petroski e Lopes (2000) apontam para a existência de diferentes maneiras de estimação do nível de AF do indivíduo, entre eles os diários, questionários, monitores de frequência cardíaca, sensores eletrônicos de movimento e pedômetros. Entretanto, enfatiza que a utilização de diferentes conceitos e instrumentos de pesquisa pode gerar inconsistências quando os resultados dos estudos são comparados (SANTOS; SIMÕES, 2012).

A criteriosa conceituação também é importante para a definição metodológica, no que diz respeito à escolha de instrumentos de medidas e o

estabelecimento das conclusões do estudo. Sendo importante que a utilização de instrumentos de medidas seja definida e apresentada no estudo, de modo que os resultados possam ser comparados e possibilitem adição de conhecimentos ao tema (SANTOS; SIMÕES, 2012). A ausência da fundamentação em um modelo conceitual estabelecido com clareza, faz com que alguns estudos tenham o poder explicativo de suas conclusões enfraquecido (LEVASSEUR; DESROSIERS; ST-CYR TRIBBLE, 2008).

Diferentes métodos e instrumentos para mensuração da AF possuem vantagens e desvantagens, sendo mais ou menos adequados a cada tipo de estudo. Propriedades do instrumento a ser utilizado, tais como a validade e a reprodutibilidade devem ser consideradas para uma escolha mais efetiva e menos falha (SANTOS; SIMÕES, 2012).

A utilização de diferentes métodos para estimar a AF e seu estudo, requer atenção para alguns fatores como: a limitação dos instrumentos quanto aos vários domínios da AF; a dificuldade de validação dos instrumentos segundo critérios objetivos de movimento e aptidão física, assim como dos contextos culturais, significações para aplicação em diferentes países; dificuldade na produção de estudos sobre AF em que seus resultados sejam capazes de comparabilidade internacional; necessidade do desenvolvimento de uma agenda de estudo padronizando a aquisição de medidas e indicadores impactantes na implementação de uma estratégia global em diferentes setores e populações (HALLAL et al., 2005; SANTOS; SIMÕES, 2012).

Os questionários sobre AF são os instrumentos mais utilizados devido à sua praticidade, custo, fácil análise e caráter não invasivo. Entretanto, como pontos negativos, podemos apontar a extensa variedade de questionários, a dependência da subjetividade das respostas do avaliado, dificultando a confiança nos resultados e a comparabilidade entre estudos (PAPATHANASIOU et al., 2010).

Em abril de 1998, durante uma reunião científica realizada em Genebra, Suíça, um grupo de pesquisadores propôs o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Este questionário foi desenvolvido com participação de diversos centros de diferentes países do mundo como Austrália, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, Portugal, África do Sul, Suécia, Inglaterra, Estados Unidos e Brasil. No Brasil, como parte da OMS – Comitê Internacional em Atividades Físicas e Saúde, o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São

Caetano do Sul (Celafiscs), participou do desenvolvimento do IPAQ, assim como ajudou outros centros da América Latina (MATSUDO et al., 2001).

O grupo do IPAQ teve como objetivo o desenvolvimento e avaliação da validade e reprodutibilidade de um instrumento de medida do nível de AF para uso internacional que permitisse levantar dados referentes à prevalência de AF no mundo. A realidade sobre os hábitos de AF da população de países em desenvolvimento é pouco conhecida, porém acredita-se que a AF em tempo livre é proporcionalmente pequena em relação a AF total (MATSUDO et al., 2001).

O estudo realizado por Matsudo et al. (2001) com a aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ- versão 8) no Brasil analisou oito formas do questionário dependendo da forma de aplicação (auto-aplicação, entrevista por telefone), a forma do questionário (longa ou curta) e o critério de AF (semana usual, última semana). Concluindo que este instrumento tem validade e reprodutibilidade similares às de outros internacionalmente utilizados para a mensuração do nível de AF. Não foram encontradas diferenças importantes entre as formas de entrevista (por telefone) e auto-aplicação. Nem entre as formas que consideram o nível de AF da semana usual, normal ou da última semana. As formas curta e longa apresentaram resultados de validade e reprodutibilidade similares.

O IPAQ é um instrumento utilizado para estimar o tempo semanal gasto por indivíduo para a realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa em seus diferentes contextos da vida, como trabalho, atividade doméstica, transporte e lazer. Também é possível estimar o tempo gasto em atividades mais passivas como na posição sentada. Sua versão curta é prática, rápida e possibilita o estudo de grandes populações, assim como sua versão longa, possibilitando comparações internacionais (MATSUDO et al., 2001).

2.3 QUALIDADE DE VIDA- CONCEITO E INDICADORES

As formas como um indivíduo percebe sua QV e condição de saúde encontram-se estreitamente relacionadas. Este fato pode ser explicado, apesar de, muitas vezes, a abordagem de saúde por determinados profissionais ainda ser biologicista e medicalista, pela amplitude de significação apresentada, associada a

aspectos físicos, emocionais, relacionais, ligada ao bem-estar (DALMOLIN et al., 2011; MARQUES, 2010).

O termo QV, devido à sua complexidade e ampla utilização em diversas áreas de estudo, vem sendo utilizado por estudiosos da temática como sinônimo de bem-estar (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004), saúde (LLOBET et al., 2011; OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011), felicidade (LLOBET et al., 2011; OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011), satisfação pessoal (LLOBET et al., 2011), condições de vida (LLOBET et al., 2011), estilo de vida (MARQUES, 2010; OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011), dentre outros.

Os indicadores de QV geralmente estão associados a fatores que incluem desde a renda pessoal e familiar até a satisfação com determinados aspectos da vida. A complexidade de sua conceitualização faz com que a temática tenha uma difícil compreensão, necessitando de delimitações para que as análises científicas possam ser operacionalizadas (KLUTHCOVSKY et al., 2007; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O interesse em conceituar o termo QV surgiu inicialmente entre os cientistas sociais, filósofos e políticos. A desumanização das ciências médicas e afins ocorreu, principalmente, devido ao avanço tecnológico nestas áreas, impulsionando o desenvolvimento dentro das ciências humanas e biológicas de pensamentos e ações que valorizassem aspectos mais amplos que o controle dos sinais e sintomas das doenças, a redução da mortalidade ou aumento da expectativa de vida (FLECK et al., 1999; GOULART; CHIARI, 2010).

O conceito de QV, a partir dos anos 80 do século XX, ganhou destaque tanto teórico quanto prático na área da saúde, o que pode ser explicado por fatores como o aumento da expectativa de vida devido ao avanço tecnológico da medicina; a mudança do perfil epidemiológico, de predomínio de doenças infecciosas para as crônicas; a dificuldade das ciências médicas em mensurar e avaliar as limitações causadas por doenças e seus tratamentos nas diferentes dimensões de vida do ser humano; e o movimento de humanização da medicina (KLUTHCOVSKY et al., 2007; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SEIDL; ZANNON, 2004).

Minayo, Hartz e Buss (2000) buscaram uma análise mais ampla para a temática QV, desvincilhada do reducionismo biomédico, considerando a representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos (satisfação das necessidades

básicas e das necessidades criadas e determinadas pelo desenvolvimento socioeconômico).

Diversas são as definições existentes de QV, porém nenhuma delas é amplamente aceita. Entretanto, cada vez torna-se mais claro que inclui outros fatores relacionados à saúde, além do bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também o trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano, sempre relacionados à percepção pessoal e individualidade do indivíduo investigado (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Nesse sentido, os conceitos de QV mais aceitos na atualidade são aqueles que buscam explicar as múltiplas dimensões que o termo abarca e discute, ou seja, das chamadas abordagens gerais ou holísticas. Segundo a OMS QV pode ser entendida como a percepção de cada indivíduo a respeito de sua vida, relacionada aos aspectos culturais e valores em que está inserido e conforme objetivos, expectativas, padrões e preocupações que possui (FREIRE et al., 2014; GUALANO; TINUCCI, 2011; SANTOS et al., 2015).

A análise desta definição nos permite inferir a importância do conceito subjetivo e multidimensional do termo estudado, além de sua inserção no contexto cultural, social e do meio ambiente (FLECK, 2000; THE WHOQOL GROUP, 1995).

A definição de um conceito para o termo QV, globalmente aceito, pode facilitar análises científicas e de órgãos do governo, entretanto não devem ser idealistas nem tampouco aceitas por imposição do Estado. Esta deve ser um construto cultural, com constantes revisões, discussões e transformações, conforme a evolução dos conhecimentos e da sociedade. Os estudos científicos relacionados à percepção de indivíduos ou grupos sobre sua QV, deve apontar os fatores a ela relacionados, refletindo os aspectos históricos, socioculturais, psíquicos, do ambiente e da inserção no mundo do trabalho (KLUTHCOVSKY et al., 2007).

Atualmente a avaliação da QV vem ganhando destaque nos estudos tanto da Área de Ciências Biológicas quanto Humanas, sendo imprescindível sua conceitualização, para clarificar o enfoque que está sendo seguido (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SANTOS; SIMÕES, 2012).

A mensuração da QV permite gerar informações acerca de aspectos pessoais e sociais, assim como medidas de incapacidade e de bem-estar psicológico, de acordo com o entendimento do próprio indivíduo sobre si, direcionando a avaliação

e o tratamento para o paciente e não somente para a doença (ALMEIDA-BRASIL et al., 2017; FERREIRA et al., 2012).

As políticas de saúde desenvolvidas no Brasil e a formação dos profissionais atuantes na área da saúde necessitam de transformação, tendo suas ações voltadas para o controle da morbidade e mortalidade. Entretanto, atualmente já observamos uma mudança de pensamentos e atitudes frente a atuação nos processos de adoecimento, além da preocupação com a frequência e severidade das patologias, estudos vêm buscando o desenvolvimento de conhecimentos acerca do impacto e do comprometimento das atividades diárias em decorrência das doenças, medidas de percepção da saúde e medida de disfunção (ALMEIDA-BRASIL et al., 2017; FERREIRA; DIETRICH; PEDRO, 2015; FLECK, 2000; MALTA et al., 2009).

A formulação de instrumentos de mensuração e de avaliação da QV e bem-estar é uma tarefa bastante difícil e complexa, já que estes conceitos são subjetivos, e estão intimamente relacionados ao período (época), ao contexto social e cultural e ao meio ambiente. Portanto, o desenvolvimento de instrumentos psicometricamente válidos que permitam a avaliação da QV consiste em um desafio (FLECK, 2000; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

A inexistência de um instrumento internacional capaz de avaliar a QV dentro de uma perspectiva transcultural, motivou a OMS a constituir um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL), objetivando a construção do instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (FLECK, 2000; FLECK et al., 1999, 2000).

A elaboração deste instrumento único, o WHOQOL, foi possível graças à colaboração simultânea de diversos centros com culturas diferentes para a construção dos domínios, da redação, da seleção de questões, da derivação da escala de respostas e do teste de campo nos países envolvidos. As dificuldades quanto à padronização, equivalência e tradução foram abordadas, trabalhadas e resolvidas ao longo do desenvolvimento do instrumento. Entretanto, a internacionalidade de aplicação deste instrumento foi garantida pela seleção e participação de centros representantes de países com diferentes níveis de industrialização, de serviços de saúde, valorização da família, religião entre outros (FLECK, 2000).

O primeiro instrumento construído pelo *WHOQOL Group* para avaliar a qualidade geral foi o WHOQOL-100. Este possui cem perguntas e foi estruturado em seis domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais;

Ambiente; e Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Em cada domínio, 24 facetas específicas resumiam o domínio particular em que se inserem. A avaliação de cada faceta é realizada através de quatro perguntas. O instrumento tem uma 25ª faceta composta de perguntas gerais sobre a QV (FLECK, 2000).

No Brasil, a versão em português do WHOQOL-100 teve sua tradução, teste e validação realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Professor Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. O estudo realizado apresentou desempenho psicométrico, consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste satisfatórios para os critérios exigidos (THE WHOQOL GROUP, 1998a, b).

O WHOQOL-100 é considerado um instrumento adequado para avaliações individuais de QV, porém, muitas vezes, apresenta-se longo dependendo da finalidade de seu uso. Após a elaboração do WHOQOL-100, outros centros foram incorporados para a utilização desse instrumento (FLECK, 2000; THE WHOQOL GROUP, 1998a, b).

O interesse e a necessidade de um instrumento mais curto, de preenchimento mais rápido, porém com características psicométricas satisfatórias, que pudesse ser utilizado para realizar medidas de QV em estudos de base populacional e epidemiológicos, assim como para utilizá-las conjuntamente com outras medidas clínicas de interesse em diferentes estudos, fez com que a OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000; RIBAS et al., 2014).

O WHOQOL-BREF, é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de QV e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, sendo organizadas em 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, além de uma faceta sobre QV geral. A avaliação de cada faceta é realizada através de uma pergunta, correspondente a um item (FLECK et al., 2000; RIBAS et al., 2014).

Este instrumento genérico e de curta extensão utilizado para a medição da QV, assim como o seu instrumento originário longo, apresentou como critério de seleção tanto o psicométrico como o conceitual. Sendo que os dados que deram origem a esta versão abreviada foram extraídos do teste de campo que contou com 20 centros em 18 países diferentes (FLECK et al., 2000; THE WHOQOL GROUP, 1998a).

O estudo de validação do WHOQOL-BREF no Brasil foi realizado na cidade de Porto Alegre, com a participação de 300 indivíduos, e através desta investigação, evidenciou-se que o instrumento apresenta boa consistência interna, validade concorrente, validade discriminante, validade de critério, validade de conteúdo e confiabilidade de teste-reteste (FLECK et al., 2000).

O estudo de revisão sistemática realizado por Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009), que teve como objetivo a análise das produções científicas, até dezembro de 2006 que utilizaram como instrumento para coleta de dados sobre QV o WHOQOL-BREF, apontou para uma progressiva e crescente utilização do instrumento, sendo iniciada em 1998, destacando-se nos anos de 2005 e 2006. Dentre os países que realizaram publicação de estudos utilizando o WHOQOL-BREF estão Brasil, Taiwan, Alemanha, China, Turquia, Japão entre outros. Os periódicos responsáveis pela publicação sobre o tema eram ligados, principalmente, às áreas da Psiquiatria, Psicologia e Saúde Mental.

Tais pesquisas tiveram como participantes os doentes psiquiátricos, a população geral, os cuidadores, os doentes cardiovasculares, neurológicos, nefropatas crônicos e idosos. Sendo que, a maior parte dos estudos realizados neste período objetivava a validação ou avaliação de propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Ainda, segundo os autores, a progressiva utilização do WHOQOL-BREF no decorrer dos anos pode ser explicada pelo modo como é sistematizado e seu caráter internacional e transcultural, sendo divulgado à medida que os estudos que utilizam este instrumento são publicados (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

O caráter transcultural deste instrumento permite que ele seja utilizado em um local particular, em pesquisas colaborativas em diversos centros, com culturas diferentes, e que os resultados encontrados nesses diferentes países e populações possam ser comparados (FLECK, 2000; FLECK et al., 1999, 2000; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009; RIBAS et al., 2014).

A diversidade de países que publicaram estudos utilizando o WHOQOL-bref sugere a crescente importância atribuída à temática QV no âmbito mundial. Portanto, a avaliação do desempenho do WHOQOL-BREF nas diversas realidades faz-se essencial para sua consolidação enquanto instrumento de pesquisa. No que diz respeito especificamente ao Brasil, pesquisas utilizando o instrumento em diferentes regiões e grupos brasileiros são importantes pela característica de heterogeneidade

socioeconômica e cultural, além do próprio construto de QV (ALMEIDA-BRASIL et al., 2017; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009; RIBAS et al., 2014).

O WHOQOL- BREF por seu caráter genérico pode ser utilizado na prática clínica, na avaliação e comparação de respostas a diferentes tratamentos, em avaliações de serviço de saúde, em pesquisas e em avaliações de políticas de saúde. A geração de novos conhecimentos, através de questionamentos pode contribuir para a tomada de decisões que gerem efetivamente a QV para os indivíduos (ALMEIDA-BRASIL et al., 2017; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

A reflexão sobre a avaliação da QV deve valorizar suas diferentes formas de investigação, seja ela analítica ou psicométrica, ou mista. Em momento algum devemos nos esquecer do rigor científico, da clarificação do conceito e de suas formas de avaliação. A temática QV é algo importante para nossa sociedade, portanto seu conceito e suas formas de avaliação ao serem discutidas e revisadas, devem considerar o avanço histórico e as demandas individuais e da gestão pública em saúde da atualidade (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SANTOS; SIMÕES, 2012).

Segundo Dantas, Sawada e Malerbo (2003) estudos científicos sobre o tema QV são relativamente recentes e têm se expandido a cada ano.

As pesquisas não estão direcionadas a grupos sociais, e sim, a maioria delas, à população adulta que é acometida por determinada doença, no intuito de descobrir como estas enfermidades estão comprometendo a vida dos indivíduos, focando as análises da QV relacionada à saúde. O que nos faz refletir acerca do modelo de saúde construído ao longo dos anos, focado na questão médica, sanitária e curativa, e na necessidade de mudança deste paradigma, para que a população também tenha a possibilidade de mudança de comportamento (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SANTOS; SIMÕES, 2012).

3 MÉTODOS E TÉCNICAS

Esta pesquisa faz parte de um estudo mais amplo denominado *Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida*, pesquisa exploratória transversal, com os trabalhadores das UBS de um município da Zona da Mata Mineira.

3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, que utiliza o método exploratório transversal, também denominado de *survey* ou estudo seccional, que corresponde a uma estratégia de estudo epidemiológico na qual existe a observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em determinado momento. Assim, o estudo foi realizado com toda a população ou seja foi realizado um censo (GIL, 2010; KLEIN; BLOCH, 2009; MEDRONHO, 2009).

A pesquisa quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tendendo a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (FONSECA, 2002).

O termo seccional faz referência ao prazo de observação ou coleta das informações, entre a entrevista do primeiro e do último participante, devendo ser o mais curto possível para que seja possível relacionar os dados coletados (KLEIN; BLOCH, 2009).

O estudo transversal, assim como qualquer outro tipo de estudo epidemiológico, possui pontos positivos e limitações. O fato de ser realizado um recorte único no tempo faz com que tenha um custo mais baixo, além de facilitar e agilizar a coleta de dados que será mais objetivo. Entretanto, a dificuldade de investigação de condições de baixa prevalência e de estabelecimento de relações de causalidade, podem ser apontadas como fatores limitadores ou impeditivos, dependendo do objetivo do estudo (BASTOS; DUQUILIA, 2007; CARMO et al., 2011).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo ocorreu nas UBS de um município localizado na Zona da Mata Mineira, considerado de grande porte, com população estimada de 559.636 mil habitantes, polo de referência para atendimentos à saúde da região sudeste do estado de Minas Gerais contemplando mais de 3 milhões de habitantes (JUIZ DE FORA, 2014).

Este município teve a implantação da ESF no ano de 1995, estando em fase de consolidação. Conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do mesmo, este possui em sua rede de atenção à saúde 67 UBS implantadas, sendo 48 delas localizadas na zona urbana, 14 na zona rural e as outras 5 unidades volante. Dentre as unidades da zona urbana, 35 seguem o modelo da ESF, 2 o PACS ou Modelo Misto e 11 o modelo tradicional. Quanto às da zona rural, 5 contam com a ESF e 9 com o modelo tradicional. Apenas uma unidade volante possui modelo de ESF. O total de ACS é de 500 profissionais (JUIZ DE FORA, 2014).

No Quadro 1 há a relação, segundo divisão por Região Administrativa, das UBS do município de estudo que seguem os modelos de ESF e PACS, assim como o número de ACSs que desenvolvem suas atividades laborais.

Quadro 1 – Relação das Unidades Básicas de Saúde segundo Região Administrativa- Modelo Estratégia de Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde

| Região administrativa | Total de UAPS | Total de ACS |
|-----------------------|---------------|--------------|
| Norte | 13 | 163 |
| Nordeste | 4 | 34 |
| Leste | 7 | 128 |
| Centro | 1 | 14 |
| Oeste | 2 | 11 |
| Sul | 4 | 53 |
| Sudeste | 7 | 83 |
| Rural | 5 | 14 |
| Total | 43 | 500 |

Legenda: UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde ACS – Agente Comunitário de Saúde

Fonte: A autora, 2018

O fato de as unidades encontrarem-se distribuídas em áreas distintas do município, estando presentes tanto em área urbana como em área rural, proporciona a elas diferentes perfis epidemiológicos (JUIZ DE FORA, 2014).

A cobertura populacional dos serviços que possuem ACS no ano de 2016 foi de 66,6% no Brasil, de 75,8% no Estado de Minas Gerais e de 52,0% no município em questão (BRASIL, 2015).

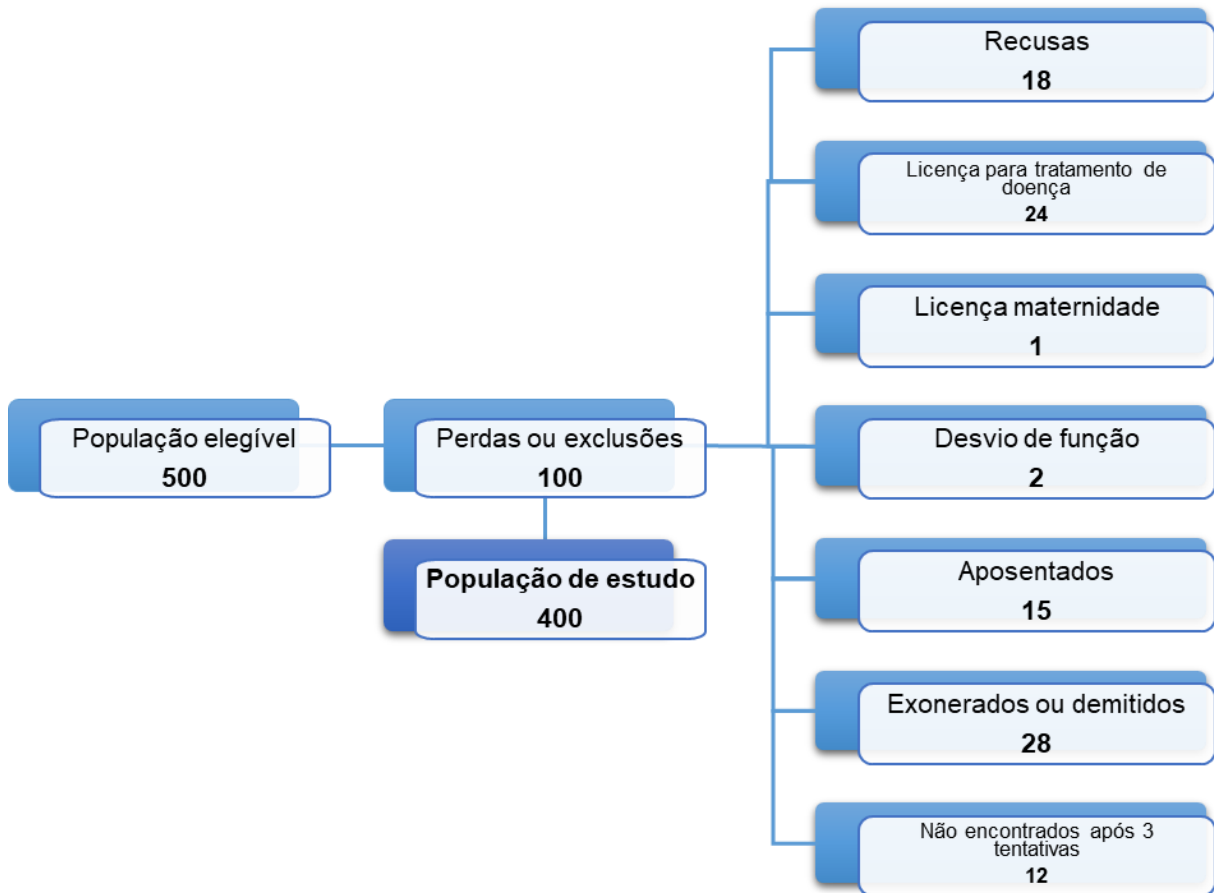
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A Secretaria de Saúde do município onde foi realizado este estudo forneceu uma lista com o nome de todos os ACS atuantes nas UBS locais, totalizando 500 profissionais.

O critério de inclusão para participar da pesquisa foi exercer a função de ACS no período da coleta de dados. Foram excluídos os trabalhadores que não foram encontrados após três tentativas de contato pessoal ou telefônico.

Assim, trabalhou-se com o censo, ou seja, todos os 500 ACS. Entretanto, 18 trabalhadores se recusaram em participar da pesquisa, 24 estavam de licença para tratamento de doença, 1 de licença maternidade, 2 em desvio de função, 15 foram aposentados, 28 foram exonerados ou demitidos e 12 não foram encontrados após 3 tentativas de contato. Desse modo, 400 ACS participaram do estudo, o que correspondeu à 80% da população pretendida (Figura 1).

Figura 1 – Determinação da população do estudo



Fonte: A autora, 2018

3.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A realização dessa pesquisa ocorreu após apreciação da documentação necessária pelos devidos órgãos, assim como da realização da coleta de dados piloto, em junho de 2015, em um município vizinho, com 22 trabalhadores da APS, que possuíam características semelhantes à do grupo investigado na presente pesquisa. Assim, o instrumento pode ser testado preliminarmente para averiguação de limitações quanto à clareza das questões ou incapacidade de resposta aos questionamentos, para posterior adequação.

A equipe de coleta de dados, foi composta por discentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* Mestrado e Doutorado

em Saúde Coletiva, assim como graduandos das Faculdades de Enfermagem, Odontologia e Ciências da Computação oriundos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Todos os entrevistadores passaram por um treinamento no qual foram apresentados o projeto, os objetivos da pesquisa e os questionários, houve também a simulação das entrevistas para esclarecimento de dúvidas, explicitação da forma correta de abordagem dos participantes, manuseio do sistema de operação *android* a ser utilizada para a coleta dos dados, no programa “*Open Data Kit*” (OPEN DATA KIT, 2015). Esse treinamento visou a padronização de conduta, bem como a unificação da forma de coleta desses dados.

Os trabalhadores foram contatados para, juntamente com o pesquisador, acordarem um melhor horário e local para a realização da entrevista. A abordagem aos participantes ocorreu de forma individualizada, sendo explicados os objetivos e a relevância do estudo. Os ACS que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A entrevista ocorreu em local que propiciasse privacidade para que a coleta ocorresse de forma individual, sendo a maioria realizada em sala da própria instituição em que o trabalhador desempenhava suas atividades, no horário de trabalho, de forma a facilitar a acessibilidade tanto do participante como do pesquisador.

A coleta de dados para a pesquisa foi dividida em dois períodos: o primeiro ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2015 e o segundo entre outubro de 2016 a fevereiro de 2017. Neste primeiro período foi realizada a abordagem de uma amostra da população, porém diante da percepção quanto à importância da participação dos demais ACS da cidade na pesquisa, optou-se pela realização da mesma com o censo. A presente pesquisadora fez parte da equipe de coleta de dados neste segundo período, após seu ingresso no Programa de Pós- Graduação *Stricto sensu* Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem.

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário (Apêndice A) composto por perguntas fechadas e abertas, dividido em 14 blocos, e que fazem parte do instrumento da pesquisa “*Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – Condições de Trabalho e de Vida*”. Neste estudo foram utilizados 3 blocos do questionário supracitado, conforme interesse e objetivo do estudo, a saber: o bloco E que permitiu o cálculo do nível de AF através da aplicação do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ-curto), o bloco J que possibilitou a avaliação da QV

através do *World Health Organization Quality of Life- bref* (WHOQOL - bref) e o bloco N em que constavam os fatores sociodemográfico (idade, raça ou cor autodeclarada, estado civil, sexo, escolaridade, religião, número de filhos) e econômicos dos participantes caracterizando-os. Para a classificação socioeconômica foi utilizado o Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (Abep) do ano de 2014 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2014).

Durante a realização das entrevistas, os pesquisadores foram digitando os dados coletados em dispositivos portáteis que possuíam sistema de operação Android, através da utilização do aplicativo *Open Data Kit* (ODK) que continha o instrumento da pesquisa.

O ODK é um programa de código aberto criado e desenvolvido por um grupo multidisciplinar dos Departamentos de Ciência da Computação e de Engenharia da Universidade de Washington, objetivando a exploração do uso da tecnologia na melhoria da vida nos países em desenvolvimento (JEFFREY-COKER; BASINGER; MODI, [2010?]; OPEN DATA KIT, 2015).

A criação dos formulários para uso de forma interativa foi efetuada através do pacote Opendakit. Sendo este composto de três programas: um para elaboração do formulário (XLSform), outro para a coleta dos dados (ODK Collect), que permite a navegação, edição, salvar as informações coletadas em modo off line no próprio aparelho, para posteriormente serem enviadas para o servidor que abrigará os dados, além do (ODK aggregate) utilizado para o armazenamento, sendo capaz de exportar esses dados como arquivos de planilhas para realização da análise dos mesmos. Desta forma, foram eliminadas a necessidade tanto de conexão com a internet, como de uso de papéis, reduzindo o tempo despendido com a pesquisa e facilitando sua realização (OPEN DATA KIT, 2015)

Houve então a construção do banco de dados, com posterior processamento e análise dos mesmos por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O Quadro 2, a seguir, apresenta as variáveis independentes que foram utilizadas no estudo, neste caso aquelas relacionadas à caracterização sociodemográfica dos participantes. Variáveis estas que têm como característica não serem modificáveis e exercerem influência sobre outra variável (KMETEUK FILHO, 2005).

Quadro 2 – Descrição das variáveis independentes relacionadas à caracterização sociodemográfica

| Variáveis Independentes | | | |
|---------------------------|---------|---|--|
| Variável | Questão | Tipo da variável | Agrupamento |
| Idade | N1 | Numérica discreta (posteriormente categorizada) | 1) Até 39 anos 2) 40 a 59 anos 3) Igual ou maior a 60 anos |
| Cor da pele (IBGE) | N3 | Catégorica nominal (posteriormente dicotomizada) | 1) Branco 2) Não-branco |
| Estado civil | N4 | Catégorica nominal (posteriormente dicotomizada) | 1) Casados 2) Não casados |
| Sexo | N5 | Catégorica nominal dicotômica | 1) Masculino 2) Feminino |
| Escolaridade | N7 | Catégorica ordinal (posteriormente categorizada) | 1) Ensino Fundamental 2) Ensino Médio 3) Ensino Superior |
| Religião | N8 | Catégorica nominal (posteriormente dicotomizada) | 1) Católico 2) Não católico |
| Filhos | N9 | Catégorica nominal (posteriormente dicotomizada) | 1) Sim 2) Não |

Fonte: A autora, 2018

A classificação econômica foi obtida com a utilização do Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep) do ano de 2014 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2014). Este tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias participantes, através do cálculo dos pontos de acordo com a posse dos seguintes

itens: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer, além de questões sobre o grau de instrução do chefe de família e se contam na residência com o auxílio de empregada doméstica (Quadros 3, 4, 5 e 6).

Quadro 3 – Sistema de pontos conforme posse de itens, segundo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2014

| Itens | Quantidade de itens | | | | |
|--|---------------------|---|---|---|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Televisão em cores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Banheiro | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Automóvel | 0 | 4 | 7 | 9 | 9 |
| Empregada mensalista | 0 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| Máquina de lavar | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Videocassete e/ou DVD | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Geladeira | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |

Fonte: A autora, 2018. Adaptado de Abep, 2014

Quadro 4 – Sistema de pontos conforme grau de instrução do chefe da família, segundo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2014

| Nomenclatura antiga | Nomenclatura atual | Pontos |
|--|--|--------|
| Analfabeto/ Primário incompleto | Analfabeto/Fundamental 1 incompleto | 0 |
| Primário completo/ Ginásial incompleto | Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto | 1 |
| Ginásial completo/ Colegial incompleto | Fundamental 2 completo/ Médio incompleto | 2 |
| Colegial completo/ Superior incompleto | Médio completo/ Superior incompleto | 4 |
| Superior completo | Superior completo | 8 |

Fonte: A autora, 2018. Adaptado de Abep, 2013

Quadro 5 – Apresentação das Classes, utilizadas para classificação socioeconômica, conforme pontos de corte segundo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2014

| Classe | Pontos |
|--------|--------|
| A1 | 42-46 |
| A2 | 35-41 |
| B1 | 29-34 |
| B2 | 23-28 |
| C1 | 18-22 |
| C2 | 14-17 |
| D | 8-13 |
| E | 0-7 |

Fonte: A autora, 2018. Adaptado de Abep, 2014

Quadro 6 – Renda média bruta familiar mensal conforme classe, segundo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2014

| Classes | Renda média bruta familiar no mês em R\$ |
|---------|--|
| A | 9.263 |
| B1 | 5.241 |
| B2 | 2.654 |
| C1 | 1.685 |
| C2 | 1.147 |
| DE | 776 |

Fonte: A autora, 2018. Adaptado de Abep, 2014

Na coleta de dados para a avaliação da QV foi utilizado o World Health Organization Quality of Life- bref (WHOQOL- BREF), que é um instrumento já utilizado e validado no Brasil. Este questionário é composto por 26 questões, sendo as duas primeiras responsáveis pela avaliação da QV de modo geral e a satisfação com a própria saúde - e as outras 24 questões distribuídas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Para cada resposta existem cinco níveis, de forma que a pontuação pode variar de um a cinco. Este instrumento considera informações referentes às últimas duas semanas dos avaliados (FLECK et al., 2000; RIBAS et al., 2014).

As respostas desse instrumento são estruturadas a partir de uma escala do tipo Likert, variando de acordo com a intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim - muito bom) (FLECK et al., 2000; RIBAS et al., 2014).

O WHOQOL- BREF fornece um perfil da QV, conforme escores obtidos dos quatro domínios. Os escores variam de 0 a 100, no qual quanto mais próximo de 100 melhor é a QV (0 - 25 = regular; 26 - 50 = bom; 51 - 75 = muito bom; 76 - 100 = excelente). Devido à característica da multidimensionalidade do construto da QV, não é possível atribuir um escore único total nessa avaliação, devendo os escores serem avaliados separadamente em cada domínio (FLECK et al., 2000).

O Quadro 7 apresenta uma síntese dos domínios e facetas do WHOQOL-BREF.

Quadro 7 – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

| WHOQOL – BREF | |
|---|--|
| Domínio I: Físico (composto por sete questões) | <ul style="list-style-type: none"> • dor e desconforto; • energia e fadiga; • sono e repouso; • mobilidade; • atividades da vida cotidiana; • dependência de medicação ou de tratamento; • capacidade para o trabalho. |
| Domínio II: Psicológico (composto por seis questões) | <ul style="list-style-type: none"> • sentimentos positivos; • pensar, aprender, memória e concentração; • autoestima; • imagem corporal e aparência; • sentimentos negativos; • espiritualidade/religião/crenças pessoais. |
| Domínio III: Relações sociais (composto por três questões) | <ul style="list-style-type: none"> • relações pessoais; • suporte (apoio) social; • atividade sexual. |
| Domínio IV: Meio ambiente (composto por oito questões) | <ul style="list-style-type: none"> • segurança física e proteção; • ambiente no lar; • recursos financeiros; • cuidados de saúde e sociais; • oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; • oportunidades de recreação/lazer; • transporte; • ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) |

Outro instrumento utilizado na presente pesquisa corresponde ao *International Physical Activity Questionnaire - Short Form* (IPAQ-curto), que é um instrumento utilizado com a finalidade de estimar o nível de prática habitual de AF de pessoas de diferentes países e contextos socioculturais, já validado para a população brasileira (Quadros 8 e 9). Esta estimativa é realizada através do levantamento de informações relacionadas a frequência e duração de caminhadas, atividades cotidianas que exigem esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa, além do tempo despendido em atividades executadas em posição sentada entre segunda e sexta-feira e do final de semana, tendo como referência uma semana típica ou a última semana (MATSUDO et al., 2001).

Quadro 8 – Tipo, frequência, duração e intensidade da atividade física

| | |
|--|--|
| Tipo de atividade física (AF) realizada | <ul style="list-style-type: none"> • AF no trabalho • AF como meio de transporte • AF em casa (trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família) • AF de recreação (esporte, exercício e de lazer) • Tempo gasto sentado |
| Frequência | <ul style="list-style-type: none"> • Número de dias por semana |
| Duração | <ul style="list-style-type: none"> • Consideradas em minutos, todas as atividades realizadas por no mínimo 10 minutos contínuos, em cada dia |
| Intensidade | <ul style="list-style-type: none"> • Moderadas (aquelas que precisam de algum esforço físico e que aumentam um pouco a frequência respiratória) • Vigorosa (aquelas que precisam de um grande esforço físico e que aumentam muito a frequência respiratória) |

Fonte: a autora, 2018

Quadro 9 – Nível de atividade física, segundo critérios do IPAQ-curto

| Nível de atividade física | Critérios |
|---------------------------|--|
| Baixo | Aqueles indivíduos que não se encontram nas categorias 2 ou 3. |
| Moderado | 1) três ou mais dias de atividade física vigorosa por pelo menos 20 minutos por dia OU 2) cinco ou mais dias de atividade física moderada e/ou caminhada por pelo menos 30 minutos por dia OU 3) cinco ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividade de moderada ou vigorosa intensidade totalizando pelo menos 600 METs/minutos/semana. |
| Alto | 1) atividade física de vigorosa intensidade pelo menos 3 dias totalizando um mínimo de 1500 METs/minutos/semana OU 2) sete ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividade física de moderada ou vigorosa intensidade totalizando pelo menos 3000 METs/minutos/semana. |

Fonte: A autora, 2018

3.5.1 Análise estatística

Os dados quantitativos foram consolidados em tabelas, e analisados a partir da criação de um banco de dados eletrônicos por meio do *software* estatístico SPSS versão 15. Foi considerada a simetria e assimetria, a média e a mediana, o desvio-padrão e a amplitude total com a intenção de identificar o nível de AF, a QV e o perfil sociodemográfico dos participantes, por meio de análise estatística descritiva uni e bivariada para que fosse possível a descrição da realidade da população estudada, sendo posteriormente, discutidos com base em referencial teórico de suporte para o estudo. Na bivariada foi utilizada a regressão logística binária para analisar a relação entre as variáveis de estudo com determinação da razão de chance (RC) e do valor de $-p$.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida”, da qual o presente estudo faz parte, possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob o CAAE 40343414.0.0000.5147), com parecer emitido em janeiro de 2015 (Anexo A).

O desenvolvimento desta pesquisa observou e respeitou todas as recomendações contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) foi aplicado em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra arquivada pelo(a) pesquisador(a) responsável. Houve garantia do anonimato e da privacidade dos participantes quanto aos dados coletados na pesquisa, sendo respeitado o direito dos mesmos de não participar da pesquisa ou de desistir de fazer parte dela em qualquer momento (BRASIL, 2013).

Além disso, os participantes da pesquisa foram informados dos riscos e benefícios, explicitando que sua participação na pesquisa implicaria em risco mínimo, ou seja, o mesmo risco como conversar, tomar banho ou ler, não havendo interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social ou com respeito à intimidade do participante. Do mesmo modo, foi informado que seria assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, desde que comprovada origem das atividades da pesquisa (BRASIL, 2013).

4 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão subdivididos em duas partes: análise descritiva e bivariada. A análise descritiva contempla características sociodemográficas, assim como, a apresentação das características dos domínios da QV e do nível de AF. Já na análise bivariada será analisada a associação das variáveis sociodemográficas e dos domínios do WHOQOL-BREF com o IPAQ- curto da população investigada.

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da população de estudo. Os dados demonstram que entre os 400 ACS há uma predominância de indivíduos do sexo feminino (91,21%). Quanto à faixa etária, a maior parte deles apresentou idade entre 40 e 59 anos (59,80%) e a maioria (53,77%) é formada por pessoas não-brancas e casadas (57,54%). 77,64% dos agentes possuem filhos, bem como 75,41% tem o ensino médio completo. Em relação à religião 58,99% são católicos, enquanto a maioria (76,34%) está classificada na classe média, englobada pelas classes B2, C1 e C2 da ABEP.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016

| Variáveis sociodemográficas | n | % |
|------------------------------------|----------|----------|
| <i>Sexo</i> | | |
| Masculino | 35 | 8,79 |
| Feminino | 363 | 91,21 |
| <i>Idade</i> | | |
| Até 39 anos | 112 | 28,14 |
| 40 a 59 anos | 238 | 59,80 |
| Igual ou maior a 60 anos | 48 | 12,06 |
| <i>Raça</i> | | |
| Branco | 184 | 46,23 |
| Não-branco | 214 | 53,77 |
| <i>Situação conjugal</i> | | |
| Casados | 229 | 57,54 |
| Não-casados | 169 | 42,46 |
| <i>Possui filhos</i> | | |
| Sim | 309 | 77,64 |
| Não | 89 | 22,36 |
| <i>Escolaridade</i> | | |
| Ensino fundamental | 14 | 3,79 |
| Ensino médio | 278 | 75,34 |
| Ensino superior | 77 | 20,87 |
| <i>Religião</i> | | |
| Católica | 233 | 58,99 |
| Não-católicas | 162 | 41,01 |
| <i>Classe social</i> | | |
| Média-alta (classes A1, A2 e B1) | 51 | 13,71 |
| Média (classes B2, C1 e C2) | 284 | 76,34 |
| Baixa (classes D e E) | 37 | 9,95 |

Fonte: A autora, 2018

A Tabela 2 refere-se à análise descritiva das duas primeiras questões do WHOQOL-BREF, que conforme mencionado anteriormente, são questões gerais que não pertencem a nenhum domínio específico.

Tabela 2 – Respostas sobre a percepção da qualidade de vida e satisfação com a própria saúde dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016

| Questões da qualidade de vida geral | n | % |
|--|----------|----------|
| <i>Questão J1: Como você avalia sua qualidade de vida?</i> | | |
| Muito ruim | 1 | 0,25 |
| Ruim | 9 | 2,26 |
| Nem ruim nem boa | 57 | 14,32 |
| Boa | 266 | 66,83 |
| Muito boa | 65 | 16,33 |
| <i>Questão J2: Quão satisfeito(a) você está com sua a saúde?</i> | | |
| Muito insatisfeito | 8 | 2,01 |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 45 | 11,31 |
| Nem ruim nem boa | 108 | 27,14 |
| Satisfeito | 193 | 48,49 |
| Muito satisfeito | 44 | 11,06 |

Fonte: A autora, 2018

Na Tabela 3, os resultados referentes à avaliação da QV demonstram que a média das respostas foi 3,97. Já em relação à satisfação com a própria saúde, a média obtida foi 3,55. Resultando em uma QV geral de média 67,12.

Tabela 3 – Percepção sobre a qualidade de vida e satisfação com a própria saúde e a qualidade de vida geral dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016

| Variável | Média | DP |
|-------------------------|--------------|-----------|
| Qualidade de Vida Geral | 67,12 | 11,160 |
| J1 | 3,97 | 0,648 |
| J2 | 3,55 | 0,904 |

Legenda: DP – Desvio Padrão

Fonte: A autora, 2018

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos resultados dos domínios do WHOQOL-BREF dos ACS. Conforme podemos observar o domínio psicológico apresentou o maior escore médio (71,66), seguido pelos domínios relações sociais

(71,17) e físico (68,31), sendo que o domínio meio ambiente (57,36) foi o que apresentou menor escore.

Tabela 4 – Distribuição dos resultados dos domínios do WHOQOL-BREF dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016

| Domínios | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | IC 95% | DP |
|------------------|--------|--------|---------|-------|---------------|-------|
| Físico | 21 | 100 | 71,4 | 68,31 | 66,75 – 69,88 | 15,86 |
| Psicológico | 17 | 100 | 75 | 71,66 | 70,32 – 72,99 | 13,52 |
| Relações Sociais | 25 | 100 | 75 | 71,17 | 69,71 – 72,63 | 14,85 |
| Meio Ambiente | 25 | 94 | 56,3 | 57,36 | 56,15 – 58,57 | 12,26 |

Legenda: IC – Intervalo de Confiança;

DP – Desvio Padrão

Fonte: A autora, 2018

A Tabela 5 apresenta a distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF para J1- avaliação da QV (3,97) e J2- satisfação com a própria saúde (3,55).

Tabela 5 – Distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF- Avaliação da qualidade de vida e satisfação com a própria saúde. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016

| Variáveis/Categorias | n | % | Média | IC 95% | Mediana | DP |
|---|-----|-------|-------|-------------|---------|-------|
| J1 | | | | | | |
| <i>Como você avaliaria sua qualidade de vida?</i> | | | 3,97 | 3,90 - 4,03 | 4 | 0,648 |
| Muito ruim | 1 | 0,25 | | | | |
| Ruim | 9 | 2,26 | | | | |
| Nem ruim nem boa | 57 | 14,32 | | | | |
| Boa | 267 | 67,09 | | | | |
| Muito boa | 64 | 16,08 | | | | |
| J2 | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito você está com sua saúde?</i> | | | 3,55 | 3,46 - 3,64 | 4 | 0,904 |
| Muito insatisfeito | 8 | 2,01 | | | | |
| Insatisfeito | 45 | 8,54 | | | | |
| Nem um nem outro | 108 | 18,06 | | | | |
| Satisfeito | 194 | 33,28 | | | | |
| Muito satisfeito | 44 | 10,05 | | | | |

Legenda: IC – Intervalo de Confiança;

DP – Desvio Padrão

Fonte: A autora, 2018

Em relação às facetas dos quatro domínios do WHOQOL-BREF, podemos verificar nas tabelas abaixo, as médias alcançadas por cada uma das variáveis.

Conforme a Tabela 6, observa-se que, no domínio físico as perguntas J3 – Em que medida acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa? e a J4 – O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? foram as que alcançaram menores médias, sendo, respectivamente 2,16 e 2,28.

Tabela 6 – Distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF – Domínio Físico. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016

| Variáveis/Categorias | n | % | Média | IC 95% | Mediana | DP |
|---|-----|-------|-------|-------------|---------|-------|
| J3 – Dor e desconforto | | | | | | |
| <i>Em que medida acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa?</i> | | | | | | |
| | | | 2,16 | 2,05 – 2,26 | 2 | 1,067 |
| Nada | 136 | 34,17 | | | | |
| Muito pouco | 116 | 32,95 | | | | |
| Mais ou menos | 93 | 23,08 | | | | |
| Bastante | 49 | 12,53 | | | | |
| Extremamente | 4 | 1,01 | | | | |
| J4 – Energia e fadiga | | | | | | |
| <i>O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</i> | | | | | | |
| | | | 2,28 | 2,18 – 2,38 | 2 | 1,006 |
| Nada | 90 | 22,61 | | | | |
| Muito pouco | 167 | 41,96 | | | | |
| Mais ou menos | 81 | 20,35 | | | | |
| Bastante | 55 | 13,82 | | | | |
| Extremamente | 5 | 1,26 | | | | |
| J10 – Sono e repouso | | | | | | |
| <i>Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?</i> | | | | | | |
| | | | 3,49 | 3,40 – 3,57 | 3 | 0,853 |
| Nada | 7 | 1,75 | | | | |
| Muito pouco | 25 | 6,27 | | | | |
| Mais ou menos | 181 | 45,36 | | | | |
| Bastante | 139 | 34,84 | | | | |
| Extremamente | 47 | 11,78 | | | | |
| J15 – Mobilidade | | | | | | |
| <i>Quão bem você é capaz de se locomover?</i> | | | | | | |
| | | | 4,24 | 4,16 – 4,31 | 4 | 0,762 |
| Muito ruim | 0 | 0,00 | | | | |
| Ruim | 11 | 2,76 | | | | |
| Nem ruim nem bom | 45 | 11,31 | | | | |
| Bom | 177 | 44,47 | | | | |
| Muito bom | 165 | 41,46 | | | | |
| J16 – Atividades da vida cotidiana | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?</i> | | | | | | |
| | | | 3,42 | 3,31 – 3,54 | 4 | 1,125 |
| Muito insatisfeito | 22 | 5,53 | | | | |
| Insatisfeito | 74 | 18,59 | | | | |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 75 | 18,84 | | | | |
| Satisfeito | 165 | 41,46 | | | | |
| Muito satisfeito | 62 | 15,58 | | | | |

continua

Conclusão

| Variáveis/Categorias | n | % | Média | IC 95% | Mediana | DP |
|---|-----|-------|-------|-------------|---------|-------|
| J17 – Dependência de medicação ou de tratamento | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</i> | | | 3,73 | 3,65 - 3,81 | 4 | 0,808 |
| Muito insatisfeito | 4 | 1,01 | | | | |
| Insatisfeito | 27 | 6,80 | | | | |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 89 | 22,42 | | | | |
| Satisfeito | 226 | 56,93 | | | | |
| Muito satisfeito | 51 | 12,85 | | | | |
| J18 – Capacidade de trabalho | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?</i> | | | 3,69 | 3,61 - 3,77 | 4 | 0,803 |
| Muito insatisfeito | 3 | | | | | |
| Insatisfeito | 32 | 8,04 | | | | |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 92 | 23,12 | | | | |
| Satisfeito | 227 | 57,04 | | | | |
| Muito satisfeito | 44 | 11,06 | | | | |

Legenda: IC – Intervalo de Confiança; DP – Desvio Padrão

Fonte: A autora, 2018

No que tange ao domínio psicológico, a menor média foi 2,16, sendo encontrada na questão J26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?. O que pode ser observado na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF – Domínio Psicológico. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016

| Variáveis/Categorias | n | % | Média | IC 95% | Mediana | DP |
|--|-----|-------|-------|-------------|---------|-------|
| J5 – Sentimentos positivos | | | | | | |
| <i>O quanto você aproveita da vida?</i> | | | 3,59 | 3,50 – 3,68 | 4 | 0,943 |
| Nada | 11 | 2,76 | | | | |
| Muito pouco | 40 | 10,05 | | | | |
| Mais ou menos | 105 | 26,38 | | | | |
| Bastante | 187 | 46,98 | | | | |
| Extremamente | 55 | 13,82 | | | | |
| J6 – Pensar, aprender, memória e concentração | | | | | | |
| <i>Em que medida acha que a sua vida tem sentido?</i> | | | 4,24 | 4,17 – 7,31 | 4 | 0,726 |
| Nada | 0 | 0,00 | | | | |
| Muito pouco | 11 | 2,76 | | | | |
| Mais ou menos | 35 | 8,79 | | | | |
| Bastante | 199 | 50,00 | | | | |
| Extremamente | 153 | 38,44 | | | | |
| J7 – Autoestima | | | | | | |
| <i>O quanto você consegue se concentrar?</i> | | | 3,71 | 3,64 – 3,78 | 4 | 0,700 |
| Nada | 1 | 0,25 | | | | |
| Muito pouco | 21 | 5,28 | | | | |
| Mais ou menos | 103 | 25,88 | | | | |
| Bastante | 242 | 60,80 | | | | |
| Extremamente | 31 | 7,79 | | | | |
| J11 – Imagem corporal e aparência | | | | | | |
| <i>Você é capaz de aceitar sua aparência física?</i> | | | 3,92 | 3,83 – 4,00 | 4 | 0,886 |
| Nada | 2 | 0,50 | | | | |
| Muito pouco | 20 | 5,03 | | | | |
| Mais ou menos | 101 | 25,38 | | | | |
| Bastante | 161 | 40,45 | | | | |
| Extremamente | 114 | 28,64 | | | | |
| J19 – Sentimentos negativos | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?</i> | | | 3,9 | 3,81 – 3,98 | 4 | 0,827 |
| Nada | 2 | 0,50 | | | | |
| Muito pouco | 23 | 5,78 | | | | |
| Mais ou menos | 76 | 19,10 | | | | |
| Bastante | 209 | 52,51 | | | | |
| Extremamente | 88 | 22,11 | | | | |
| J26 – Espiritualidade/religião/crenças pessoais | | | | | | |
| <i>Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</i> | | | 2,16 | 2,07 – 2,26 | 2 | 0,939 |
| Nada | 0 | 0,00 | | | | |
| Muito pouco | 11 | 2,76 | | | | |
| Mais ou menos | 35 | 8,79 | | | | |
| Bastante | 199 | 50,00 | | | | |
| Extremamente | 153 | 38,44 | | | | |

Legenda: IC – Intervalo de Confiança; DP – Desvio Padrão

Fonte: A autora, 2018

Na Tabela 8 podemos verificar que no domínio das relações sociais, a menor média obtida foi 3,69, sendo observada na pergunta J21- Quão satisfeito você está com sua vida sexual?

Tabela 8 – Distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF – Domínio das Relações Sociais. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016

| Variáveis/Categorias | n | % | Média | IC 95% | Mediana | DP |
|---|-----|-------|-------|-------------|---------|-------|
| J20 – Relações Pessoais | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</i> | | | 3,95 | 3,88 – 4,02 | 4 | 0,718 |
| Muito insatisfeito | 1 | 0,25 | | | | |
| Insatisfeito | 15 | 3,74 | | | | |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 61 | 15,21 | | | | |
| Satisfeito | 245 | 61,10 | | | | |
| Muito satisfeito | 79 | 19,70 | | | | |
| J21 – Suporte (Apoio) social | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?</i> | | | 3,69 | 3,59 – 3,79 | 4 | 0,995 |
| Muito insatisfeito | 18 | 4,56 | | | | |
| Insatisfeito | 28 | 20,51 | | | | |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 81 | 27,14 | | | | |
| Satisfeito | 197 | 49,87 | | | | |
| Muito satisfeito | 71 | 17,97 | | | | |
| J22 – Atividade sexual | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</i> | | | 3,92 | 2,05 – 2,26 | 4 | 0,668 |
| Muito insatisfeito | 1 | 0,25 | | | | |
| Insatisfeito | 10 | 2,51 | | | | |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 71 | 17,84 | | | | |
| Satisfeito | 255 | 64,07 | | | | |
| Muito satisfeito | 61 | 15,33 | | | | |

Legenda: IC – Intervalo de Confiança

DP – Desvio Padrão

Fonte: A autora, 2018

Em relação ao domínio meio ambiente, a menor média encontrada foi 2,62 e refere-se à questão J12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Podemos observar este achado na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição das variáveis do WHOQOL-BREF – Domínio Meio ambiente. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016

| Variáveis/Categorias | n | % | Média | IC 95% | Mediana | DP |
|---|-----|-------|-------|-------------|---------|-------|
| J8 – Segurança física e proteção | | | | | | |
| <i>Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?</i> | | | | | | |
| Nada | 8 | 2,01 | 3,60 | 3,52 - 3,68 | 4 | 0,807 |
| Muito pouco | 27 | 6,78 | | | | |
| Mais ou menos | 112 | 28,14 | | | | |
| Bastante | 221 | 55,53 | | | | |
| Extremamente | 30 | 7,54 | | | | |
| J9 – Ambiente do lar | | | | | | |
| <i>Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?</i> | | | | | | |
| Nada | 14 | 3,53 | 3,12 | 3,04 - 3,20 | 3 | 0,79 |
| Muito pouco | 48 | 12,09 | | | | |
| Mais ou menos | 221 | 55,67 | | | | |
| Bastante | 103 | 25,94 | | | | |
| Extremamente | 11 | 2,77 | | | | |
| J12 – Recursos financeiros | | | | | | |
| <i>Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?</i> | | | | | | |
| Nada | 45 | 11,28 | 2,62 | 2,53 - 2,71 | 3 | 0,903 |
| Muito pouco | 118 | 29,57 | | | | |
| Médio | 193 | 48,37 | | | | |
| Muito | 29 | 7,27 | | | | |
| Completamente | 14 | 3,51 | | | | |
| J13 – Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade | | | | | | |
| <i>Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?</i> | | | | | | |
| Nada | 1 | 0,25 | 3,58 | 3,49 - 3,66 | 4 | 0,837 |
| Muito pouco | 28 | 7,04 | | | | |
| Médio | 169 | 42,46 | | | | |
| Muito | 141 | 35,43 | | | | |
| Completamente | 59 | 14,82 | | | | |
| J14 – Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades | | | | | | |
| <i>Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?</i> | | | | | | |
| Nada | 19 | 4,77 | 3,07 | 2,97 - 3,16 | 3 | 0,946 |
| Muito pouco | 81 | 20,35 | | | | |
| Médio | 175 | 43,97 | | | | |
| Muito | 98 | 24,62 | | | | |
| Completamente | 25 | 6,28 | | | | |
| J23 – Participação e oportunidade de recreação/lazer | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?</i> | | | | | | |
| Muito insatisfeito | 6 | 1,51 | 3,75 | 3,66 - 3,84 | 4 | 0,93 |
| Insatisfeito | 38 | 9,55 | | | | |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 85 | 21,36 | | | | |
| Satisfeito | 189 | 47,49 | | | | |
| Muito satisfeito | 80 | 20,10 | | | | |
| J24 – Ambiente Físico (poluição/ruído/trânsito/clima) | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</i> | | | | | | |
| Muito insatisfeito | 11 | 2,76 | 3,33 | 3,23 - 3,43 | 3 | 1,018 |
| Insatisfeito | 84 | 21,11 | | | | |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 107 | 26,88 | | | | |
| Satisfeito | 152 | 38,19 | | | | |
| Muito satisfeito | 44 | 11,06 | | | | |

continua

| Variáveis/Categorias | n | % | Média | IC 95% | Mediana | DP |
|---|-----|-------|-------|-------------|---------|-------|
| J25 – Transporte | | | | | | |
| <i>Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?</i> | | | 3,27 | 3,17 - 3,37 | 3 | 1,026 |
| Muito insatisfeito | | | | | | |
| Insatisfeito | | | | | | |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 98 | 24,62 | | | | |
| Satisfeito | 170 | 42,71 | | | | |
| Muito satisfeito | 30 | 7,54 | | | | |

Legenda: IC – Intervalo de Confiança DP – Desvio Padrão

Fonte: A autora, 2018

Na Tabela 10 apresentamos os resultados alcançados ao analisar o IPAQ-curto, no que se refere à classificação do nível de AF dos participantes. Nela podemos observar que a maioria dos participantes foram classificados como apresentando alto nível (62,72%), seguidos pelos com moderado nível (27,71%) e pelos com baixo nível de AF (9,57%).

Tabela 10 – Classificação dos Agentes Comunitários de saúde quanto ao nível de atividade física. Minas Gerais, Brasil, 2015/2016

| Categoria IPAQ-curto | n | % |
|----------------------|-----|-------|
| Baixo | 38 | 9,57 |
| Moderado | 110 | 27,71 |
| Alto | 249 | 62,72 |

Fonte: A autora, 2018

4.2 ANÁLISE BIVARIADA

A regressão logística binária foi utilizada para avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e o nível do IPAQ-curto com determinação da razão de chance (RC) e do valor de $-p$.

Ao nível de 5%, a única variável que se associou ao desfecho nível de AF foi a escolaridade, sendo que os dados mostram que ter escolaridade mais alta aumenta a chance de ter baixo ou moderado nível de AF. No entanto, a associação foi muito fraca e isso pode ser visto pelo valor de p que foi exatamente 0,05. Esses dados podem ser observados na Tabela 11.

Tabela 11 –Análise bivariada - fatores sociodemográficos associados ao nível de atividade física de agentes comunitários de saúde. Julho, 2018.

| Variáveis | Total | | Atividade física baixa/moderada | | RC | 95% IC | p valor |
|--------------------------------------|-------|--------|------------------------------------|--------|------|-----------|---------|
| | N | (%) | N | (p/%) | | | |
| <i>Sexo</i> | | | | | | | |
| Masculino | 35 | (8,8) | 18 | (12,2) | 1 | | |
| Feminino | 363 | (91,2) | 130 | (87,8) | 1,85 | 0,86-4,00 | 0,116 |
| <i>Idade</i> | | | | | | | |
| Até 39 anos | 113 | (28,4) | 35 | (23,6) | 1 | | |
| De 40 a 59 anos | 238 | (59,8) | 96 | (64,9) | 0,63 | 0,37-1,07 | 0,088 |
| 60 anos ou mais | 47 | (11,8) | 17 | (11,5) | 0,68 | 0,31-1,52 | 0,350 |
| <i>Cor ou raça</i> | | | | | | | |
| Branco | 184 | (46,2) | 72 | (48,6) | 1 | | |
| Não branco | 214 | (53,8) | 76 | (51,4) | 1,21 | 0,77-1,89 | 0,403 |
| <i>Escolaridade</i> | | | | | | | |
| Ensino fundamental ou médio completo | 293 | (79,4) | 117 | (84,8) | 1 | | |
| Ensino superior completo | 76 | (20,6) | 21 | (15,2) | 1,74 | 1,00-3,03 | 0,050 |
| <i>Estado Civil</i> | | | | | | | |
| Casados | 229 | (57,5) | 80 | (54,1) | 1 | | |
| Não casados | 169 | (42,5) | 68 | (45,9) | 0,76 | 0,47-1,22 | 0,253 |
| <i>Religião</i> | | | | | | | |
| Católico | 232 | (58,7) | 88 | (59,9) | 1 | | |
| Outras religiões ou não possui | 163 | (41,3) | 59 | (40,1) | 0,55 | 0,31-0,97 | 0,549 |
| <i>Filhos</i> | | | | | | | |
| Sim | 309 | (77,6) | 113 | (76,4) | 1 | | |
| Não | 89 | (22,4) | 35 | (23,6) | 0,97 | 0,53-1,76 | 0,908 |

Notas: Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

Legenda: RC – Razão de chance

95% IC – 95% intervalo de confiança

Fonte: A autora, 2018.

A regressão logística binária foi utilizada, também, para avaliar a associação entre a autoavaliação da QV e da satisfação com a saúde e os domínios do WHOQOL-BREF com o nível do IPAQ- curto para a determinação da razão de chance (RC) e do valor de $-p$.

Ao nível de 5% não foram encontradas associações significativas com o nível de AF dos agentes. Tendo sido considerado como valor de p estatisticamente significativo, aquele menor ou igual a 0,05. Como pode ser observado na Tabela 12

Tabela 12 –Análise bivariada- Autoavaliação da qualidade de vida e da satisfação com a saúde e domínios do WHOQOL-BREF associados ao nível de atividade física de agentes comunitários de saúde. Julho, 2018.

| Variáveis | Total | | Atividade física Baixa/Moderada | | RC | 95% IC | p valor |
|---|-------|--------|------------------------------------|---------|------|-----------|---------|
| | N | (%) | N | (p / %) | | | |
| <i>Autoavaliação da qualidade de vida</i> | | | | | | | |
| Ruim ou regular | 67 | (16,8) | 27 | (18,2) | 1 | | |
| Boa ou muito boa | 331 | (83,2) | 121 | (81,8) | 0,62 | 0,31-1,24 | 0,177 |
| <i>Satisfação com a saúde</i> | | | | | | | |
| Insatisfeito/regular | 161 | (40,5) | 65 | (43,9) | 1 | | |
| Satisfeito ou muito satisfeito | 237 | (59,5) | 83 | (56,1) | 1,18 | 0,72-1,92 | 0,512 |
| <i>Qualidade de vida (Dom. Físico)</i> | | | | | | | |
| Regular/Bom | 68 | (17,1) | 21 | (14,2) | 1 | | |
| Muito bom/Excelente | 330 | (82,9) | 127 | (85,8) | 0,57 | 0,29-1,14 | 0,110 |
| <i>Qualidade de vida (Dom. Psicológico)</i> | | | | | | | |
| Regular/Bom | 35 | (8,8) | 11 | (7,4) | 1 | | |
| Muito bom/Excelente | 363 | (91,2) | 137 | (92,6) | 0,75 | 0,29-1,92 | 0,543 |
| <i>Qualidade de vida (Dom. Social)</i> | | | | | | | |
| Regular/Bom | 45 | (11,3) | 15 | (10,1) | 1 | | |
| Muito bom/Excelente | 353 | (88,7) | 133 | (89,9) | 0,78 | 0,37-1,66 | 0,518 |
| <i>Qualidade de vida (Dom. Ambiental)</i> | | | | | | | |
| Regular/Bom | 125 | (31,4) | 43 | (29,1) | 1 | | |
| Muito bom/Excelente | 273 | (68,6) | 105 | (70,9) | 1,02 | 0,60-1,72 | 0,957 |

Notas: Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

Legenda: RC – Razão de chance;
Dom. – Domínio.

95% IC – 95% intervalo de confiança;

Fonte: A autora, 2018.

5 DISCUSSÃO

A análise dos resultados encontrados na presente pesquisa realizada com os ACSs demonstrou um predomínio do sexo feminino (91,2%). Outros estudos realizados com esta mesma categoria profissional mostraram resultados semelhantes aos encontrados, entre eles estão o de Castro et al. (2017), Guimarães, Mucari e Sousa (2017), Jorge et al. (2015), Lino et al. (2012), Lopes et al. (2012), Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013), Paula et al. (2015) e Rocha, Barletto e Bevilacqua (2013). O que indica a feminilização dessa profissão.

Este achado está diretamente relacionado com o papel de cuidadoras que as mulheres desenvolveram na sociedade ao longo da História, além do fato de que no desempenho de suas atividades estas têm facilidade de adentrarem nos domicílios, estabelecerem vínculo com as famílias e conversarem sobre peculiaridades referentes ao universo feminino, o que poderia ser motivo de constrangimento se realizado por um agente do sexo masculino (BEZERRA et al., 2005; ROCHA; BARLETTO; BEVILACQUA, 2013).

Outro fato a ser considerado, conforme já mencionado no referencial teórico, tem a ver com a origem do PACS, pois em 1987, no Ceará, quando teve início o programa para prestar atendimento às vítimas da seca, foram selecionadas mulheres que seriam responsáveis pelo acompanhamento das famílias e que apresentavam facilidade na comunicação e relacionamento pessoal (ÁVILA, 2011; LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004). Além disso, as mulheres estão cada vez mais lutando e conquistando espaço no mercado de trabalho, de forma a se tornarem independentes e gerar renda para contribuir nas despesas familiares (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012; MARIUCCI; ALMEIDA, 2010; WERMELINGER; MACHADO, 2010).

Em relação à idade da população de estudo, a média encontrada foi de 46 anos, sendo a idade mínima 24 anos e a máxima de 73 anos. Assim, a maioria foi constituída de adultos, sendo que 59,5% encontram-se na faixa etária entre 40 e 59 anos, 28,5% até 39 anos e 12% com idade igual ou superior a 60 anos. Dados similares foram encontrados nos estudos realizados por Jorge et al. (2015), Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013), Paula et al. (2015), Santos et al. (2016) e Simas e Pinto (2017).

No município de estudo a maioria dos ACS ingressou através de concurso público, sendo portanto incluídos no quadro permanente de servidores. Estudo realizado por Castro et al. (2017) encontraram resultado semelhante, apontando para a desprecarização do vínculo empregatício e conseqüente valorização da profissão.

A fase adulta da vida pode ser caracterizada como um período em que o indivíduo tende a se encontrar produtivo na vida, tendo necessidades e anseios como independência financeira e relação afetiva estável. Além disso, os agentes com mais idade tendem a ter maior conhecimento sobre a comunidade, e conseqüentemente maior facilidade de estabelecer vínculos e desempenhar suas funções laborais (FERRAZ; AERTS, 2005; KLUTHCOVSKY et al., 2007).

Quanto à raça 53,6% se autodeclararam não brancos. Pesquisa com ACS a nível nacional realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia teve como resultado da autodeclaração de cor um predomínio de pardos (52,7%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2015). Corroboram com esses dados as pesquisas realizadas por Castro et al. (2017) e Simas e Pinto (2017). Entretanto Lino et al. (2012), em estudo realizado em Florianópolis-SC, encontraram o percentual de 81,28 % de trabalhadores que se autodeclararam brancos.

No Brasil, observa-se o processo de miscigenação racial, fato este que pode explicar as diferenças encontradas nos diversos estudos realizados com ACS de diferentes regiões e cidades brasileiras. É possível observar ainda, que em nosso país o número de pessoas que se autodeclaram negras ou pardas tem aumentado, provavelmente como resultado de uma maior autoestima e valorização dessas pessoas (JULIO, 2011).

Os resultados apontam que 67,6% dos ACS têm filho (s) e, que 57,6% são casados. A este respeito Lino et al. (2012) encontraram em sua investigação 62,13% de participantes casados e 59,57% que possuem um ou dois filhos. Já a pesquisa de Castro et al. (2017) aponta para 66,21% de casados/união estável. Estes achados podem estar relacionados à predominância de adultos e mulheres nas pesquisas realizadas com profissionais desta categoria. Além disso, ter filhos e ser casado possibilita a esse ACS uma experiência de vida que pode ajudar nas orientações e também na identificação com a comunidade.

No que diz respeito à escolaridade, somente 3,78% possuem Ensino Fundamental, 75,41% possuem Ensino Médio e 20,81% Ensino Superior.

Mascarenhas, Prado e Fernandes (2012) em sua investigação em um município da Bahia encontraram resultados semelhantes e que apontavam que 74,4% dos Agentes Comunitários entrevistados possuíam o Ensino Médio completo e 6,3% Ensino Fundamental. Corroboram também com esses achados a pesquisa desenvolvida por Jorge et al. (2015) em que 6,6% possuíam Ensino Fundamental e 79,5% Ensino Médio. Percebe-se assim a predominância do Ensino Médio seguido do Superior.

Em relação à escolarização exigida, até o final do ano de 2017, vigorava a Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006), que regulamentava a profissão e apontava como requisito a conclusão do ensino fundamental. Entretanto, a Lei nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018 (BRASIL, 2018), reformulou as atribuições, a jornada e as condições de trabalho, assim como o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

Assim, segundo a mesma, será exigida a conclusão do Ensino Médio na data da admissão, ou caso não haja o preenchimento desse requisito, poderá ser admitida a contratação de candidatos com ensino fundamental, desde que este comprove a conclusão do ensino médio no prazo máximo de três anos. O candidato também deverá concluir, com aproveitamento, um curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas.

A escolarização observada nas pesquisas realizadas com ACS de diferentes cidades do Brasil, apontam para uma formação superior à exigida pela profissão que pode ser justificada pelas exigências ocorridas em função das atividades laborais complexas desenvolvidas por estes profissionais, que percebem no dia-a-dia a necessidade de realizarem buscas individuais para aprimoramento e ampliação de seus conhecimentos (GOUVÊA et al., 2015).

Além da capacidade e qualidade para realização deste serviço diferenciado; a forma de contratação, que muitas vezes ocorre por concurso público; assim como a atual competitividade do mercado de trabalho e a ampliação das exigências de suas atividades dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) segundo a nova PNAB, são fatores que servem de incentivo para que os ACS ampliem sua escolaridade, a fim de adquirir novos conhecimentos, para melhor orientação da comunidade e famílias que estão sob sua responsabilidade (BRASIL, 2017b; FERRAZ; AERTS, 2005; LINO et al., 2012).

A escolarização encontrada no estudo, superior à exigida pela profissão, também pode ser justificada pela precarização do trabalho e os níveis de desemprego em nosso país, que fazem com que, mesmo sendo mais qualificadas, as pessoas aceitem um trabalho de menor exigência profissional (GOUVÊA et al., 2015; KAWAKATSU et al., 2015).

Durante o desenvolvimento de suas atividades laborais, que exigem conhecimentos específicos, visualização da multiplicidade das condições de vida e saúde das populações assistidas, escuta, acolhimento e o de grupos educativos para orientações sobre prevenção ou redução de doenças evitáveis, assim como a promoção da saúde, os ACS percebem a necessidade de preparo para tais situações (BRASIL, 2009, 2012).

Os ACS entrevistados eram em sua maioria católicos (58,84%), achado este que corrobora com a pesquisa realizada, com trabalhadores desta mesma categoria profissional, por Simas e Pinto (2017), que encontraram um percentual de 65,4% e também com o estudo de Lino et al. (2012) que apontaram para 91,0%. Tanto a religiosidade quanto a espiritualidade têm sido consideradas dentre os diversos fatores que interferem diretamente na saúde física das pessoas, de modo que impactam na forma como estas lidam com a prevenção de doenças ou de outros agravos à saúde. Sendo que, a adoção de alguma religião pode gerar melhora nos índices de atividade imunológica, diminuição do índice de mortalidade e morbidade, além da redução de cardiopatias, hipertensão arterial e depressão (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; LUCCHETTI; LUCCHETTI; AVEZUM-JR, 2011).

Como resultado desta adoção observa-se o seguimento de novos valores e padrões comportamentais que têm como consequência um maior controle, ou seja, uma “domesticação” do corpo, que pode gerar benefícios para a saúde (FONSECA, 2014). Além disso, a religiosidade traz todo um contexto histórico-social que permite ao ACS interagir melhor e com mais facilidade junto à comunidade em que atua (LINO et al., 2012).

Em relação à classe social, esta pesquisa aponta que a maioria dos ACS (76,34%) está classificada na classe média, englobada pelas classes B2, C1 e C2, que corresponde à uma renda média bruta familiar mensal de 2.654 a 1.147 reais. Corroborando com os resultados desta pesquisa, Santos et al. (2016), obteve o resultado de que 58,2% dos ACS entrevistados tinham renda familiar mensal inferior

a dois salários mínimos. Assim como Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013), que apontaram uma renda familiar mensal média de 1.358,40 (\pm 915,88) reais.

A renda dos ACS os insere economicamente em uma posição muito semelhante à da população por eles assistida, possibilitando que eles compreendam e se identifiquem com a situação vivenciada pelas pessoas que visitam. Além disso, muitos deles têm um papel importante na sustentação econômica de suas famílias (FERRAZ; AERTS, 2005).

Na presente pesquisa, em relação às duas primeiras questões gerais do instrumento WHOQOL-BREF, observa-se que, quanto à autoavaliação da QV pelos ACS, 83,16% avaliaram como “boa ou muito boa” e que em relação à autopercepção da saúde, 59,55% avaliaram de forma positiva como “muito satisfeito ou satisfeito”. Resultados semelhantes aos obtidos por Azevedo et al. (2014), Kluthcovsky et al. (2007) e Vasconcellos e Costa-Val (2008).

Na pesquisa realizada por Kluthcovsky et al. (2007), apesar de 43,8% do total de ACS relatar algum problema de saúde, a maioria deles (80,4%) considerou seu estado de saúde como “bom ou muito bom”. Segundo estes autores este achado pode estar relacionado ao fato de os problemas de saúde não estarem interferindo de modo importante em suas atividades diárias. A este respeito ressaltam que os ACS participantes dessa pesquisa estavam ativos, em desempenho pleno de suas atividades, ou seja, houve uma seleção de “trabalhadores sadios”, sendo que justamente os “não sadios” estariam afastados ou demitidos. Isto pode ter contribuído para essa resposta positiva sobre o seu estado de saúde.

A auto percepção do estado de saúde está relacionada com comportamentos de mudanças objetivas de saúde, da capacidade funcional e da QV em diferentes grupos populacionais. A reflexão das pessoas sobre essa temática é fundamental para que modifiquem de forma positiva seus comportamentos (CHOI, 2003; LEINONEN; HEIKKINEN; JYLHÄ, 2002).

Neste estudo, quanto à avaliação da QV dos ACS, verifica-se que os escores médios variam de 57,36 a 71,66. Sendo que, o domínio psicológico apresentou o maior escore médio (71,66), seguido do domínio das relações sociais (71,17). Os domínios que apresentaram menor escore médio foram o do meio ambiente (57,36) e o físico (68,31). Assim, os resultados apontam para uma tendência dos domínios do WHOQOL-BREF apresentarem escores médios bons em relação à QV. Em relação às facetas dos quatro domínios do WHOQOL-BREF, as menores

médias encontradas correspondem às questões referentes: no domínio físico: “Em que medida acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa?” e “O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?”, no domínio psicológico: “Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?”, no domínio das relações sociais: “Quão satisfeito você está com sua vida sexual?” e no domínio meio ambiente: “Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?”.

O fato da maioria dos participantes da presente pesquisa serem do sexo feminino pode justificar os achados relacionados à menores escores médios nos domínios meio ambiente e físico. Sendo que o primeiro está relacionado ao fato de as mulheres estarem mais susceptíveis à violência urbana e ao assédio sexual, principalmente no momento das visitas domiciliares, tendo comprometimento de sua segurança física e proteção (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

O domínio físico, pode ter sido afetado pela dupla jornada de trabalho que a maioria das mulheres se veem obrigadas a desempenhar para conciliar com as atividades laborais, que incluem longas caminhadas, levantamento e carregamento de pesos, assim como sentar-se em posições incorretas nas visitas domiciliares com as tarefas domésticas e o cuidado com a família, fatores estes que podem gerar sobrecarga, dor e até mesmo o aparecimento de doenças (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012; PAULA et al., 2015; TAVAKOLI-FARD et al., 2015). Esse excesso de atividades pode limitar o tempo de estar com a família, de desenvolver atividades para satisfação pessoal, assim como dificulta o desempenho do seu papel como mãe, filha, amiga e esposa. Nesta última situação pode afetar a manutenção na relação de casal e conseqüentemente do desfrute da sexualidade.

O domínio meio ambiente também está relacionado à renda e à remuneração desse profissional, que quando insuficientes podem comprometer a aquisição de elementos essenciais à sobrevivência e manutenção das necessidades básicas como alimentação, moradia, assim como o acesso ao lazer, tecnologia e a informação (THEISEN, 2004; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010). Dessa forma, Mascarenhas, Prado e Fernandes (2012), em relação ao domínio meio ambiente, encontraram como questões mais comprometidas: cuidados de saúde e sociais, recursos financeiros e recreação e lazer.

Estudo realizado por Santos et al. (2016) encontrou associação entre maior tempo de trabalho na atividade de ACS e menores escores de QV relacionados à

capacidade funcional, limitações físicas, dor e limitações emocionais, sugerindo que este comprometimento pode estar relacionado às condições de trabalho desfavoráveis, como grandes metas a cumprir e morar e trabalhar no mesmo local.

Mascarenhas, Prado e Fernandes (2012), em estudo sobre o impacto da dor musculoesquelética na QV, encontraram que a prevalência da sintomatologia dolorosa nos últimos sete dias foi de 84,8% independente da região corporal afetada, achado este preocupante no que tange ao risco ocupacional, pois segundo os autores, pode interferir na realização das atividades diárias, causando limitação de movimentos até invalidez temporária.

As pessoas enfrentam situações estressantes e gratificantes durante o desempenho de suas atividades ocupacionais. Logo, as interações entre os trabalhadores, as características naturais e organizacionais do trabalho, assim como as expectativas pessoais são responsáveis pelos sentimentos desenvolvidos (JORGE et al., 2015). Dessa forma, os profissionais de saúde, ao lidarem diretamente com pessoas doentes estão mais expostos a situações geradoras de estresse, que podem se manifestar por sintomas físicos ou psicológicos (CUSTÓDIO et al., 2006; JORGE et al., 2015).

Quanto ao domínio das relações sociais, obtivemos médias elevadas, o que vai ao encontro de outros estudos realizados com ACS (JORGE et al., 2015; KLUTHCOVSKY et al., 2007; MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013). Esta situação pode ser explicada pela característica peculiar das funções desempenhadas por estes profissionais, em que sua essência está nas relações e nos vínculos estabelecidos, tanto com a população quanto com a equipe multiprofissional. Seu papel de mediador, trabalhando tanto na assistência à saúde como na assistência social faz com que desenvolvam boas relações com as pessoas assistidas, criando uma atmosfera de cumplicidade e sensibilidade, o que os fazem considerar seu trabalho gratificante e útil. Por outro lado, o maior envolvimento com a população, apesar de gerar alguns sentimentos positivos, pode trazer como consequência um maior desgaste emocional (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

Entretanto, a esfera psicológica dos ACSs pode ser influenciada negativamente por aspectos relacionados ao fato de integrarem uma equipe de profissionais que possuem maior nível de escolaridade, hierarquia e salário, assim como maior prestígio social e de liberdade de ações técnicas no contexto da

assistência à saúde, o que pode leva-los à uma degradação de sua autoestima (NUNES et al., 2002).

Observa-se, em pesquisas encontradas sobre o construto, assim como nesta investigação, que o domínio de meio ambiente se apresenta com menor escore médio quase unanimemente. Entretanto, estudo realizado por Azevedo et al. (2014) apontou para um menor escore médio no domínio físico.

Assim como no presente estudo, a pesquisa realizada por Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013) também apontou para menores escores médios nos domínios meio ambiente (47,4) e físico (64,0). Porém, o maior escore médio foi obtido no domínio das relações sociais (76,9), seguido do psicológico (74,3). Quanto à análise subjetiva da saúde, observaram que os ACS com satisfação negativa apresentaram associação estatisticamente significativa com o comprometimento do domínio físico, o que pode estar relacionado a questões como presença de dor e desconforto, dificuldade de sono e repouso, dependência de tratamento médico, dentre outras. Ainda, segundo estes autores, a qualidade da assistência prestada por estes profissionais à comunidade pode ser influenciada pela sua QV, o que justifica a importância de seu estudo.

Em relação aos resultados alcançados ao analisar o IPAQ-curto, no que se refere à classificação do nível de AF dos participantes, o estudo aponta que 62,72% possuem um nível alto de AF, 27,71% moderado e 9,57% baixo. O estudo realizado por Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013) identificou, também, que 62,3% dos ACS apresentavam prática de AF suficiente, semelhante ao presente estudo.

A predominância de profissionais do sexo feminino, que muitas vezes apresentam uma dupla jornada de trabalho, em que ao chegarem da UBS ainda realizam atividades domésticas, muitas vezes pesadas, como a realização de faxina, pode explicar o nível de AF elevado, já que tais atividades demandam tempo e esforço físico (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Pesquisa realizada com ACS atuantes no Brasil detectou que 52,9% deles praticam AF no tempo livre. A caminhada representa 69,5%, seguida da ginástica em academia com 28,8%. Dentre eles 30,4% praticam 3 dias por semana, enquanto 44,4% realizam a atividade mais de 3 dias por semana. A duração dessas atividades alcançou a média de 66 minutos (DP = 35,7) por dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2015).

Estudo realizado por Siqueira et al. (2009) envolvendo 3.347 profissionais de saúde de 240 UBS dos modelos tradicionais de assistência ou vinculadas à ESF, através da aplicação do IPAQ, verificou uma prevalência de sedentarismo (prática de AF com tempo inferior a 150 minutos por semana) de 27,5%. A atividade profissional de agentes comunitários de saúde esteve associada com o sedentarismo, sendo nesta classe encontrada a menor prevalência. Assim, os profissionais atuantes no modelo tradicional mostraram-se mais sedentários, sendo esta diferença explicada pela presença de ACS, que possuem ocupação bastante ativa apenas no modelo ESF.

Estudo realizado por Trindade et al. (2007) discutiu o fato desses profissionais não considerarem sua atividade laboral como pesada, já que não carregam grandes pesos ou fazem atividades pesadas durante a sua prática. Entretanto, esses profissionais realizam longas caminhadas em ruas com condições irregulares, assumindo posições incômodas, carregando equipamentos, como bolsas com materiais necessários para a realização das visitas domiciliares.

Estudo qualitativo, realizado por Matos et al. (2016), com ACS atuantes em Unidades de Saúde da Família, com o objetivo de refletir acerca dos desafios para a realização da visita domiciliar por esta categoria profissional, destacou, dentre os problemas vivenciados no cotidiano de trabalho, os relacionados ao ambiente, tais como a existência de locais íngremes e de difícil acesso, com ruas sem pavimentação, o que dificulta o acesso dos profissionais a certas localidades, podendo causar sobrecarga de trabalho, desgaste físico, riscos de acidentes e até mesmo doenças osteoarticulares.

O achado da presente pesquisa referente à 9,57% dos ACS possuírem baixo nível de AF corrobora com os resultados encontrados na pesquisa exploratório-descritiva realizada por Dissen et al. (2011), com oito ACS, todas do sexo feminino, de uma equipe de PACS de uma Unidade Básica de Saúde de um município do estado do Rio Grande do Sul, o qual identificou que as mesmas não praticavam exercícios físicos regularmente. Entretanto, destacou o fato de que, diariamente, essas agentes realizam longas caminhadas nas visitas domiciliares, além de realizarem atividades domésticas, fato que reforça a existência da dupla jornada de trabalho dessas profissionais, demandando tempo, esforço físico e envolvimento, assim como as retira do grupo de pessoas sedentárias. Além disso, o ambiente de trabalho inadequado e

a precariedade dos equipamentos utilizados foram considerados como cargas físicas no trabalho destas ACS.

Testes estatísticos foram realizados para avaliar a associação das variáveis sociodemográficas e dos domínios do WHOQOL-BREF com as categorias/níveis de AF do IPAQ-curto. Entretanto, a única variável que se associou ao desfecho nível de AF foi a escolaridade, sendo que os dados mostram que ter escolaridade mais alta aumenta a chance de ter baixo ou moderado nível de AF. No entanto, a associação foi muito fraca e isso pode ser visto pelo valor de p que foi exatamente 0,05.

Quanto à associação entre AF e QV, de acordo com os dados do presente estudo não há associação significativa entre essas duas variáveis. Essa ausência de associação pode ter ocorrido devido ao fato de a população de estudo ser muito homogênea e dessa forma não houve diferenças significativas entre os grupos analisados. Contudo, a literatura aponta para a existência de associações na população geral, em ambas situações, conforme discussão realizada a seguir (AZEVEDO et al., 2014; FERREIRA; DIETRICH; PEDRO, 2015; JORGE et al., 2015; KLUTHCOVSKY et al., 2007; MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013; PAULA et al., 2015; PUCCI et al., 2012; SANTOS, 2009; SANTOS, F. A. A. S. et al., 2016; SILVA et al., 2010; ZAMAI, 2009).

Estudo transversal realizado por Florindo et al. (2009), utilizando dados coletados em entrevistas por inquérito telefônico com 54.369 adultos de 26 capitais do país e do Distrito Federal, obtiveram como resultado as proporções de indivíduos ativos de 14,8% no lazer, 38,2% no trabalho, 11,7% no deslocamento e 48,5% nas atividades domésticas. Em dez capitais foram observados índices superiores a 60% de inativos no lazer. Os indivíduos do sexo masculino foram mais ativos que os do sexo feminino em todos os domínios, exceto nas atividades domésticas. Observou-se que a proporção de indivíduos ativos decresceu com o aumento da idade e que a escolaridade se associou diretamente com a AF no lazer.

Estudo internacional realizado em 20 países, com a aplicação do IPAQ-curto para adultos com idade entre 18 e 65 anos verificou que em países como a Bélgica, Brasil, Japão e Taiwan menos de um terço de suas populações se enquadraram na categoria alta da AF. Para a maioria dos países, os homens eram mais ativos, sendo que a prevalência de baixa AF variou de 7% a 43% entre os homens e de 6% a 49% entre as mulheres (BAUMAN et al., 2009).

Siqueira et al. (2009) em seu estudo com profissionais de saúde de UBS do Sul e Nordeste do Brasil obtiveram como resultado um maior percentual de sedentarismo nos profissionais que atuam em municípios de grande porte e possuem alto nível socioeconômico. Observaram, também, uma associação direta entre a prevalência de sedentarismo e escolaridade (SIQUEIRA et al., 2009).

A associação entre sedentarismo e nível socioeconômico pode ser explicada pelo deslocamento ativo, realização de serviços domésticos e laborais pesados, que exijam AF pesada, que são executados mais frequentemente entre os indivíduos com menor nível socioeconômico. Sendo que os ricos apresentam maior prática de AF no lazer (HALLAL et al., 2003). Além disso, existe uma forte associação entre nível econômico e tipo de atividade profissional, portanto, os ACS que são os profissionais mais ativos, são os que possuem menor remuneração no âmbito da atenção básica (SIQUEIRA et al., 2009).

Pesquisa realizada por Jonck et al. (2015), exclusivamente com pessoas do sexo feminino, investigou a prevalência de AF nesta população, obtendo o resultado de que, aproximadamente 58-76% eram suficientemente ativas (ativas + muito ativas), sendo a AF de intensidade moderada a mais prevalente. As variáveis relacionadas à faixa etária, ao estado conjugal, escolaridade, classe econômica, possuir filhos ou não e apresentar peso normal obtiveram resultados que pareciam não influenciar na prática de AF. Entretanto, mesmo que de maneira fraca, a idade e a escolaridade pareciam influenciar na prática de AF.

No presente estudo, quando da análise da associação dos ACS que possuíam nível de AF baixo e moderado com a satisfação com a saúde obtivemos o resultado de que 43,9% deles estavam muito insatisfeitos, insatisfeitos ou nem satisfeitos nem insatisfeitos e que 56,1% estavam satisfeitos ou muito satisfeitos. Em relação a auto avaliação da QV 18,2% deles consideraram ruim ou regular e 81,8% boa ou muito boa. Assim, podemos inferir que não houve associação entre tais variáveis. Todavia, Siqueira et al. (2009) em seu estudo com profissionais de saúde de UBS do Sul e Nordeste do Brasil obtiveram associação em relação ao sedentarismo e à variável “auto avaliação da qualidade de vida”, em que os participantes que a classificaram como ruim ou muito ruim, mostraram-se mais sedentários.

Estudo realizado com alunos, funcionários e professores da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), através da realização de análise bivariada, encontrou-

se que, relacionando cada domínio do WHOQOL com a variável padrão de AF, pessoas muito ativas apresentaram significativamente maiores escores de QV em relação aos inativos, exceto quanto ao domínio relações sociais. Assim, independente de sexo, idade e profissão, evidenciou que a AF acarreta melhoras na QV em todos os aspectos (SILVA et al., 2010).

Estudo transversal realizado por Santos et al. (2016) com agentes, utilizando o questionário multidimensional 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), ao verificar a associação entre variáveis socioeconômicas e valores do domínio Capacidade Funcional, que investigou presença e extensão das limitações relacionadas à capacidade e à AF dos ACS, obteve que sexo feminino (média de 61,94), ter mais de 40 anos (média = 60,41), morar com mais de quatro pessoas (média de 58,79) e trabalhar mais de 10 anos como Agente Comunitário de Saúde (média de 60,81) apresentaram médias de QV baixas e associação estatisticamente significativa.

A realização de AF apresenta aspectos positivos na saúde das pessoas das mais diversas faixas etárias e em suas diversas intensidades (leve, moderada e vigorosa), porém os maiores benefícios são obtidos com a de moderada e vigorosa intensidade (MAZZEO et al., 1998). Alguns estudos qualitativos realizados com ACS apontam para a contribuição da prática de AF na redução e reversão de efeitos nocivos que são potenciais causadores de doenças e problemas de saúde futuros (DISSEN et al., 2011; TRINDADE et al., 2007).

A relação entre exercício físico e a QV é apresentada com resultados positivos, porém há dificuldades em quantificar esses benefícios. Macedo et al. (2003) salientam a importância do exercício físico na saúde e, conseqüentemente na QV do indivíduo, enfatizando que sua prática é um fator importante no desempenho produtivo, já que capacita o ser humano para a realização de tarefas cotidianas, de modo mais eficaz e com melhor QV. Segundo o autor, essa melhora dos parâmetros de QV independe do sexo, entretanto o sexo feminino apresenta maiores benefícios quando comparado ao masculino.

Pesquisa realizada por Santos (2014), com ACS, objetivou a verificação da relação entre as práticas profissionais de promoção da AF com o nível de AF deles. Foi utilizado o IPAQ em sua versão longa para a avaliação da prática de atividades físicas moderadas e vigorosas no tempo de lazer e pedômetro para avaliar o número de passos diários de caminhada dados por estes profissionais. A média semanal de

prática de AF no lazer foi de pouco mais de 1 hora, com variação de nenhuma prática até 7 horas por semana. Apenas 18,5% das ACS atingiram pelo menos 150 minutos por semana de prática no lazer.

A pesquisa acima referida obteve o resultado de que metade dos ACS entrevistados aconselhavam usuários a praticarem AF e participavam de grupo de AF na unidade de saúde. Além disso, os que recomendavam AF para a população obtiveram maior média de passos diários de caminhada. Portanto, há indícios de que as práticas profissionais de promoção da AF por estes profissionais podem estar associadas com a realização do autocuidado e com a própria prática de AF, resultando em benefícios para a saúde dos usuários, assim como dos próprios ACS (SANTOS, 2014).

A baixa prevalência de comportamento saudável em relação à AF entre os profissionais de saúde pode acarretar a pouca realização de orientações aos pacientes, o que significa a perda de oportunidades nas unidades básicas quanto ao estímulo de práticas que resultam na prevenção de agravos, reabilitação e ajuda terapêutica a diversas morbidades, proporcionando melhores condições de vida às pessoas (SIQUEIRA et. al., 2009).

Estudo realizado por Santos et al. (2016) aponta como estratégias institucionais a serem adotadas para melhorar a QV dos ACS que participaram da pesquisa: a promoção de atividades físicas laborais em áreas comunitárias, objetivando a melhora do desempenho físico e redução da dor ou fadiga; a oferta de suporte ou acompanhamento psicológico visando o combate de tensões emocionais vivenciadas no ambiente laboral; e a valorização dos processos de trabalho através da escuta, da troca de informações e do reconhecimento da individualidade destes profissionais.

Os estudos transversais possuem limitações relacionadas às dificuldades para o estabelecimento de nexos causais. Por isso, existe a necessidade de se ter cuidado quanto a extrapolação dos resultados para outros grupos de trabalhadores, visto que algumas categorias de trabalhadores da saúde e mais especificamente os ACS possuem características específicas, como por exemplo escolaridade mais elevada e predominância do sexo feminino. Além disso, reproduzem uma imagem que retrata uma situação de saúde de um momento específico no tempo, em que alguns trabalhadores deixam de participar da presente coleta de dados por diferentes motivos, inclusive devido à afastamentos curtos ou prolongados por doença ou

condições específicas que podem estar afetando a saúde ou a vida, o que pode ser considerada uma fragilidade do método adotado.

Outra limitação a ser considerada, refere-se ao fato da presente pesquisa ter apresentado um longo período de coleta de dados, sendo dividida em dois momentos: o primeiro ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2015 e o segundo entre outubro de 2016 a fevereiro de 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu descrever o perfil sociodemográfico, avaliar a QV e identificar o nível de AF dos ACS, assim como correlacionar este nível de AF com a QV e fatores sociodemográficos obtidos. Foi possível ainda a discussão sobre a importância da AF para a promoção e manutenção da saúde, assim como para a prevenção e redução de agravos à saúde da população investigada, e também dos indivíduos por ela assistidos.

A dupla jornada de trabalho somada ao fato de morarem na comunidade de atuação, sendo que alguns usuários os procuram fora do horário de trabalho para esclarecimentos sobre atendimentos, medicamentos, encaminhamentos e funcionamento do serviço na UBS, faz com que estes profissionais tenham um nível de AF elevado, o que pode gerar benefícios, porém pode acarretar efeitos negativos quando existe uma sobrecarga de trabalho, gerando desgaste físico, psicológico e estresse.

As atividades de trabalho desempenhadas pelos ACS junto aos indivíduos, famílias e comunidades em seu cotidiano, requerem conhecimentos que, muitas vezes, extrapolam sua preparação ou formação. Isto nos faz refletir acerca da necessidade de inserção destes profissionais em processos de educação permanente, que trazem impacto no seu reconhecimento profissional e na construção de sua identidade profissional, além de benefícios e transformações de suas práticas e orientações junto à população por eles assistidas.

Outro ponto a ser trabalhado, diz respeito à adoção de políticas que possibilitem a melhoria das condições de trabalho, de segurança e de vida destes trabalhadores, de forma que eles possam desempenhar suas funções da melhor forma possível, com QV e conseqüentemente orientar as famílias e colocar em prática os princípios e as diretrizes do SUS.

A realização de diálogo com essa categoria profissional é de fundamental importância para que eles apontem os receios, as angústias, as dúvidas, as incapacidades ou dificuldades sentidas durante o desempenho de suas atividades. Portanto, devem ser encorajados a expressarem, tanto para a equipe multiprofissional como para os gestores do serviço, questões que devam ser trabalhadas, melhoradas ou modificadas para o alcance do pleno desenvolvimento de suas ações de trabalho.

Quanto à avaliação da QV dos ACS verifica-se que os resultados apontam para uma tendência dos domínios do WHOQOL-BREF apresentarem escores médios bons em relação à QV. Assim como a análise do IPAQ-curto nos permite inferir que a maioria dos ACS possuem nível alto ou moderado de AF. Portanto, resultados positivos para a saúde dessa categoria profissional. A quantificação desses benefícios, assim como da relação existente entre exercício físico e a QV é um desafio, devendo ser pesquisado e discutido. Outro ponto a ser trabalhado refere-se à relação existente entre as práticas profissionais de promoção da AF com o próprio nível de AF e o autocuidado, geradores de benefícios tanto para a saúde dos usuários como dos próprios ACS.

O estudo não esgota as reflexões acerca da temática apresentada, devendo ser complementado com pesquisas que utilizem outras metodologias. Recomenda-se a realização de pesquisas qualitativas visando aprofundar sobre o perfil desses trabalhadores para o diagnóstico das condições de trabalho e de vida, e mais especificamente sobre os motivos pelos quais alguns ACS (9, 57%) foram classificados como baixo nível de AF. Proporcionando, assim, o alicerce e embasamento adequados à formulação do planejamento de políticas, estratégias e ações a serem realizadas para mudanças positivas para eles e para a população assistida.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 153–164, 2004.

ALMEIDA, M. C. S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 93–100, 2016.

ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1705–1716, 2017.

ALVES, C. F. A.; SILVA, R. C. R. Fatores associados à inatividade física em adolescentes: um artigo de revisão. In: CAMPOS, H. J. C.; PITANGA, F. J. G. (Org.). **Práticas investigativas em atividade física e saúde**. Salvador: EdUFBA, 2013. p. 129–151.

ALVES, M. H.; PONTELLI, B. P. B. Doenças crônicas e a prática da atividade física no impacto das internações por causas sensíveis a atenção básica. **Revista Fafibe**, Bebedouro, v. 8, n. 1, p. 310–318, 2015. Disponível em: <<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015190159.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Physical activity improves quality of life**. 2015. Disponível em: <http://www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/PhysicalActivity/FitnessBasics/Physical-activity-improves-quality-of-life_UCM_307977_Article.jsp#.WvQpGogvyUk>. Acesso em: 15 out. 2017.

ARAÚJO, D. Y. M. L.; ANDRADE, J. S.; MADEIRA, M. Z. A. A atuação dos agentes comunitários de saúde do município de Teresina/ Piauí sobre hanseníase. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, p. 995–1002, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 5 maio 2015.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349–360, 2011.

AZEVEDO, S. F. et al. Perspectiva do envelhecimento, atividade física e qualidade de vida de trabalhadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 60–69, 2014.

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 53–70, 2014.

BARBANTI, V. J. **Dicionário de Educação Física e Esporte**. Barueri: Manole, 2003.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ARAÚJO, T. M. Musculoskeletal disorders among healthcare workers in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1569–1580, 2012.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229–232, 2007.

BAUMAN, A. et al. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 6, n. 1, p. 21, 2009.

BECK, C. C. et al. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 36–49, 2011.

BERNARDO, A. F. B. et al. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 231–235, 2013.

BEZERRA, A. F. B. et al. Conceptions and practices of community health agents caring for the elderly. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809–815, 2005.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. S. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11–20, 2016.

BIELEMANN, R. M. et al. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100307&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BOUCHARD, C.; BLAIR, S. N.; HASKELL, W. **Physical Activity and Health**. Champaign: Human Kinetics, 2006.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Coordenação de Atenção Básica. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Seção 1, p. 1

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2006. Seção 1, p. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 nov. 2011. Seção 1, p. 48

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura SF**. 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 99/2017 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017b. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Promulgação de partes vetadas Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jan. 2018. Seção 1, p. 1

BROWN, R. E. et al. The Association Between Frequency of Physical Activity and Mortality Risk Across the Adult Age Span. **Journal of Aging and Health**, Newbury Park, v. 25, n. 5, p. 803–814, 2013.

BUENO, D. R. et al. Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1001–1010, 2016.

CARMO, I. C. et al. Fatores associados à sintomatologia dolorosa e qualidade de vida em odontólogos da cidade de Teresina - PI. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 141–150, 2011.

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829–1838, 2016.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Thousand Oaks, v. 100, n. 2, p. 126–131, 1985.

CASTRO, T. A. et al. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294–301, 2017.

CHOI, N. G. Determinants of self-perceived changes in health status among pre-and early-retirement populations. **The International Journal of Aging and Human Development**, Farmingdale, v. 56, n. 3, p. 197–222, 2003.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937–946, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/RESOLUCAO2932004.PDF>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CORRÊA, J. S. et al. Fatores que influenciam na qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso na Di Marzari Panetteria. **Revista Acadêmica São Marcos**, Alvorada, v. 5, n. 2, p. 221–243, 2016.

COSTA, E. F. et al. Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2185–2198, 2015.

COSTA, S. M. et al. Community health worker: a core element of health actions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147–2156, 2013.

COUTINHO, R. X. et al. Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 441–449, 2013.

CRAIG, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 35, n. 8, p. 1381–1395, 2003.

CUSTÓDIO, L. C. et al. Avaliação do estresse ocupacional em Agentes Comunitários de Saúde da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 189–195, 2006.

DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389–394, 2011.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís. **Anais...** São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2017.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532–538, 2003.

DIAS, T. Y. A. F. et al. Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 576–581, 2014.

DIONYSSIOTIS, Y. et al. Association of physical exercise and calcium intake with bone mass measured by quantitative ultrasound. **BMC Women's Health**, London, v. 10, p. 12, 7 abr. 2010.

DISSEN, C. M. et al. Cargas físicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 807–812, 2011.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. suppl 1, p. 126–134, 2012.

DUNCAN, J. S.; SCHOFIELD, G.; DUNCAN, E. K. Step count recommendations for children based on body fat. **Preventive Medicine**, New York, v. 44, n. 1, p. 42–44, 2007.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 502–508, 1995.

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

FERREIRA, J. S.; DIETRICH, S. H. C.; PEDRO, D. A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 792–801, 2015.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513–518, 2012.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898–906, 2009.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899–916, 2011.

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

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19–28, 1999.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33–38, 2000.

FLORINDO, A. A. et al. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. Suplemento 2, p. 65–73, 2009.

FONSECA, A. C. M. **Corpo, biopolítica e direito**: percursos fisológicos da ordenação e regulação biológica. 2014. 272 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, R. S. et al. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 345–349, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONZÁLEZ, F. J.; FENSTERSEIFER, P. F. (Org.). **Dicionário crítico de educação física**. Ijuí: Unijuí, 2008.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255–268, 2010.

GOUVÊA, G. R. et al. Evaluation of knowledge of Oral Health of Community Health Agents connected with the Family Health Strategy. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1185–1197, 2015.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 25, n. spe, p. 37–43, 2011.

GUEDES, D. P.; GONÇALVES, L. A. V. Impacto da prática habitual de atividade física no perfil lipídico de adultos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 72–78, 2007.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. Impact of spirituality on physical health. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, n. Suplemento 1., p. 88–94, 2007.

GUIMARÃES, M. S. A.; MUCARI, T. B.; SOUSA, M. F. Perfil sociodemográfico dos agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família no município de Palmas-TO. **Desafios**, Palmas, v. 4, n. 3, p. 60–72, 2017.

HALLAL, P. C. et al. Nível de atividade física em adultos de duas áreas do Brasil: semelhanças e diferenças. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 573–580, 2005.

HALLAL, P. C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine and science in sports and exercise**, Madison, v. 35, n. 11, p. 1894–1900, 2003.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 39, n. 8, p. 1423–1434, 2007.

HIDALGO, K. D. et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. **BMC Public Health**, London, v. 16, n. 1, p. 1114, 2016.

HOFFMAN, S. J.; HARRIS, J. C. **Cinesiologia**: o estudo da atividade física. Porto Alegre: Artmed, 2002.

JEFFREY-COKER, F.; BASINGER, M.; MODI, V. **Open Data Kit**: Implications for the Use of Smartphone Software Technology for Questionnaire Studies in International Development. [2010?]. Disponível em: <<http://qsel.columbia.edu/assets/uploads/blog/2013/06/Open-Data-Kit-Review-Article.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

JONCK, V. T. F. et al. Prevalência de atividade física em mulheres. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 4, p. 533–540, 2015.

JORGE, J. C. et al. Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 4, n. 1, p. 28–41, 2015.

JUIZ DE FORA. Prefeitura. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde**: projeto de implantação. Juiz de Fora: PJF, 2014.

JULIO, A. L. Por uma visão psicossocial da autoestima de negros e negras. **Protestantismo em Revista**, São Leopoldo, v. 24, p. 62–69, 2011.

KAWAKATSU, Y. et al. Individual and contextual factors associated with community health workers' performance in Nyanza Province, Kenya: a multilevel analysis. **BMC Health Services Research**, London, v. 15, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1117-4>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193–219.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 176–183, 2007.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3 suppl, 2009.

KMETEUK FILHO, O. **Pesquisa e análise estatística**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 2005.

KRUG, R. R.; LOPES, M. A.; MAZO, G. Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 57–64, 2015.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 5, n. 1, p. 121–128, 2004. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130>>. Acesso em: 9 maio 2018.

LEINONEN, R.; HEIKKINEN, E.; JYLHÄ, M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 35, n. 1, p. 79–92, 2002.

LEVASSEUR, M.; DESROSIERS, J.; ST-CYR TRIBBLE, D. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 6, p. 30, 2008.

LINO, M. M. et al. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 57–64, 2012.

LLOBET, M. P. et al. Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 467–475, 2011.

LOPES, D. M. Q. et al. Community health agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633–640, 2012.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; AVEZUM-JR, A. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 55–57, 2011.

MACEDO, C. S. G. et al. Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 19–27, 2003.

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

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz. **Revista de Educação Física**, Rio Claro, v. 16, n. 4, p. 1024–1032, 2010.

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

MALINA, R. M.; LITTLE, B. B. Physical activity: the present in the context of the past. **American journal of human biology**, New York, v. 20, n. 4, p. 373–391, 2008.

MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79–86, 2009.

MARIUCCI, E. M. S.; ALMEIDA, C. C. R. Mulher e trabalho: um debate necessário no contexto das políticas neoliberais. In: SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 1., 2010, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2010. p. 25–35. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/3.ElzaMariucci.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MARQUES, R. F. R. Qualidade de Vida, Atividade Física e Saúde: Relações na Busca de uma Vida Melhor. In: NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5. ed. Londrina: Midiograf, 2010. p. 111–130.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 14, p. 668–680, 2012.

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

MATOS, D. C.; SILVA, J. E.; LOPES, C. S. **Dicionário de educação física, desporto e saúde**. Rio de Janeiro: Rubio, 2005.

MATOS, D. S. et al. Visita domiciliar: dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, v. 20, n. 214, 2016. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd214/visita-domiciliar-dificuldades-pelos-acs.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 10, n. 4, p. 41–50, 2002.

MATSUDO, S. M. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2001.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 2–13, 2001.

MAZO, G. Z.; MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B. Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos. **Psicologia para América Latina**, México, n. 18, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2017.

MAZZEO, R. S. et al. Exercício e atividade física para pessoas idosas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 48–78, 1998.

MEDEIROS, I. M. P. J. et al. A influência da fisioterapia na cognição de idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Unilus Ensino e Pesquisa**, São Paulo, v. 12, n. 29, p. 15–21, 2015.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de Saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698–709, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERTINS, S. M. et al. Consulta de enfermagem: um relato de experiência. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 11, n. 20, p. 837–840, 2011.

MEURER, S. T. et al. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 683–695, 2012.

MILES, L. Physical activity and health. **Nutrition Bulletin**, Malden, v. 32, n. 4, p. 314–363, 2007.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil**. Salvador: MS; ISC/UFBA, 2015. (Projeto de cooperação entre o Ministério da Saúde e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Relatório Final).

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639–1646, 2002.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639–1646, 2002.

OLIVEIRA, A. P.; ANDRADE, D. R. Influência da prática de atividade física nos Programas de Promoção da Saúde nas empresas privadas: uma revisão bibliográfica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 192–200, 2013.

OLIVEIRA, B. M.; MININEL, V. A.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 130–135, 2011.

OLIVEIRA, F. A. et al. Benefícios da Prática de Atividade Física Sistematizada no Lazer de Idosos: Algumas Considerações. **LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 262–304, 2015.

OPEN DATA KIT. **Open Data Kit**. OpenDataKit. Magnifying human resources through technology. 2015, Disponível em: <<https://opendatakit.org/>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008. (Versão traduzida para o Português). Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/en/>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

PAPATHANASIOU, G. et al. Criterion-related validity of the short International Physical Activity Questionnaire against exercise capacity in young adults. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation: Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology**, London, v. 17, n. 4, p. 380–386, 2010.

PARDINI, R. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ- Versão 6): Estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 9, n. 3, p. 45–51, 2001.

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

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265–271, 2009.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241–250, 2012.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 10, n. 3, p. 49–54, 2002.

PUCCI, G. C. M. F. et al. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 166–179, 2012.

REID, K. J. et al. Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. **Sleep Medicine**, Amsterdam, v. 11, n. 9, p. 934–940, 2010.

REIS, R. S.; PETROSKI, E. L.; LOPES, A. S. Medidas da atividade física: revisão de métodos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 89–96, 2000.

RIBAS, A. et al. Qualidade de vida: comparando resultados em idosos com e sem presbiacusia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 353–362, 2014.

ROCHA, N. H. N.; BARLETTO, M.; BEVILACQUA, P. D. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 847–857, 2013.

SANTOS, A. L. P. **A relação entre a atividade física e a qualidade de vida**. 2009. 174 f. Tese (Doutorado em Pedagogia do Movimento Humano) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SANTOS, A. L. P.; SIMÕES, A. C. Educação Física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 181–192, 2012.

SANTOS, F. A. A. S. et al. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 191–197, 2016.

SANTOS, M. R.; PIERANTONI, C. R.; SILVA, L. L. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1165–1181, 2010.

SANTOS, R. D. et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 1 Suplemento 3, p. 1–40, 2013.

SANTOS, T. I. **Estilo de vida e práticas profissionais para a promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde**. 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SANTOS, T. I. et al. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 20, n. 2, p. 165, 2015.

SCHRAIBER, L.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto**: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29–47.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580–588, 2004.

SILVA, C. R. C. et al. Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. spe2, p. 113–123, 2014.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis**: agente institucional ou agente de comunidade? 2001. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, 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: Comunicação Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75–96, 2002.

SILVA, J. S. et al. Supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 899–906, 2014.

SILVA, R. B. et al. Relação da prática de exercícios físicos e fatores associados às regulações motivacionais de adolescentes brasileiros. **Motricidade**, Vila Real, v. 8, n. 2, p. 8–21, 2012. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/708>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

SILVA, R. S. et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 115–120, 2010.

SILVEIRA, M. M. et al. Atividade física e doenças crônicas em adultos e idosos. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 695–700, 2011.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865–1876, 2017.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1917–1928, 2009.

STRONG, W. B. et al. Evidence based physical activity for school-age youth. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 146, n. 6, p. 732–737, 2005.

TAVAKOLI-FARD, N. et al. Quality of life, work ability and other important indicators of women's occupational health. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, Lodz, v. 29, n. 1, p. 77–84, 2015.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63–80, 2000.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Psychological Medicine**, London, v. 28, p. 551–558, 1998a.

THE WHOQOL GROUP. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)**: development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1569–1585, 1998b.

THEISEN, N. I. S. **Agentes comunitários de saúde (ACS)**: condições de trabalho e sofrimento psíquico. 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2004.

THEMANSON, J. R.; PONTIFEX, M. B.; HILLMAN, C. H. Fitness and action monitoring: evidence for improved cognitive flexibility in young adults. **Neuroscience**, Oxford, v. 157, n. 2, p. 319–328, 2008.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4395–4404, 2011.

TOSCANO, J. J. O. et al. Prevalência de dor em servidores públicos: associação com comportamento sedentário e atividade física de lazer. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 106–110, 2016.

TRINDADE, L. L. et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 473–479, 2007.

TRINDADE, L. L. et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 684–689, 2010.

TUBINO, M. J. G.; TUBINO, F. M.; GARRIDO, F. A. C. **Dicionário Enciclopédico do Esporte**. São Paulo: Senac, 2007.

TUDOR-LOCKE, C. et al. BMI-referenced standards for recommended pedometer-determined steps/day in children. **Preventive Medicine**, New York, v. 38, n. 6, p. 857–864, 2004.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327–339, 2010.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity guidelines for Americans 2008**. Washington, DC: USDHHS, 2008. Disponível em: <<http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

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

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida e o mundo do trabalho. In: VILARTA, R.; GONÇALVES, A. **Atividade física e qualidade de vida: explorando teoria e prática**. Barueri: Manole, 2004. p. 103–139.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54–70, 2010.

ZAGO, A. S. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 153–158, 2010.

ZAMAI, C. A. et al. Atividade Física na Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida: Contribuições do Programa Mexa-se Unicamp. In: GUTIERREZ, G. L.; VILARTA, R.; MENDES, R. T. (Org.). **Políticas Públicas Qualidade de Vida e Atividade Física**. Campinas: Ipes, 2011. p. 179–193.

ZAMAI, C. A. **Impacto das atividades físicas nos indicadores de saúde de sujeitos adultos**: Programa Mexa-se. 2009. 169 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário parte do instrumento da pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – Condições de Trabalho e de Vida”



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM



BLOCO E

EN1 - As próximas perguntas se referem à realização de atividades físicas. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividades físicas na ÚLTIMA SEMANA.

EN2 - As perguntas incluem atividades que você fez no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

EN3 - Para responder as questões lembre-se que:

EN4 - Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

EN5 - Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

EN6- Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por **pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

E1. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por **pelo menos 10 minutos contínuos** em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

E1.1 Dias _____ por SEMANA 0 Nenhum (**Pular para a questão E3**)

EN7 Utilizar 0 para nenhum e 7 para máximo de dias por semana

E2. Nos dias em que você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

E2.1 Horas _____ E2.2 Minutos _____

E3. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS, por pelo **menos 10 minutos contínuos**.

EN8 - Como por exemplo – pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

E3.1 Dias _____ por SEMANA 0 Nenhum

E4. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

E4.1 Horas _____ E4.2 Minutos _____

E5. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS, por pelo **menos 10 minutos contínuos**.

EN9 - Como por exemplo – correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar (capinar) no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

E5.1 Dias _____ por SEMANA 0 Nenhum

E6. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

E6.1 Horas _____ E6.2 Minutos _____

EN10 - Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

E7. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

E7.1 Horas _____ E7.2 Minutos _____

E8. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

E8.1 Horas _____ E8.2 Minutos _____

BLOCO J

JN1 - Avaliação da Qualidade de Vida - WHOQOL – ABREVIADO

JN2 - Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e diga-me qual parece a melhor resposta.

| | | | | |
|--|--------|--------------------|-------|-------------|
| J1. Como você avaliaria sua qualidade de vida? | | | | |
| 1 Muito ruim | 2 Ruim | 3 Nem ruim nem boa | 4 Boa | 5 Muito boa |

| | | | | |
|---|----------------|-----------------------------------|--------------|--------------------|
| J2. Quão satisfeito você está com sua saúde | | | | |
| 1 Muito insatisfeito | 2 insatisfeito | 3 Nem satisfeito nem insatisfeito | 4 Satisfeito | 5 Muito satisfeito |

JN3 - As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | 1 Nada | 2 Muito pouco | 3 Mais ou menos | 4 Bastante | 5 Extremamente |
|--|--------|---------------|-----------------|------------|----------------|
| J3. Em que medida acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J5. O quanto você aproveita da vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| J6. Em que medida acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J7. O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J9. Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

JN4 - As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | 1 Nada | 2 Muito pouco | 3 Médio | 4 Muito | 5 Completamente |
|---|--------|---------------|---------|---------|-----------------|
| J10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J11. Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J13. Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J14. Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

JN5 - As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | | | | | |
|---|--------------|--------|--------------------|-------|-------------|
| J15. Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 Muito ruim | 2 Ruim | 3 Nem ruim nem bom | 4 Bom | 5 Muito bom |
|---|--------------|--------|--------------------|-------|-------------|

| | 1 Muito insatisfeito | 2 Insatisfeito | 3 Nem satisfeito nem insatisfeito | 4 Satisfeito | 5 Muito satisfeito |
|---|----------------------|----------------|-----------------------------------|--------------|--------------------|
| J16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|----------------------|----------------|-----------------------------------|--------------|--------------------|
| (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | | | | | |
| J21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 1 Muito insatisfeito | 2 Insatisfeito | 3 Nem satisfeito nem insatisfeito | 4 Satisfeito | 5 Muito satisfeito |
| J23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

JN6 - As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | | | |
|--|-----------------|------------------|------------------------|----------|
| J26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | | | | |
| 1 Nunca | 2 Algumas vezes | 3 frequentemente | 4 Muito frequentemente | 5 Sempre |

Bloco N: QUESTÕES SOBRE SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

1. Em que dia/mês/ano você nasceu? ____/____/____

2. Em que município, estado e País você nasceu?

Município: _____

Estado: _____

País: _____

3. O Censo Brasileiro do IBGE, usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

- | | |
|---|----------|
| 1 | Preta |
| 2 | Parda |
| 3 | Branca |
| 4 | Amarela |
| 5 | Indígena |

4. Atualmente, você é...

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | Casado(a) ou vive em união |
| 2 | Separado(a), ou divorciado(a) |

| | |
|---|---|
| 3 | Viúvo(a) |
| 4 | Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união) |

| | |
|---------------------|-----------|
| 5. Qual o seu sexo? | |
| 1 | Masculino |
| 2 | Feminino |

| | |
|---|--------------------------|
| 6. O seu trabalho, na UAPS, exige que tipo de qualificação? | |
| 1 | 1º grau incompleto |
| 2 | 1º grau completo |
| 3 | 2º grau incompleto |
| 4 | 2º grau completo |
| 5 | Universitário Incompleto |
| 6 | Universitário Completo |
| 7 | Pós-graduação |

| |
|--|
| 7. Qual a sua formação profissional? _____ |
|--|

| |
|--|
| 8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)? _____ |
|--|

| | |
|---------------------|--------------------|
| 9. Você tem filhos? | |
| 1 | Sim Quantos? _____ |
| 2 | Não |

| | |
|--|-----------------|
| 10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora? | |
| 1 | Menos de um ano |
| 2 | De 1 a 3 anos |
| 3 | De 4 a 6 anos |
| 4 | De 7 a 9 anos |
| 5 | 10 ou mais anos |

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| 11. A residência onde você mora é? | |
| 1 | Própria já pago |
| 2 | Própria ainda pagando |
| 3 | Alugada |
| 4 | Cedida |
| 5 | Outra condição Qual? _____ |

| |
|---|
| 12. Quantas pessoas moram com você? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa) |
|---|

| | |
|--|-------------------------------|
| 1 Sim, uma | |
| 2 Sim, mais de uma 3 Não | |
| 17. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual a quantidade: | |
| Televisão em cores | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Rádio (não considerar rádio de automóvel) | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Máquina de lavar roupa | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Videocassete ou DVD | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Geladeira | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Freezer | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Microcomputador | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Lava-Louças | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Microondas | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Motocicleta | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Secador de Roupa | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Banheiros | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |
| Automóveis | 1 Sim Quantos? _____ 2 Não |

| | |
|--|------------------------------|
| 18. No mês passado qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida , isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa? | |
| 1 | Até 1 salário mínimo |
| 2 | Entre 1 e 2 salários mínimos |
| 3 | Entre 2 e 3 salários mínimos |

- | | |
|----|-------------------------------|
| 4 | Entre 3 e 4 salários mínimos |
| 5 | Entre 4 e 5 salários mínimos |
| 6 | Entre 5 e 6 salários mínimos |
| 7 | Entre 6 e 7 salários mínimos |
| 8 | Entre 7 e 8 salários mínimos |
| 9 | Entre 8 e 9 salários mínimos |
| 10 | Entre 9 e 10 salários mínimos |
| 11 | Mais de 10 salários mínimos |

19. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. _____ pessoas

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
 36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Trabalhadores da Atenção Primária a Saúde – condições de trabalho e de vida”**. Nesta pesquisa pretendemos **conhecer as condições de vida e saúde de trabalhadores que atuam na Atenção Primária a Saúde; descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde; analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde doença e contribuir para o desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde destes trabalhadores.** O motivo que nos leva a estudar **as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da Atenção Primária a Saúde é o fato de que não existem dados consolidados e estudos que revelem as condições de vida e de trabalho a que estão expostos os trabalhadores deste setor”**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) será submetido a coleta de dados em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com sua permissão através de equipamento eletrônico para posterior análise. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. A pesquisa contribuirá para **o diagnóstico das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da Atenção Primária a Saúde de Juiz de Fora.**

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“Trabalhadores da Atenção Primária a Saúde – condições de trabalho e de vida”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante

Assinatura do(a) Pesquisador (a)

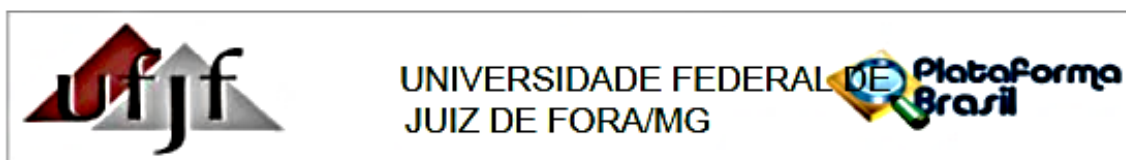
Nome do Pesquisador Responsável: Rosângela Maria Greco
 Endereço: Campus Universitário da UFJF – Faculdade de Enfermagem
 CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG
 Fone: (32) 98404-8838 / E-mail: romagreco@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana - UFJF
 Campus Universitário da UFJF
 Pró-Reitoria de Pesquisa
 CEP: 36036-900
 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida

Pesquisador: Rosângela Maria Greco

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 40343414.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 932.708

Data da Relatoria: 13/01/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 488/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N | | |
| Bairro: SÃO PEDRO | | CEP: 36.036-900 |
| UF: MG | Município: JUIZ DE FORA | |
| Telefone: (32)2102-3788 | Fax: (32)1102-3788 | E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br |

Continuação do Parecer: 932.708

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Modificar o sobrenome da pesquisadora responsável na Folha de Rosto, parece que houve um erro de digitação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 486/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Março de 2017

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 486/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 14 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

| | | | |
|------------------------------------|--------------------|---------------------------------|--|
| Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N | | | |
| Bairro: SAO PEDRO | CEP: 36.038-900 | | |
| UF: MG Município: | JUIZ DE FORA | | |
| Telefone:(32)2102-3788 | Fax: (32)1102-3788 | E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br | |