

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Karine Martins Ferreira

QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Juiz de Fora

2016

Karine Martins Ferreira

QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para o grau de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosangela Maria Greco

Juiz de Fora

2016

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

Martins Ferreira, Karine.

Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde / Karine Martins Ferreira. -- 2016.
87 f. : il.

Orientadora: Rosangela Maria Greco
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Qualidade de Vida. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Agente Comunitário de Saúde. I. Maria Greco, Rosangela, orient. II. Título.

Karine Martins Ferreira

QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora do Programa de PósGraduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em ___/___/___

Profª Drª Rosangela Maria Greco (Orientadora)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes (Titular)

Universidade Estadual de Londrina

Profª Drª Girlene Alves da Silva (Titular)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Kelli Borges dos Santos (Suplente)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Brígida Gimenez Carvalho (Suplente)

Universidade Estadual de Londrina

Dedico a minha mãe, pelo apoio,
compreensão, carinho e incentivo para
vencer as dificuldades e concretizar esse
sonho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, por ter me dado saúde, coragem e força para enfrentar os obstáculos e superar os desafios.

Ao meu pai (*in memoriam*) por todos os ensinamentos, orientações e apoio, e por sempre ter-me incentivado a buscar meus sonhos com sinceridade, perseverança, e acima de tudo humildade. À minha mãe Valéria pelo carinho, amor incondicional e apoio nos momentos mais difíceis, sempre mostrando alegria e garra frente às dificuldades.

À meu irmão Felipe, exemplo de persistência, por me acalmar nos momentos de crise, muito obrigada pela amizade e por me fazer enxergar a vida de forma mais leve. À minha irmã Allana, que mesmo distante mantém-se sempre acreditando e torcendo por mim.

Ao meu amor Rodolfo, pela doação e paciência em entender minhas ausências mesmo quando eu estava presente.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a Rosangela Maria Greco, por ter confiado em mim, e por sempre me orientar com carinho e paciência. Obrigado por ter me possibilitado essa conquista. Tudo que eu conquistar daqui para frente estará, de certa forma, relacionado a esse passo que só foi possível com a sua ajuda.

À Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes e a Prof^a. Dr^a Girlene Alves da Silva pelas contribuições e direcionamentos que permitiram aprimorar esta investigação.

À Prof^a. Ms Bernadete Marinho Bara de Martin Gama, por todos os ensinamentos desde a graduação, por ser um exemplo, meu mais que especial obrigada.

Aos colegas do projeto de pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e de vida”, pela parceria fundamental para o nosso sucesso. Em especial a Denise, por todo carinho e por estar sempre disponível em ajudar.

Aos amigos da Nefroclin, por toda generosidade, não seria possível sem o acolhimento de vocês.

À coordenação do curso do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, representada pela Profa . Dra Anna Maria de Oliveira Salimena, e também a secretária do mestrado Elisângela Almeida por sua disponibilidade e presteza em ajudar quando precisamos.

Aos professores do Programa de Pós Graduação do Mestrado em Enfermagem da UFJF, pelas disciplinas e crescimento propiciado. Aos colegas de turma, obrigada pelos momentos de aprendizado compartilhados.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, que me receberam, compartilharam suas histórias de vida e trabalho e contribuíram para que eu pudesse concretizar essa pesquisa.

A todos que participaram dos meus momentos de alegria, angústia, apreensão e que de alguma forma fizeram parte deste sonho me fortalecendo vencer mais esta jornada.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Existem três modelos de atenção à saúde presentes na Atenção Básica no Brasil, vem se fortalecendo através da Estratégia de Saúde da Família e do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde esse primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde, o trabalho nesses dois modelos mencionados é desempenhado por um coletivo de trabalhadores e o Agente Comunitário de Saúde ganha destaque, estando envolvido em uma variedade de situações que podem comprometer sua Qualidade de Vida, uma vez que representa uma ponte entre a equipe de saúde e a comunidade, justificando assim, pesquisas direcionadas a estes profissionais. Neste sentido, este estudo objetivou analisar a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de corte transversal e com abordagem quantitativa, com uma amostra aleatória de 212 agentes comunitários de saúde. A coleta de dados foi realizada entre julho e outubro de 2015, foi utilizado um questionário contendo informações sociodemográficas, ocupacionais, e relacionados a avaliação da Qualidade de Vida através do instrumento World Health Organization Quality of Life – Bref. Os dados foram submetidos às estimativas das razões de prevalência brutas e ajustadas, com intervalo de confiança de 95%, a partir do modelo de regressão de Poisson. A amostra estudada foi predominantemente composta por mulheres (91,5%), com idade média de 44 anos, casadas ou em união estável (55,5%), católicas (57,8%), com filhos (76%) e cujo tempo de trabalho é de 11 a 15 anos (47,6%). O que se refere aos domínios do instrumento utilizado para avaliar a Qualidade de Vida, o domínio psicológico apresentou maior escore médio (73,7), seguido pelos domínios relações sociais (72,0), e físico (69,0), sendo que o domínio meio ambiente (57,82) foi o que apresentou menor escore. Nas correlações entre as variáveis o domínio Físico apresentou estatística significativa para filhos e idade ($p < 0,001$), o domínio Psicológico para idade ($p < 0,001$), o domínio Relações Sociais para escolaridade ($p < 0,001$) e o domínio Meio Ambiente para sexo ($p = 0,002$), idade ($p < 0,001$) e carga horária semanal ($p < 0,001$), as demais apresentaram-se independentes. Espera-se que esta investigação possa inquietar e despertar para melhorias nas condições de trabalho e de vida desta população, buscando condições que possibilitem a Qualidade de Vida. Sendo assim, pensamos que além da elaboração de políticas públicas específicas para esses trabalhadores, se faz necessário promover espaços de diálogo. Estes profissionais precisam ter voz e sentir-se seguros, além de possuírem conhecimentos específicos dos riscos que são inerentes de suas atividades laborativas. Acreditamos que desta forma esse profissional possa ser de fato um mediador.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Saúde do Trabalhador. Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

There are three health care models present in Primary Care in Brazil, has been strengthened through the Family Health Strategy and Program of Community Health Agents this first level of care of the Unified Health System, the work on these two models mentioned is accomplished by a collective of workers and the Community Health Agent is highlighted, being involved in a variety of situations that can compromise their quality of life, as it represents a bridge between the community and health services, thus justifying, directed research about these professionals. In this sense, this study aimed to analyze the quality of life of Community Health Agents who work in primary health care. It is a descriptive-analytical study with cross-sectional and quantitative approach, with a random sample of 212 Community Health Agents. Data collection was carried out between July and October 2015, we used a questionnaire containing demographic information, occupational, and related evaluation of the Quality of Life through the instrument World Health Organization Quality of Life - Bref. The data were subjected to the estimates of prevalence ratios gross and adjusted, with 95% confidence interval, from the Poisson regression model. The sample was predominantly composed of women (91.5%), mean age 44, married or in a stable relationship (55.5%), Catholic (57.8%) with children (76%) and whose working time is 11 to 15 years (47.6%). What refers to the areas of the instrument used to assess the quality of life, the psychological domain had the highest mean score (73.7), followed by the social relationships (72.0), and physical (69.0), with the environment domain (57.82) showed the lowest score. The correlations between variables the physical domain showed statistically significant for children and age ($p = <0.001$), the psychological domain to age ($p = <0.001$), Social Relations domain to education ($p = <0.001$) and the Middle area environment for gender ($p = 0.002$), age ($p = <0.001$) and weekly working hours ($p = <0.001$), the others showed to be independent. It is hoped that this research may fidget and wake up to improvements in working and living conditions of this population, seeking conditions that allow the Quality of Life. Therefore, we think that besides the development of specific policies for these workers, it is necessary to promote dialogue spaces. These professionals need to have a voice and feel safe, in addition to having specific knowledge of the risks inherent in their work activities. We believe that this way this professional can actually be a mediator.

Keywords: Quality of Life. Worker's health. Community Health Agent.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de Juiz de Fora.....	36
Figura 2: Delimitação da população do estudo	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Valores do Coeficiente de Cronbach.....	34
Quadro 2: Descrição das Variáveis Independentes	39
Quadro 3: Apresentação das Classes utilizadas para classificação socioeconômica	41
Quadro 4: Descrição das Variáveis Dependentes.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n= 212). Juiz de Fora 2015	46
Tabela 2: Classificação econômica, segundo Critério Brasil, dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n= 212). Juiz de Fora 2015	47
Tabela 3: Percepção sobre a Qualidade de Vida e Satisfação com a Própria Saúde dos Agentes Comunitário de Saúde, amostra (n= 212). Juiz de Fora 2015	48
Tabela 4: Distribuição dos Resultados do domínios do WHOQOL-Bref, dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n= 212). Juiz de Fora 2015	48
Tabela 5: Distribuição dos Resultados dos Domínios de acordo com cada faceta do WHOQOL-Bref, amostra (n= 212). Juiz de Fora 2015.....	49
Tabela 6: Caracterização ocupacional dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n= 212). Juiz de Fora 2015	50
Tabela 7: Correlação entre as variáveis independentes e os domínios do WHOQOL-Bref, amostra (n= 212). Juiz de Fora 2015	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS - Agente (s) Comunitário (s) de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DP - Desvio padrão

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de confiança

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ODK - Open Data Kit Collect SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde

WHOQOL-Bref - World Health Organization Quality of Life Bref

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	OS MODELOS DE ATENÇÃO NO BRASIL: O Lugar dos Agentes Comunitários de Saúde.....	22
3.2	QUALIDADE DE VIDA: ASPECTOS CONCEITUAIS E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	30
4	MÉTODO	35
4.1	DELINEAMENTO.....	35
4.2	CENÁRIO.....	36
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	37
4.4	INSTRUMENTOS DA INVESTIGAÇÃO.....	38
4.5	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES	41
4.6	COLETA DE DADOS	43
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
4.6	ANÁLISE ESTÁTISTICA.....	45
5	RESULTADOS	46
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	46
5.2	ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E OS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF	51
6	DISCUSSÃO	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	71
	ANEXOS	74

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa apresenta como objeto de estudo a Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde, que são profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS).

No Brasil, com a Reforma Sanitária, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que propõe como princípios universalidade, equidade, integralidade da atenção à saúde, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social que são princípios organizativos da Atenção Primária à Saúde (APS), que a ordenam e orientam (BRASIL, 2012b).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que contempla a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte os determinantes, condicionantes e a situação de saúde das coletividades e promova a autonomia das pessoas (BRASIL, 2012b).

Atualmente, o Brasil apresenta três modelos de Atenção à Saúde na APS: O Modelo Tradicional, que trabalha com especialidades clínicas somadas que seguem o modelo biologicista, no qual as ações de saúde se concentram na imagem de um único profissional, o médico, e o processo de trabalho centra-se no corpo e na doença (TOMASI et al., 2011).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o principal modelo utilizado para implementação da APS no Brasil. Esta visa à reorganização da atenção básica, segue a lógica da vigilância à saúde e representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2011). Atualmente, através da Estratégia Saúde da Família, a APS está presente em 5.296 municípios do país, com a implantação de 37.812 equipes, cobrindo cerca de 60% da população brasileira. Essa estratégia pretende ampliar o modo de enxergar o cuidado em saúde, extrapolando o modelo biomédico, mencionado anteriormente (PEREIRA et al., 2014; SHIMIZU HE, ALVÃO, 2012; BRASIL, 2015a).

Outro modelo assistencial é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que surgiu antes da ESF com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização dos serviços de saúde em âmbito local, descentralizando e personalizando o cuidado para atender às necessidades da população. Inicialmente a

institucionalização do PACS estava associada à busca pela melhoria dos índices de morbimortalidade infantil e de algumas epidemias na região nordeste do país e posteriormente norte. Atualmente, nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a ESF (BRASIL, 2012).

Sendo assim, por meio da ESF e do PACS, a APS vem se fortalecendo como o primeiro nível de atenção do SUS e tem como intuito prover a manutenção da saúde, além de atuar no processo de adoecimento do indivíduo (BRASIL, 2012).

A APS é desenvolvida por um coletivo de trabalhadores de categorias profissionais diversas que, com seus saberes, atuam junto à população a fim de colocar em prática os princípios do SUS. Estes trabalhadores podem ser divididos em dois grupos, o primeiro é composto por aqueles que se inserem na intervenção direta da ação em saúde, como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, e o segundo grupo é formado por aqueles que atuam indiretamente nos serviços, como: porteiros, funcionários dos serviços gerais e administrativos (PAIM *et al.*, 2011). Como já dito anteriormente, esta investigação terá como foco a categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde.

O trabalho na APS é caracterizado como de grande complexidade, devido, principalmente, mas não exclusivamente, às constantes mudanças do processo de trabalho. O agente comunitário de saúde (ACS) é inserido em um contexto de transformação no modelo de atenção à saúde, deve este profissional atuar como um elo entre o sistema de saúde e a família/comunidade, tendo como pré-requisito mínimo de atuação ser residente da área de abrangência da Unidade Saúde da Família (USF) (SCHMIDEL, 2009).

Sendo assim, o desempenho profissional do ACS é relevante, pois se apresenta em situação singular na equipe, atuando como uma ponte entre os profissionais da equipe multiprofissional e a comunidade (BRASIL, 2002a).

De acordo com a Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, que rege a categoria dos ACSs, este profissional tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006).

Ainda segundo essa lei, as atividades desses profissionais na sua área de atuação são a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da

comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006). Por isso, cabe destacar que a qualidade da assistência prestada pode ser influenciada por sua Qualidade de Vida.

Mascarenhas (2011) aponta que falta reconhecimento de que os ACSs são trabalhadores merecedores de um olhar voltado para suas condições de vida e trabalho, visando à ampliação do conhecimento das situações de exposição ocupacional, assim como para os comportamentos que podem representar riscos à saúde e à qualidade de vida desses sujeitos. Destarte, esta investigação propõe estudar a qualidade de vida desses trabalhadores.

A inquietude com questões relacionadas à qualidade de vida veio de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

O tema Qualidade de Vida passou a ter significado e importância no Brasil a partir da década de 90, mais especificamente em 1992, quando os estudos passaram a ser desenvolvidos nos campos da saúde e do trabalho, tendo como finalidade verificar indicadores de qualidade presentes em vários contextos sociais, de modo a fazer um diagnóstico que possibilite a intervenção através das políticas públicas (MASCARENHAS, 2011).

Segundo Nahas (2003), a qualidade de vida (QV) é a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, que podem ser modificáveis ou não, caracterizando assim as condições em que vive o ser humano. Entre os parâmetros socioambientais, destacam-se: condições de trabalho, moradia, transporte, assistência médica, segurança, educação, opções de lazer e meio ambiente; enquanto que, entre os parâmetros individuais, estão: hereditariedade e estilo de vida.

O conceito de QV muitas vezes é adotado como sinônimo de satisfação pessoal, condições de vida e estilo de vida, seus indicadores vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida (NAHAS, 2003). Devido a essa complexidade, Almeida e Gutierrez (2004) corroboram no sentido de afirmar que qualidade de vida se torna de difícil compreensão e necessita de certas delimitações que possibilitem sua

operacionalização em análises acadêmicas.

Nesta concepção, QV pode ser considerada como uma área de conhecimento em processo de definição, uma vez que o interesse sobre a mesma tem aumentado recentemente, sendo assim, lacunas ainda permanecem e precisam ser exploradas.

Assim, mesmo diante das reflexões sobre Qualidade de Vida (QV), ainda hoje há uma imprecisão conceitual, justificada pela grande subjetividade do tema, uma vez que, na definição cotidiana, pode representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, além de morar bem, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão e ter segurança (QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 2000, p. 179). De acordo com a OMS, o conceito de qualidade de vida conserva aspectos relevantes à individualidade e à subjetividade de cada sujeito com base no seu próprio julgamento pessoal (OMS, 1995).

Ao se considerar que a qualidade de vida pode ser alcançada a partir da obtenção da satisfação e realização pessoal, profissional e social, o trabalho se torna um elemento para pensar na qualidade de vida, porque é através dele que as pessoas têm procurado satisfazer suas aspirações (ARAÚJO, 2009).

Estudos têm demonstrado que o ACS tem sido cada vez mais acometido por problemas de ordem ocupacional que interferem diretamente na sua qualidade de vida, como a ansiedade, depressão, estresse, entre outros (SOUSA, 2003; NASCIMENTO; DAVID, 2008).

Segundo Vasconcelos e Costa-Val (2008), o comprometimento da qualidade de vida dos ACSs pode ser reflexo das condições de trabalho às quais são submetidos. Os autores fazem essa afirmação com base em um estudo realizado no interior de Minas Gerais para verificar uma avaliação negativa para o domínio meio ambiente em relação à qualidade de vida de ACSs.

Em investigação realizada no interior do Estado do Paraná por Kluthcovsky et al. (2007), foi observado que o domínio relações sociais não contribuiu significativamente para a qualidade de vida geral dos ACSs. Os autores ressaltam ainda a importância dessa pesquisa para a implementação de novas estratégias visando à melhoria das condições de vida e trabalho dos ACSs, além do impacto nas ações desempenhadas por esses profissionais.

Imbrizi *et al.* (2012) consideram, a partir de uma revisão dos registros realizados

pelos estudantes de graduação de um projeto de extensão da Universidade Federal de São Paulo, em Santos, a importância da construção de outro lugar para os ACSs na equipe, da promoção de uma maior interação dentro da própria equipe e de um olhar mais cuidadoso à capacitação desses profissionais, para a construção e o fortalecimento da ESF.

Caminhando nesta reflexão que se delineia para o estudo, deve-se considerar que o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde é de grande complexidade, uma vez que há constantes mudanças paradigmáticas de gestão e do trabalho em saúde nesse processo. O desempenho do ACS, nesse contexto, é fundamental, uma vez que, como membro da equipe de saúde da família, é reflexo e espelho da comunidade em que está inserido. Possui situação singular por exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade. É importante destacar que a qualidade da assistência prestada por estes profissionais à comunidade pode ser influenciada pela sua qualidade de vida (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

Sendo assim, a partir do exposto, esta pesquisa se justifica uma vez que os dados coletados contribuem para uma visão ampliada da qualidade de vida dos ACSs, proporcionam uma análise da relação entre o trabalho e qualidade de vida e tornam explícito o caráter social deste processo, não ignorando as características históricas.

Espera-se que a realização desta pesquisa possibilite inspirações e sustentação ao desenvolvimento de políticas públicas destinadas aos Agentes Comunitários de Saúde e que, conseqüentemente, gere um impacto positivo na saúde desse grupo de trabalhadores, assim como na população por eles assistida.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Objetivos Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Identificar os fatores ocupacionais dos Agentes Comunitários de Saúde.
- Estabelecer a associação de fatores sociodemográficos e ocupacionais com a qualidade de vida destes trabalhadores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para que se possa analisar a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde, é necessário fazer uma reflexão, ainda que breve, da evolução histórica do Sistema Único de Saúde brasileiro, sobre a identidade profissional do ACS e os significados de Qualidade de Vida, bem como apresentar o World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF), que será o instrumento utilizado para coleta de dados.

3.1 OS MODELOS DE ATENÇÃO NO BRASIL: O Lugar dos Agentes Comunitários de Saúde

Através do movimento da Reforma Sanitária, foi impulsionada no Brasil a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é o sistema de saúde oficial brasileiro e foi formalmente aprovado pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu os princípios e as diretrizes para reorganizar o Sistema de Saúde (BRASIL, 2012).

Sendo assim, o SUS pode ser considerado uma nova ordem social no âmbito da saúde, este novo modelo de atenção foi formulado com o objetivo de resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (NETO, 2010).

Apesar de a instituição formal do SUS ter ocorrido em 1988 com a aprovação da Constituição Federal, a sua proposição foi amplamente debatida em março de 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), como referido anteriormente, seus princípios filosóficos tiveram origem na reforma sanitária que se estruturou nos anos 70 e início dos anos 80 no país, na busca por mudanças no Modelo de assistência à saúde médico assistencial privatista, hegemônico na época (BRASIL, 2006).

A 8ª CNS representou o evento político sanitário mais importante da segunda metade do século XX, pois essa conferência colocou em pauta três aspectos necessários à reforma sanitária, sendo estes: um conceito amplo de saúde que extrapola a visão biologicista, a saúde como cidadania e obrigação do Estado e a instituição de um sistema único pautado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação social (BRASIL, 2006).

Contudo, a complexidade dos problemas de saúde brasileiros, decorrentes e permanentemente agravados pela conjuntura social, econômica e ética dos últimos anos

do país, fez com que o SUS, criado sob lema “Saúde direito de todos e dever do Estado” não fosse capaz por si só de colocar em prática os princípios e as diretrizes aprovados (MARTINS, 1997).

A profunda desigualdade social, a crise fiscal dos estados e a necessidade de ajustes estruturais impostos pela globalização fragilizavam ainda mais a formulação e a implantação de políticas públicas de corte social. As reformas neoliberais e o conjunto de recomendações dos Organismos Internacionais caracterizaram os anos 90 e moldaram parcialmente a implantação do SUS nesta época (COHN, 1996).

A Atenção Primária à Saúde (APS) representava um dos eixos recomendados e influenciou a elaboração das Normas Operacionais (NOB e NOAS), isto é, o conjunto de normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para nortear a transferência de recursos financeiros, definir os papéis dos gestores em nível federal, estadual e municipal, assim como disciplinar a organização da gestão (NETO, 2010).

Sendo assim, o SUS incorporou como modelo assistencial a Atenção Primária à Saúde (APS), porém sob a designação de Atenção Básica de Saúde (ABS). Em 1978, na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, a terminologia APS foi utilizada. Muitos países participaram e afirmaram compromissos com a meta de “saúde para todos no ano 2000” (SOUSA e HAMANN, 2009). Por isso, o termo ABS é pouco encontrado na literatura mundial, sendo usual APS, assim sendo, será adotada nesta pesquisa a última terminologia para descrever este modelo de atenção. Nessa Conferência, foi possível discutir a necessidade de ação e de mudança na compreensão do que é saúde por dirigentes dos países, trabalhadores da saúde e população, visando à promoção da saúde dos povos do mundo (OPAS, 1978).

A APS é caracterizada pelo princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento, reabilitação de doenças e agravos; pela universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização e participação social (NETO, 2010).

A APS proporciona aos indivíduos, famílias e comunidades o alcance de cuidados primordiais para a saúde, uma vez que são baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas, e por isso, significa o primeiro nível de atenção à saúde. Materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde (SOUSA e HAMANN, 2009).

Este modelo é desenvolvido por meio do trabalho em equipe, do exercício de práticas gerenciais de cuidado, de gestão, democráticas e participativas, dirigidas à população, desenvolvendo ações que devem auxiliar nos problemas e demandas de saúde de maior frequência e relevância (BRASIL, 2012).

Nessa proposta de reorganização dos serviços de saúde, as ações assistenciais de alta complexidade, que requerem para sua operacionalização principalmente tecnologia leve, passaram a ser desenvolvidas em unidades básicas. Estas são consideradas, a partir daí, como porta de entrada para um sistema de saúde hierarquizado segundo níveis de complexidade. Essa reestruturação promoveu a ampliação da rede de serviços no nível primário, sob a responsabilidade dos municípios (BRASIL, 1990).

As diretrizes – descentralização, atendimento integral e participação da comunidade – e os princípios – universalidade, equidade e integralidade – foram amparados pelas Leis 8.080 e 8.142 do SUS, publicadas em 1990, que direcionaram as políticas e ações de saúde (THEISEN, 2004).

Na década de 1990, a efetivação do sistema único de saúde (SUS) fez com que a atenção primária à saúde (APS) se concretizasse como um dos pilares do cuidado à saúde no país, configurando-se como importante campo na implementação das políticas de saúde instituídas pelo SUS (VIDAL et al., 2014; SILVA et al., 2014; MATTA; MOROSINI, 2015).

Para operacionalização desta política no Brasil, utilizou-se uma estratégia nacional prioritária, que é o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, que, em 1998, passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Apesar de o PSF ser rotulado como programa, ele foge à concepção dos demais programas idealizados pelo Ministério da Saúde (MS), caracterizando-se como uma estratégia. Portanto adotar-se-á a nomenclatura de ESF para fins de padronização no decorrer desta investigação.

Nesse período, portanto, formaram-se as primeiras Equipes de Saúde da Família, as quais eram compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACSs), esta última profissão foi institucionalizada no Brasil em 1991. Esta categoria profissional será tratada especificamente mais adiante. Nesta pesquisa, todos os integrantes das equipes de saúde apresentavam jornada de trabalho de 40 horas semanais (NETO, 2010).

Em 1994, foram formadas cerca de 328 equipes, cobrindo em torno de 55 municípios e 1,1 milhão de habitantes (NEGRI; VIANA, 2002). Cada equipe

responsabiliza-se pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes e passa a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. O quantitativo de ACSs deve cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS (NETO, 2010).

É relevante destacar que esse movimento voltado para a saúde da família se deu em muitos países e a formulação da ESF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, os quais serviram de referência para a formulação do programa brasileiro (VIANA, DAL POZ, 2005).

O trabalho em equipe no contexto da ESF atinge uma nova dimensão na divisão de responsabilidades entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades, contribuindo, desta forma, para a qualidade da prestação das ações de saúde. A concepção integral do cuidado favorece a ação multidisciplinar nas práticas, valorizando as diversas categorias profissionais, o que contribui para uma abordagem ampla e resolutiva (MASCARENHAS, 2011).

Neste sentido, a responsabilidade da atenção que antes era centrada na figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo biomédico, passa a ser dividida entre todos os membros da equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Sendo assim, o PACS e posteriormente o PSF surgem com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização dos serviços de saúde em âmbito local, descentralizando e personalizando o cuidado para atender as necessidades das populações dos municípios. O PSF, acompanhando os passos do PACS, teve sua estruturação prioritária em áreas com problemas sociais mais graves e com população com maior vulnerabilidade social e depois com a ampliação de ambos os programas para todas as regiões do país (MOROSINI, 2007).

Para melhor compreensão histórica dos eventos, retoma-se o ano de 1991, período em que foi institucionalizado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) pelo Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias municipais e estaduais, o qual, um ano depois, passou a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (SOUSA, 2003; CAMPOS, 2006).

Oficialmente implantado em 1991, o PACS teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa na busca de alternativas para melhorar as condições de saúde das comunidades e gerou impactos positivos no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2001). O PACS representou a institucionalização de uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte das ações de saúde.

O ACS tem papel importante no acolhimento, pois, além de ser membro da equipe de saúde, este habita na comunidade em que trabalha, o que faz com que a criação de vínculos ocorra mais facilmente (BRASIL, 2001).

O surgimento do PACS no Brasil e a avaliação da população assistida assinalavam o trabalho do ACS como um ganho na política pública de saúde e uma contribuição para consolidação do SUS (MASCARENHAS, 2011). De acordo com as normas e diretrizes, o programa teve como objetivo incorporar ao SUS os ACSs com a finalidade de desenvolver ações básicas de saúde, identificar os fatores determinantes do processo saúde/doença, além de desencadear ações de promoção de saúde e prevenção de doença (THEISEN, 2004).

Outro direcionamento positivo do PACS era o fato de estar alicerçado nos programas anteriores que objetivavam a participação da comunidade, além de também abrir espaço para a organização e autonomia local. Os princípios que geraram as ideologias do PACS foram a ampliação da capacidade da população de cuidar da sua saúde, visando à melhoria da qualidade de vida das famílias e a reorganização dos Sistemas Locais de Saúde; aglutinação de forças sociais para viabilizar a criação e/ou implementação dos Conselhos Municipais de Saúde; e, sobretudo, estímulo à mobilização e à organização das comunidades (THEISEN, 2004).

Vale ressaltar que o programa surgiu a partir de experiências de programas anteriormente implantados em várias regiões do país, como, por exemplo: os Agentes Pastorais (da criança) da Igreja Católica; o Médico da Família, em Niterói; e as visitadoras sanitárias da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Fundação SESP) (MASCARENHAS, 2011).

Entretanto, a experiência de maior relevância e impacto e que mais contribuiu para o desenho da execução do PACS nacionalmente foi desenvolvida em 1987, esta seria inicialmente um programa emergencial para um período de seca no Estado do Ceará. Para tal foram contratados 6.113 trabalhadores, em sua maioria do sexo feminino, e estes passaram a realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense, e que, dado o êxito desta experiência na redução da mortalidade infantil, foi transformada em programa permanente (BRASIL, 2002a).

Desta forma, a partir destas vivências acumuladas no país, o Ministério da Saúde identificou a importância desta nova categoria, os ACSs, atuando nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos municípios e, assim, começou a priorizar a família como unidade de

ação programática de saúde, não mais enfocando apenas o indivíduo (VIANA; DAL POZ, 2005).

Em 1997, foi publicada a Portaria nº 1.886, aprovando as normas e diretrizes do PACS e PSF, e as atribuições dos ACSs foram definidas de modo que sua atuação estivesse centrada nas prioridades estabelecidas em função das necessidades de saúde identificadas no território ao qual o ACS estava vinculado. Também foram determinadas as condições para a formação desses trabalhadores, preconizada como uma capacitação em serviço, realizada de forma permanente, continuada e gradual sob a responsabilidade do enfermeiro e a participação dos demais membros da equipe (BRASIL, 1997).

Após cinco anos desta portaria, o ACS tornou-se categoria profissional em 10 de julho de 2002, sendo instituída pela Lei 10.507. Esta reiterava alguns decretos e portarias anteriores, que pontuavam que os agentes deveriam morar nas comunidades de sua atuação, já preconizado no PSF, como também ter o ensino fundamental completo, com exceção daqueles que já exerciam essa ocupação antes daquela data, e ter concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002b).

Em 5 de outubro de 2006, as atividades do ACS passaram a reger-se pelo disposto na Lei nº 11.350, tendo como atribuição o exercício de atividades que envolvem a prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em consonância com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006b).

A partir desta lei, são consideradas atividades do ACS: a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

Os ACSs devem ser capazes de atuar de acordo com suas atividades e atribuições, assistindo toda a população cadastrada na unidade, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACSs por equipe de saúde da família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Além disso, sua jornada de trabalho

não deve ultrapassar 40 horas semanais. Eles são agentes de mudança e de construção da vinda da população para dentro das unidades e auxiliam no fortalecimento do Sistema Único de Saúde e no controle social da saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012b).

O perfil profissional do ACS demonstra que, apesar de estar na base da hierarquia da divisão do trabalho em saúde na ESF, seu trabalho é complexo e multifacetado, exigindo preparo e comprometimento desse profissional. (FONSECA, 2007). Como ressalta Sousa (2003), a categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde torna-se protagonista indispensável para a consolidação do SUS. A inserção do ACS como força de trabalho contribuiu para a prestação de cuidados primários de saúde, aumentou a cobertura do atendimento à população, como também ajudou na concretização do processo de municipalização da saúde (THEISEN, 2004).

Cabe ainda reiterar que suas atividades de trabalho são planejadas, gerenciadas, coordenadas e avaliadas pelo enfermeiro da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Esse enfermeiro também é responsável pela supervisão e coordenação das atividades de qualificação e educação permanente dos ACSs (BRASIL, 2006).

A origem do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) está ligada à necessidade de integrar os saberes advindos dentro das comunidades com o trabalho em saúde (MOROSINI, 2007 BRASIL, 2014). O ACS, no seu processo de trabalho, precisa conhecer e cadastrar todas as pessoas da sua área de abrangência, mantendo sempre os dados atualizados de todas as famílias sobre sua responsabilidade. Sua função é ser um agente multiplicador das informações sobre as famílias cadastradas para todos os membros da equipe multiprofissional e também deve levar as informações dos serviços oferecidos pela UAPS aos usuários, acompanhar por meio de visita domiciliar todas as famílias e indivíduos da sua microárea (BRASIL, 2011a).

Atualmente são mais de 265.198 mil ACSs em todo o Brasil, que cobrem 66,37% da população, desenvolvem ações de promoção e vigilância em saúde e contribuem para a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015a).

A partir do que foi exposto, é importante evidenciar que esta categoria profissional emerge das políticas públicas de saúde, sua identidade comunitária é revelada como possuidora de habilidade de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento das necessidades destas (VASCONCELOS, 2008).

Nogueira et al. (2006) apontam dois aspectos fundamentais na identidade profissional dos ACSs: sua afinidade com a comunidade e a tendência para a ajuda

solidária. Por outro lado, há que se levar em conta a dualidade enfrentada, já que, sendo parte das atividades assistenciais de saúde, mas também parte da própria comunidade, os mesmos convivem com cobranças de ambas as partes. Isso lhes causa agravos à saúde, tais como estresse, ansiedade, dor musculoesquelética e inúmeras doenças.

Por isso, as condições de trabalho e de vida dos ACSs que atuam na APS são um aspecto relevante, uma vez que há uma progressiva expansão do processo de organização desses serviços no país, e também pelo fato de estes trabalhadores serem referência para as comunidades e estarem diariamente expostos a riscos ocupacionais que podem gerar danos à própria saúde. Estes podem interferir na assistência prestada e na qualidade de vida destes trabalhadores, pois, segundo Pedroso e Pilatti (2010), o desempenho dos trabalhadores está intimamente relacionado à sua qualidade de vida (TRINDADE et al., 2007).

3.2 QUALIDADE DE VIDA: ASPECTOS CONCEITUAIS E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Através de um levantamento de estudos que tinham por objetivo a definição da Qualidade de Vida e faziam referência à sua avaliação, pode-se considerar que há indícios de que o termo QV relacionado à saúde surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30 (SEIDL e ZANNON, 2004).

No cenário mundial, até os anos de 1970, a QV era definida de forma clássica, sendo entendida como a extensão do alcance do prazer e da satisfação. Somente a partir de 1980 é que a percepção de diferentes dimensões passou a ser incorporada. No Brasil, o conceito de QV começou a ser aplicado a partir dos anos de 1970, inicialmente centrado nas práticas dos serviços de saúde. Após a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o foco da QV passou a ser os pacientes (SEIDL; ZANON, 2004).

Observa-se que a expressão Qualidade de Vida é de difícil conceituação em função do seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Em todo o mundo, existem variados conceitos, e esses são específicos, podendo apresentar abordagens relacionadas ao trabalho, à saúde e à visão holística da vida humana (MARTINS, 2002; FLECK et al., 2008).

Nahas (2001) pontua que os conceitos de Qualidade de Vida que foram propostos inicialmente enfatizavam os aspectos materiais, como salário, sucesso profissional e bens adquiridos. O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente compartilhado por cientistas sociais, políticos e filósofos. O desenvolvimento tecnológico nas áreas da medicina trouxe como consequência negativa a progressiva desumanização do conceito de Qualidade de Vida (FLECK et al., 1999).

Na tentativa de se buscar valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, surge um movimento, dentro das ciências humanas e biológicas, preocupado com o conceito de "qualidade de vida" (FLECK et al., 1999).

A qualidade de vida pode ser definida considerando alguns aspectos e limitando-se a eles, porém a concepção mais genérica tem sido considerada, pela sua importância, como a que apresenta maior diferencial (FLECK et al., 2008). O limiar entre os conceitos e definições da QV depende de alguns fatores como: objetivos da avaliação, motivação dos pesquisadores, preocupações dos usuários e, sobretudo, das evidências ou dos dados sobre o conceito e os resultados encontrados (FLECK et al., 2008).

Minayo, Hartz e Buss (2000), ao debaterem sobre qualidade de vida e saúde, concluíram que o tema é tratado sob diferentes olhares e focos, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum. Corroborando com esta afirmação, Seidl e Zanon (2004), ao abordarem os aspectos conceituais e metodológicos do constructo, pontuam que o tema é de caráter interdisciplinar e que os esforços metodológicos de diferentes áreas do conhecimento têm contribuído para a clarificação e maturidade do conceito.

Bullinger et al. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, tais como: seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e as intervenções médicas, mas não se limitando a elas.

Caminhando nesta proposta, Paschoal (2001) afirma que a qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de acordo com a época, o país, a cultura, a classe social e, até mesmo, os indivíduos. Destarte, algo que possa ser hoje considerado como uma boa qualidade de vida para um indivíduo pode não ter sido há algum tempo atrás e não vir a ser amanhã, ou daqui a algum tempo, podendo talvez variar de acordo com o seu estado de espírito ou de humor. Desta forma, essa multiplicidade de conceitos, colocados de forma tão heterogênea, dificulta comparações.

Atualmente considera-se como componente fundamental para edificar uma vida com qualidade o atendimento às necessidades humanas básicas como a alimentação, a moradia, a educação, o trabalho, a saúde e o lazer (NAHAS, 2003; KLUTHCOVSKY, 2005). Sendo assim, têm-se valorizado fatores como satisfação, amor, felicidade, realização pessoal, relacionamentos com qualidade, percepção de bem-estar, emprego, acesso aos serviços públicos, comunicação, urbanização, ambiente social, liberdade, solidariedade, entre outros.

Segundo Carmo et al. (2011), o termo qualidade de vida é definido como resultante das inter-relações de fatores que constituem o cotidiano do ser humano, numa somatória de acontecimentos, pessoas e situações tanto na esfera pública quanto na privada, enfatizando-se a dimensão do trabalho como de importância significativa na vida das pessoas.

Nahas (2003) salienta que qualidade de vida se refere ao nível de satisfação com a vida, à autoestima e à percepção de bem-estar psicológico, às condições de trabalho e ao

bem-estar geral. Este autor destaca pelo menos duas realidades importantes que devem ser consideradas no estudo dessa temática: a vida social e a vida familiar, inclusive o lazer, e a realidade do trabalho.

A partir do exposto, pode-se evidenciar a existência de um crescente interesse mundial em conceituar, definir e assim clarificar características e impactos relacionados à Qualidade de Vida de um indivíduo. E assim, na última década, ocorre uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, a maioria desenvolvida nos Estados Unidos com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas (WHOQOL GROUP, 1995).

A aplicação transcultural através da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito de qualidade de vida possa não estar ligado à cultura (FOX-RUSHBY e PARKER, 1995). Por outro lado, alguns autores têm considerado que existe um "universal cultural" de qualidade de vida, isto é, que independente de nação, cultura ou época. É importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (BULLINGER, 1993).

Caminhando nesta reflexão, a ausência de um consenso ou de uma definição amplamente adotada de qualidade de vida e a grande variedade de instrumentos que se propõem a avaliá-la acabaram trazendo elevada quantidade de dados sem se saber ao certo o que, de fato, estão medindo (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através do Grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), propôs uma definição que melhor traduz a abrangência desse construto, o qual foi definido como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que se vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações" (FLECK et al., 2000, p. 179). Este grupo considera o conceito de qualidade de vida como amplo, abrangendo, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais dos indivíduos e suas relações com aspectos predominantes do meio ambiente (FLECK et al., 2008).

Além disso, a existência de múltiplos instrumentos de avaliação de qualidade de vida, com diferentes abordagens em relação aos aspectos conceituais, à importância dada à subjetividade em detrimento da objetividade na escolha dos itens, bem como à natureza e ao peso de cada domínio como recurso gerador de conceitos pertinentes, fez

com que o Grupo WHOQOL desenvolvesse uma escala dentro de uma perspectiva transcultural, ou seja, a organização de um projeto em uma perspectiva colaborativa multicêntrica para medir a qualidade de vida (FLECK et al., 2008). Dessa forma, o resultado desse projeto foi a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação da Qualidade de Vida composto por cem itens que avaliam seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais).

Embora considerado um instrumento adequado para avaliações individuais de qualidade de vida, o WHOQOL-100, por vezes, apresenta-se longo para outros usos. Após a elaboração do WHOQOL-100, outros centros foram incorporados para a utilização desse instrumento (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al., 2008).

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

O interesse em utilizar medidas de qualidade de vida em estudos de base populacional e epidemiológicos, assim como em utilizá-las conjuntamente com outras medidas clínicas com características psicométricas satisfatórias, fez com que a OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref (FLECK et al., 2000).

O *WHOQOL-bref* consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Assim, diferentemente do *WHOQOL-100*, em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no *WHOQOL-bref*, estas facetas são avaliadas por apenas uma questão. Este instrumento genérico de aferição da qualidade de vida de curta extensão apresentou como critério de seleção tanto o psicométrico como o conceitual. Uma análise fatorial confirmatória foi realizada e, a partir de então, foi definido que o *WHOQOL-Bref* é composto por quatro domínios: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente*. É relevante explicitar que os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo que contou com 20 centros em 18 países diferentes (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al., 2000).

O estudo de validação do Whoqol-Bref foi realizado com 300 indivíduos, na cidade de Porto Alegre (RS), através desta investigação, tornou-se evidente 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).

Apresentam-se, no Quadro 1, os valores de coeficiente de Cronbach, segundo Fleck et al. (2000). Estes atestam uma consistência interna satisfatória, observa-se que os domínios de relações sociais e meio ambiente são os que apresentam menores valores.

Quadro 1. Valores de coeficiente de Cronbach, segundo Fleck et al. (2000).

Itens	Coefficientes de Cronbach
Domínios	0,77
26 questões	0,91
Domínio 1- Físico	0,84
Domínio 2- Psicológico	0,79
Domínio 3- Relações Sociais	0,69
Domínio 4- Meio Ambiente	0,71

Fonte: adaptado de Fleck et al. (2000).

O coeficiente alfa de Cronbach expresso por meio do grau de confiabilidade das respostas decorrentes de um questionário, apresenta a média das correlações entre os itens que fazem parte do formulário. Valores inferiores a 0,70 são considerados baixos (ALMEIDA, 2010; STREINER, 2003).

Carmo et al. (2011) referem que a aplicação de instrumentos sobre a QV entre os profissionais de saúde tem revelado os impactos positivos e negativos que interferem nos domínios de qualidade de vida dessa população, denotando, muitas vezes, a necessidade de (re)definição de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde profissional.

O conceito de qualidade de vida tem sido tema de várias pesquisas no Brasil, sendo utilizado tanto nos campos da saúde quanto do trabalho com a finalidade de verificar indicadores presentes em vários contextos sociais para que possam sofrer intervenções através das políticas públicas (MASCARENHAS, 2011).

4 MÉTODO

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla, do Grupo de Pesquisa Trabalho e Saúde, intitulada "Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida", e será realizado com todos os trabalhadores da APS do Município de Juiz de Fora com a finalidade de descrever as condições de trabalho e de vida destes trabalhadores. No presente trabalho, o foco é a análise da Qualidade de Vida dos ACSs que atuam na APS no município de Juiz de Fora (MG).

4.1 DELINEAMENTO

Esta pesquisa, Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde, foi desenvolvida através de um estudo descritivo e analítico, de corte transversal e com abordagem quantitativa, realizada com os Agentes Comunitários de Saúde, residentes e atuantes, em 2015, no município de Juiz de Fora - MG.

Este tipo de estudo também é denominado survey. Segundo Gil (1996), este método é realizado quando um tema é pouco explorado ou as informações são muito pulverizadas, tornando-se difícil formular hipóteses precisas.

A pesquisa transversal, também chamada de estudo seccional, é uma estratégia de estudo epidemiológica para observação de uma população. Este tipo de estudo pode utilizar a população ou uma amostra dos sujeitos. Quando a opção é pela amostra, utiliza-se o recurso da inferência; desta forma, os resultados extraídos permitem formular um julgamento para a população em geral (BLOCH; COUTINHO, 2009).

A exposição e o desfecho são observados simultaneamente em um único momento ou por um curto período, sem que haja acompanhamento da população em estudo ao longo do tempo. Por esse motivo, deve-se ter cautela ao realizar relações observadas nestes estudos, que têm como ponto fundamental apontar se a exposição precede ou é consequência do efeito (OMS, 2010).

Como em qualquer estudo epidemiológico, o estudo transversal apresenta seus pontos positivos e suas limitações. O fato de ser realizado um recorte único no tempo faz com que apresente custo mais baixo, facilidade e rapidez na realização e objetividade na coleta dos dados. Em contrapartida, justamente devido a este tipo de recorte, é difícil investigar condições de baixa prevalência e se torna menor a capacidade de estabelecer relações de causalidade (BASTOS; DUQUIA, 2007; CARMO et al., 2011).

Ainda assim, quando realizados com cautela, os estudos transversais são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição, sendo importante fonte de informações sobre a saúde e os hábitos de vida de uma população. Além disso, são ferramenta útil aos planejadores da área da saúde na alocação de recursos para prevenção de agravos, proteção e promoção da saúde dos indivíduos e fornecimento de importantes informações que contribuem com o avanço do conhecimento científico (BASTOS; DUQUIA, 2007; HULLEY et al., 2008).

Cabe mencionar que foi realizada ainda a revisão de literatura, na busca do estado da arte da pesquisa, que se constituiu de uma base de informações para subsidiar e aprofundar o objeto do estudo. Tem por objetivo conseguir informações e conhecimento acerca de um problema para o qual se procura uma resposta ou comprovação ou, ainda, descobrir novos fenômenos (LAKATOS; MARCONI, 1995).

4.2 CENÁRIO

O cenário deste estudo são as UAPSs do município de Juiz de Fora, que está localizado na microrregião da Zona da Mata do Estado de Minas Gerais. Sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2015, foi de 555.284 habitantes, ocupando uma área de 1.435,664km². Mantendo o título de quarta cidade mais populosa do estado, sendo caracterizada como de grande porte (BRASIL, 2015).

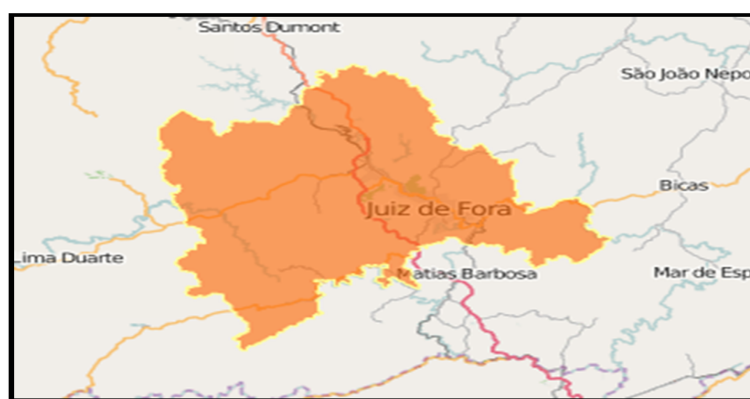


Figura 1 Mapa de Juiz de Fora – MG. Fonte: site IBGE disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313670>

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde (2015) Juiz de Fora possui em sua rede de atenção à saúde 67 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) implantadas, destas 48 estão na zona urbana (37 seguem o modelo da estratégia de saúde da família (ESF), 1 segue o programa agentes comunitários de saúde (PACS) e

10 o modelo tradicional), outras 14 estão situadas na zona rural da cidade (5 seguem a ESF, 9 unidades tradicionais) ainda contam com 5 unidades volantes (1 destas segue o modelo do PSF) (BRASIL, 2015A; SMSJF, 2015).

O cenário de estudo compreendeu 42 UAPs, que têm entre seus profissionais de atuação os Agentes Comunitários de Saúde, sendo 38 na área urbana, das quais 37 seguem o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma com o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), três na área rural que seguem a ESF e uma unidade volante do PSF.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo compuseram uma amostra representativa dos Agentes Comunitários de Saúde, atuantes na Atenção Primária à Saúde do Município de Juiz de Fora, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Para o cálculo do tamanho da amostra desses profissionais, considerou-se intervalo de confiança de 95% (IC95%), erro alfa de 6%, prevalência de 50% (dada a multiplicidade de desfechos analisados e ausência prévia de estudo com essa perspectiva), tamanho da população de 500 indivíduos e possíveis perdas por recusa com aproximadamente 25%.

Com base nesses parâmetros, os sujeitos deste estudo foram estimados em 210 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) atuantes na atenção primária da cidade de Juiz de Fora. A base populacional foi construída a partir da listagem de profissionais de saúde entregue pela Secretaria Municipal de Saúde de todas as unidades de saúde que contam com ACSs. Para realização do sorteio, os agentes comunitários foram identificados por numeração sequencial e, em seguida, procedeu-se ao sorteio aleatório da amostra.

O critério de inclusão para participar da pesquisa foi: atuar como Agente Comunitário em uma das unidades de Atenção Primária à Saúde do Município, independentemente da localização geográfica. Foram excluídos os trabalhadores que não estavam na unidade durante três tentativas consecutivas de contato telefônico.

Posteriormente foi necessário realizar um segundo sorteio, devido ao fato de o número de perdas ter ultrapassado os 25% previstos no cálculo, sendo assim, para manter os parâmetros da amostra válida para o estudo e garantir a representatividade da

pesquisa, ficou-se com um total de 279 ACSs sorteados.

Desse total, responderam à pesquisa 212. Pois 67 ACSs foram caracterizados como perdas. Destes; 44 não foram localizados após três tentativas, um por desvio de função, oito por exoneração/demissão, três por aposentadoria, 11 que se recusaram a participar do estudo.

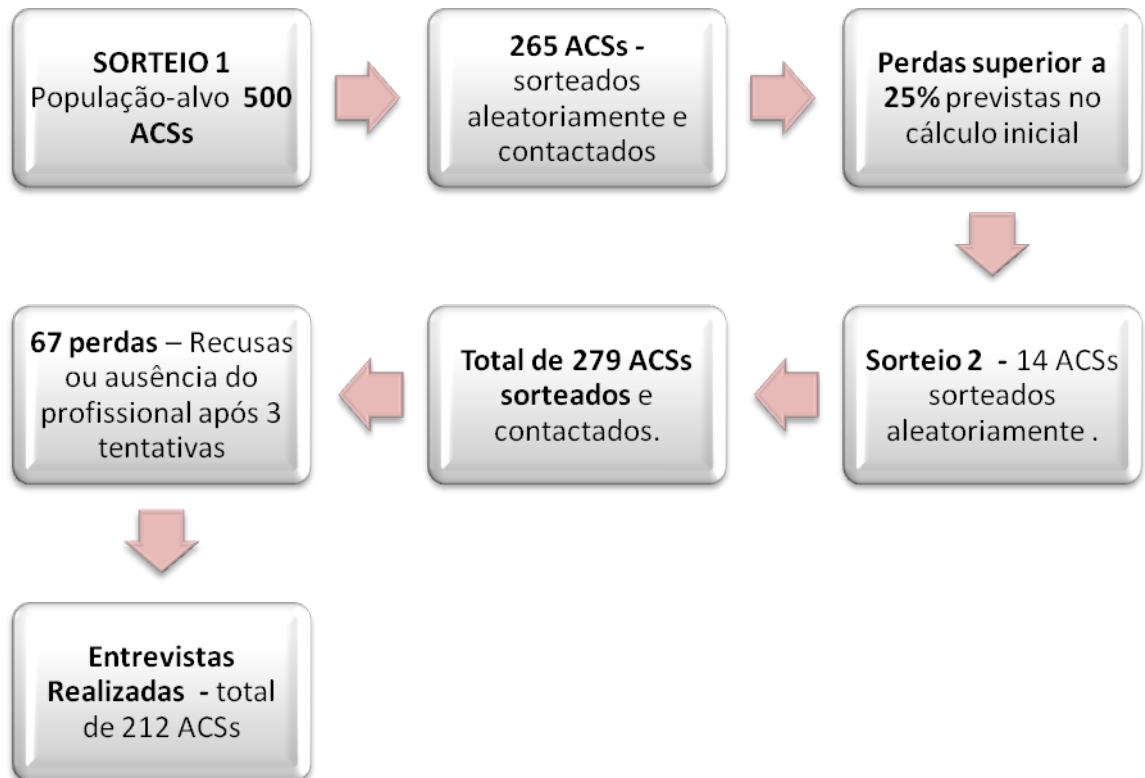


Figura 2: Delimitação da população do estudo

Fonte: Própria autora, 2016

4.4 Instrumentos da investigação

Para a realização desta investigação, foi utilizado um questionário (Apêndice B) composto por três blocos de informações, dispostos nos quadros 1 e 2. Estes questionários abordam informações sociodemográficas, informações relacionadas à ocupação e à avaliação da qualidade de vida.

As variáveis do instrumento WHOQOL-Bref em sua versão traduzida para o português foram definidas como variáveis dependentes desta investigação, o questionário foi utilizado para mensurar a qualidade de vida dos ACSs.

Trata-se de um instrumento genérico de aferição da qualidade de vida de curta extensão, aplicável a uma grande variedade de populações, com características psicométricas satisfatórias. É composto por 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al., 2000).

Ficaram definidas como variáveis independentes as relacionadas à caracterização sociodemográfica da população de estudo, contemplando: idade, sexo, estado civil, autodeclaração de raça, religião e escolaridade. Também foram analisadas as informações referentes à ocupação, tais como: número de empregos, adicional de insalubridade, trabalho noturno, disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e disponibilidade de Equipamento de Proteção Coletiva. As variáveis independentes estão dispostas no quadro abaixo.

Quadro 2 . Descrição das variáveis independentes

VARIÁVEIS	FORMA DE COLETA	TIPO DA VARIÁVEL
Demográficas		
<i>Sexo</i>	Declarada pelo entrevistado (masculino e feminino)	Categórica binária
<i>Idade</i>	Referida (anos completos)	Numérica - posteriormente, categorizada
<i>Cor da pele (Baseda no censo IBGE)</i>	Referida (Branca, Preta, Amarela, Indígena, Parda)	Categórica nominal
<i>Estado civil</i>	Referido casado(a), união estável, separado(a) ou divorciado(a), viúvo(a), solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)	Categórica nominal
Socioeconômicas		
<i>Escolaridade</i>	Referida (ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino médio incompleto, universitário completo, universitário incompleto, pós-graduação)	Categórica nominal
<i>Religião</i>	Referida	Categórica nominal

<i>Filhos</i>	Referidos (Sim/Não)	Categórica nominal
Ocupacionais		
<i>Número de empregos</i>	Um, dois, três ou mais de três	Numérica categorizada
<i>Horário de trabalho</i>	Horário fixo, horário irregular e fim de semana	Numérica-posteriormente, categorizada
<i>Carga horária semanal</i>	Referida	Numérica-posteriormente, categorizada
<i>Idade que começou a trabalhar</i>	Referida	Numérica-posteriormente, categorizada
<i>Adicional de Insalubridade</i>	Referido (Sim/Não)	Categórica nominal
<i>Trabalho noturno</i>	Referido (Sim/Não)	Categórica nominal
<i>Exposição ocupacional</i>	Ruído muito elevado, ruído constante, vibrações, radiações, calor intenso, frio intenso, poeiras ou gases, agentes biológicos ou agentes químicos.	Categórica nominal
<i>Acidente de trabalho (último ano)</i>	Sim/Não	Categórica nominal
<i>Disponibilidade de EPI</i>	Sim/Não	Categórica nominal
<i>Disponibilidade de Equipamento de Proteção Coletiva</i>	Sim/Não	Categórica nominal
<i>Ano que começou a trabalhar na UAPS</i>	Referido	Numérica-posteriormente, categorizada

Fonte: Própria autora, 2015.

Para classificação socioeconômica, foi utilizado o critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep) do ano de 2013. Sendo assim, foi realizado cálculo dos pontos de acordo com a posse dos itens determinados sendo: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer e o grau de instrução do chefe de família, além da informação se o respondente conta com o trabalho de uma empregada doméstica (ABEP, 2012).

O intuito de utilizar esta escala na pesquisa foi a possibilidade de estimar o poder de compra das pessoas e a classe social de pertencimento. Após a realização dos cálculos, têm-se os cortes de acordo com a pontuação de cada classe, dispostas a seguir.

Quadro 3. Apresentação das Classes, utilizadas para classificação socioeconômica

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: Adaptado da Associação Brasileira de Empresas (2013).

4.5 Definição das variáveis de desfecho (dependente)

O questionário WHOQOL-Bref em sua versão traduzida para o português é um instrumento de aplicação rápida, validado para a população brasileira, e considera as duas últimas semanas vividas pelos respondentes. Como abordado anteriormente, é constituído por 26 questões. As duas primeiras questões são gerais e examinadas separadamente (FLECK et al., 2000).

A primeira questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e a segunda, a satisfação do indivíduo com a própria saúde. As demais questões estão distribuídas em quatro domínios, no Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 . Descrição das variáveis dependentes

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL – Bref			
Domínio I	Domínio II	Domínio III	Domínio IV
Domínio físico, composto por sete questões: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamento, e capacidade para o trabalho	Domínio psicológico, composto por seis questões: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos, e espiritualidade/religião/crenças pessoais	Domínio relações sociais, composto por três questões: relações pessoais; suporte (apoio) social, e atividade sexual	Domínio meio ambiente, composto por oito questões: 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, e ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)

Fonte: Própria autora, 2015.

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).

O WHOQOL-Bref fornece um perfil da qualidade de vida obtido através dos escores dos quatro domínios, em que quanto mais alto os escores melhor é a sua avaliação. Devido à característica da multidimensionalidade do construto da qualidade de vida, não é possível atribuir um escore único total nessa avaliação, devendo os escores ser avaliados separadamente em cada domínio (FLECK et al., 2000).

4.6 COLETA DE DADOS

Na coleta de dados desta investigação, foi utilizado parte do instrumento da pesquisa Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e de vida. Para a coleta, foram formadas equipes multiprofissionais com supervisores e estagiários treinados que aplicaram o questionário. Os ACSs sorteados foram contatados por telefone e visitas às UAPSs, os que aceitaram participar da pesquisa foram ouvidos em locais reservados nas UAPSs durante o período de trabalho e as entrevistas foram agendadas respeitando a escolha do melhor dia e horário para os trabalhadores.

Após a leitura e assinatura do termo de consentimento, os ACSs foram entrevistados através do preenchimento pelo pesquisador do questionário digital que contém perguntas objetivas e discursivas sobre os aspectos relacionados à pesquisa, em plataforma Android.

A criação dos formulários, para uso de forma interativa, foi feita através do pacote *Opendakit*, que é composto de três programas, um para elaboração do formulário (XLSform), um 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, e um para o armazenamento (ODK aggregate) que é capaz de exportar esses dados como arquivos de planilhas para realização da análise dos mesmos (ODK, 2015).

Para o preparo da coleta de dados e para testar o instrumento, foi realizado um estudo piloto no município de Comendador Levy Gasparian, no Estado do Rio de Janeiro, com 22 trabalhadores. Este estudo-piloto foi desenvolvido a fim de realizar possíveis adequações no instrumento de coleta de dados e treinar os pesquisadores.

O estudo envolveu profissionais da APS, incluindo enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários. Todos os funcionários presentes nas unidades durante o período foram abordados e convidados a participar de forma voluntária do estudo piloto e foram entrevistados todos que aceitaram participar. A realização do estudo piloto é recomendada por ser uma oportunidade de executar, em menor escala, estratégias metodológicas indicadas para a execução de uma pesquisa (MACKEY; GASS, 2005; BAILER, 2011).

O estudo piloto é considerado um valioso instrumento, pois possibilita experiência aos pesquisadores, escolhas metodológicas mais afinadas e a descoberta de possíveis falhas, mesmo que sutis, no delineamento do projeto e no desenvolvimento do estudo (BAILER, 2011).

A partir do estudo piloto, foram identificadas as limitações do instrumento da coleta de dados como questões conflituosas ou de difícil compreensão. Assim, foram realizadas algumas alterações e adequações no instrumento para facilitar a interação entre pesquisador e entrevistado e garantir clareza e facilidade no preenchimento dos dados. Após os ajustes, iniciou-se a coleta no município de Juiz de Fora.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Antes de iniciar o trabalho de campo, foi requerida a autorização do Subsecretário da Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (anexo 2). Esta solicitação abrange a realização da pesquisa, citação do cenário na divulgação dos resultados, exclusivamente, em eventos e/ou periódicos de natureza científica e a garantia da infraestrutura necessária, que favoreça a aplicação do instrumento para a captação dos dados.

A presente investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo sido aprovada sob o parecer 932.706, de 13 de janeiro de 2015 (Anexo A), foram respeitados os parâmetros contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Após aprovação desse Comitê, deu-se início ao trabalho de campo, com a coleta dos dados (BRASIL, 2013a).

Participaram da pesquisa os trabalhadores que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que foi aplicado em duas vias, uma entregue ao participante e a outra arquivada pelo pesquisador. Foi garantida a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e respeitado o direito do sujeito de não participar da pesquisa ou em qualquer momento desistir de fazer parte dela, tendo sido firmado compromisso com os participantes de não se utilizarem os resultados individuais para qualquer finalidade administrativa (BRASIL, 2013a). Os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As informações coletadas formaram um banco de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15, em que estes foram tabulados e analisados.

O SPSS é um *software* estatístico de simples manipulação, internacionalmente utilizado, foi produzido para realização de análises estatísticas. A sua utilização possibilita gerar relatórios tabulados, gráficos e dispersões de distribuições utilizadas na realização de análises descritivas e de correlação entre variáveis (MUNDSTOCK et al., 2006).

A análise foi realizada através de estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis do estudo e posterior confecção de tabelas, considerando a simetria e assimetria; a média e a mediana; o desvio-padrão, o intervalo de confiança e a amplitude total, para que se possa descrever a realidade da população estudada.

Num segundo momento, foi realizada análise bivariada através do teste de qui-quadrado, em que foi possível a identificação das associações das variáveis independentes entre os domínios de Qualidade de Vida.

5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados do presente estudo será subdividida em dois subitens. O primeiro item é a análise descritiva em relação às características socioeconômicas, ocupacionais e demográficas, bem como a apresentação das características dos domínios da qualidade de vida.

No segundo, será apresentada a análise bivariada relacionando a associação dos domínios do WHOQOL-Bref com as variáveis socioeconômicas, ocupacionais e demográficas da população investigada.

5.1 Caracterização da População de Estudo

A partir da análise dos dados, os resultados demonstraram que entre os 212 Agentes Comunitários de Saúde estudados, há uma prevalência do sexo feminino (91%), sendo a média de idade dos trabalhadores 44 anos, com menor idade de 24 e a maior de 72 anos. Identifica-se que a grande maioria tem filhos (76%) e, com relação à situação conjugal, predominaram os casados ou que vivem em união estável (55%).

Quanto à escolaridade, 49,5% dos ACSs possuem ensino médio. Em relação à religião declarada, 57,8% são católicos.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n = 212). Juiz de Fora, 2015.

Variáveis	Frequência Absoluta n	Frequência Relativa %
Sexo		
Feminino	194	91,5
Masculino	18	8,5
Idade		
20 a 34 anos	37	17,5
35 a 49 anos	108	51,2
50 a 64 anos	57	27
Acima de 65 anos	9	4,3
Escolaridade		
Ensino Fundamental	9	4,2
Ensino médio Completo	105	49,5
Ensino Técnico	33	15,6
Superior incompleto	11	5,2
Superior completo	36	17
Pós-graduação	4	1,9
Estado Conjugal		
Casados (as)/União Estável	117	55,2

Separados(as)/Divorciado	31	14,6
Viúvos(a)	9	4,2
Solteiros	54	25,5
Filhos		
Sim	162	76,4
Não	49	23,2
Religião		
Católicos	122	57,8
Evangélicos	58	27,5
Espíritas	17	8
Testemunhas de Jeová	5	2,4
Não têm religião	8	3,8

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2015.

Com relação à classificação do Critério Brasil, obteve-se uma maior concentração dos entrevistados na classe B2 (34,4%) e C1 (38,2%). A Tabela 2 apresenta, de acordo com o critério Brasil, o estrato de renda familiar média a partir das classes e, assim, pode-se classificar a população de estudo com renda média entre 1.685 a 2.654 reais.

Tabela 2 - Classificação econômica, segundo Critério Brasil, dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n = 212). Juiz de Fora, 2015.

Valores	N	%	Renda média Domiciliar *
A	5	2,4	9.263
B1	23	10,8	5.241
B2	73	34,4	2.654
C1	81	38,2	1.685
C2	25	11,8	1.147
D	3	1,4	776
E	2	0,9	776
Total	212	100	

Fonte: Própria autora, 2015. * Renda média domiciliar, em reais, adaptado ABEP (2013).

A análise descritiva referente às duas primeiras questões do WHOQOL-Bref está apresentada na Tabela 3, conforme já mencionado, são questões gerais que não pertencem a nenhum domínio. Os resultados demonstram que, no que se refere à avaliação da qualidade de vida, a média das respostas foi boa. Já em relação à satisfação com a própria saúde, a média das respostas foi nem ruim nem boa.

Tabela 3. Percepção sobre a Qualidade de Vida e satisfação com a própria saúde dos Agentes Comunitários de Saúde de Juiz de Fora/MG, 2015.

Variáveis	Categorias	n	(%)	Média	Mediana	Desvio Padrão	Min	Máx
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Ruim	3	1,4					
	Nem ruim nem boa	28	13,3	75,3	75	15,13	25	100
	Boa	143	67,8					
	Muito boa	37	17,5					
Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	4	1,9					
	Insatisfeito	23	10,9					
	Nem satisfeito nem insatisfeito	58	27,5	63,5	75	21,8	0	100
	Satisfeito muito	107	50,7					
	Satisfeito	19	9					
	Total		211	100				

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2015.

A Tabela 4 mostra que o domínio psicológico apresentou maior escore médio (73,75), seguido pelos domínios relações sociais (72,20) e físico (69,880), sendo que o domínio meio ambiente (57,82) foi o que apresentou menor escore.

Tabela 4: Distribuição dos resultados dos domínios do WHOQOL-Bref, dos ACSs entrevistados. Juiz de Fora/MG, Brasil 2015

Domínios	Média	Mediana	*IC 95%	Desvio Padrão	Mín	Máx
Físico	69,88	71,42	67,8 – 72	15,14	28,57	100
Psicológico	73,75	75	71,3 - 74,7	12,5	29,17	100
Relações Sociais	72,2	75	70,1 - 74,1	14,71	25	100
Meio Ambiente	57,82	56,25	56,1 - 59,5	12,3	25	93,75

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2015. *Intervalo de Confiança.

Em relação às facetas dos quatro domínios do WHOQOL – BREF, conforme a Tabela 5, observa-se que, no domínio físico, o sono/repouso foi o que alcançou menor média (62,67). No domínio psicológico, sentimentos positivos (66,46); e pensar, memória, concentração, aprender (67,89) foram os que alcançaram menores médias.

No que tange ao domínio das relações sociais, a menor média ficou em atividade sexual (68,83); enquanto que, no domínio meio ambiente, as menores médias foram recursos financeiros (41,7) e recreação/lazer (52,13).

Tabela 5: Distribuição dos resultados dos domínios, de acordo com cada faceta do WHOQOL-Bref. Juiz de Fora/MG, Brasil 2015.

Questões WHOQOL – Bref		
	Médi a	Desvio Padrão
Domínio Físico		
Q3 - Dor e Desconforto	73,34	25,76
Q4 - Dependência de medicação ou tratamento	70,73	23,64
Q10 - Energia e fadiga	64,57	20,93
Q15 – Mobilidade	80,56	18,93
Q16 - Sono e Repouso	62,67	27,96
Q17 - Atividade da vida cotidiana	69,16	19,06
Q18 - Capacidade para o trabalho	68	18,77
Domínio Psicológico		
Q5 - Sentimentos positivos	66,46	22,58
Q6 – Espiritualidade	82,46	17,09
Q7 - Pensar, memória, concentração, aprender	67,89	16,8
Q11 - Imagem corporal	74,05	22,07
Q19 – Autoestima	74,4	19,43
Q26 - Sentimentos negativos	72,97	20,72
Domínio Relações Sociais		
Q20 - Relacionamentos pessoais	74,4	17,15
Q21 - Atividade sexual	68,83	25,54
Q22 - Sentimentos negativos	73,34	17,68
Domínio Meio Ambiente		
Q8 - Segurança física e proteção	68,95	16,78
Q9 Ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima	54,52	18,06
Q12 - Recursos financeiros	41,7	23,57
Q13 - Oportunidades de adquirir novas informações	62,67	20,75
Q14 - Recreação/lazer	52,13	23,55
Q23 – Moradia	69,78	23,19
Q24 - Cuidados de saúde e sociais	58,17	25,95
Q25 – Transporte	54,97	25,79

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2015.

No que se refere à carga horária de trabalho, 85,8% referiram trabalhar até 40 horas semanais. Quanto à idade com que começou a trabalhar, 88,2% se inseriram no mercado de trabalho antes dos 20 anos de idade, sendo 16 anos a média.

Com relação à disponibilidade de equipamento de proteção coletiva e individual, 74,8% e 90,6% respectivamente relataram que estes não lhes são fornecidos. (Tabela 6).

Em relação ao número de empregos, 88,7% referem trabalhar apenas como ACS, 9% dos ACSs relataram ter sofrido acidente de trabalho no último ano, destes, 12 pessoas referem queda durante a realização de visita domiciliar, cinco relataram ferimentos por objetos cortantes na unidade, como gavetas e janelas, uma ACS mencionou agressão de usuária e outra referiu mordida de cachorro (Tabela 5).

Tabela 6: Caracterização ocupacional dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n = 212). Juiz de Fora, 2015.

Variáveis	Frequência Absoluta n	Frequência Relativa %
Carga horária semanal		
≤ 40 horas	181	85,8
> 40 horas	29	13,7
Idade com que começou a trabalhar		
≤ 20 anos	187	88,2
> 20 anos	23	10,8
Tempo de Trabalho APS*		
Menos de 5 anos	60	28,3
de 6 a 10 anos	25	11,8
de 11 a 15 anos	101	47,6
de 16 a 20 anos	26	12,3
Disponibilidade de EPI**		
Sim	20	9,4
Não	192	90,6
Disponibilidade de EPC***		
Sim	53	25,2
Não	157	74,8
Adicional de Insalubridade		
Sim	210	99
Não	2	9
Total de empregos		
Um emprego	188	88,7
Dois empregos	21	9,9
Três empregos	3	1,4
Trabalho noturno		
Sim	24	11,3
Não	188	88,7
Acidente de trabalho no último ano		
Sim	19	9
Não	193	91

Fonte dos dados: Próprio autor. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2015. *Atenção Primária à Saúde **Equipamento de Proteção Individual ***Equipamento de Proteção Coletiva

5.2 Associação entre as variáveis independentes e os domínios do Whoqol-Bref

Para traçar as relações entre os domínios do WHOQOL-Bref e os dados sociodemográficos e ocupacionais, foram realizadas análises bivariadas, considerando como valor de p estatisticamente significativo aquele menor ou igual a 0,05.

Os resultados das correlações entre as variáveis estão demonstrados na Tabela 7 para cada domínio do WHOQOL-Bref. No domínio Físico, ficou evidenciado estatística significativa para as variáveis filhos e idade, com um valor de $p = < 0,001$ para ambas. As demais se mostraram independentes.

No que tange à apresentação das correlações do Domínio Psicológico com as demais variáveis independentes, obteve-se valor de $p = < 0,001$ significativo apenas para Idade, os demais não atenderam o valor de significância estabelecido ($p \leq 0,005$).

No que se refere ao Domínio Relações Sociais, a escolaridade demonstrou um valor de p relevante ($< 0,001$), e as demais variáveis não apresentaram resultados estatisticamente significativos.

O domínio Meio Ambiente foi o que se apresentou com menor escore médio, comparado aos demais domínios (57, 82). O teste de Qui-quadrado apresentou valor de p significativos para sexo ($p = 0,002$), idade ($p = < 0,001$) e carga horária semanal ($p = < 0,001$), o restante das variáveis sociodemográficas e ocupacionais apresentou-se independente.

Tabela 7: Correlação entre as variáveis independentes e os domínios do WHOQOL-Bref, amostra (n = 212). Juiz de Fora, 2015.

Variáveis independentes	Frequência Relativa %	Tipo de análise estatística	P Valor Domínio Físico	P Valor Domínio Psicológico	P Valor Domínio Relações Sociais	P Valor Domínio Meio Ambiente
Sexo			p = 0, 283	p = 0, 122	p = 0, 132	p = 0, 002
Feminino	91,5	Teste de Qui-quadrado				
Masculino	8,5					
Idade			p = < 0, 001	p = < 0, 001	p = 0, 368	p = < 0, 001
20 a 34 anos	17,5	Teste de Qui-quadrado				
35 a 49 anos	51,2					
50 a 64 anos	27					
Acima de 65 anos	4,3					
Escolaridade			p = 0, 717	p = 0, 586	p = 0, 001	p = 0, 614
Ensino Fundamental	4,2	Teste de Qui-quadrado				
Ensino Médio	49,5					
Ensino Técnico	15,6					
Superior Incompleto	5,2					
Superior Completo	17					
Pós-Graduação	1,9					
Estado Conjugal			p = 0, 388	p = 0,524	p = 0, 481	p = 0, 749
Casados (as) /União Estável	55,2	Teste de Qui-quadrado				
Separados (as) /Divorciado(a)	14,6					
Viúvos (as)	4,2					
Solteiros(as)	25,5					
Religião			p = 0, 489	p = 0, 862	p = 0, 295	p = 0,87
Católicos	55,2	Teste de Qui-quadrado				
Evangélicos	27,5					
Espíritas	8					
Testemunhas de Jeová	2,4					
Não têm religião	3,8					
Filhos			p = 0,63	p = < 0, 001	p = 0,80	p = 0, 231
Sim	76,4	Teste de Qui-Quadrado				
Não	23,2					
Carga horária semanal de trabalho			p = 0,236	p = 0,876	p = 0,43	p = < 0,001
≤ 40 horas	85,8	Teste de Qui-Quadrado				
> 40 horas	13,7					
Total de empregos			p = 0,20	p = 0,752	p = 0,890	p = 0,790
Um emprego	88,7	Teste de Qui-Quadrado				
Dois empregos	9,9					
Três empregos	1,4					
Tempo de Trabalho APS*			p = 0,109	p = 0,187	p = 0,291	p = 0,717
Menos de 5 anos	28,3	Teste de Qui-				
de 6 a 10 anos	11,8					

de 11 a 15 anos	47,6	Quadrado				
de 16 a 20 anos	12,3					
Disponibilidade de EPI**			p = 0,865	p = 0,898	p = 0,233	p = 0,868
Sim	9,4	Teste de Qui-Quadrado				
Não	90,6					
Disponibilidade de EPC***			p = 0,703	p = 0,270	p = 0,798	p = 0,883
Sim	25,2	Teste de Qui-Quadrado				
Não	74,8					
Adicional de Insalubridade			p = 0,836	p = 0,997	p = 0,918	p = 0,994
Sim	99	Teste de Qui-Quadrado				
Não	9					

Fonte: Própria autora. Análise de dados por meio do SPSS 15.0 (2015). Valores de significância de $p < 0,05$

6 Discussão

Os ACSs estudados são em sua maioria jovens, com uma média de idade de 44 anos, em plena fase produtiva da vida, sendo a idade mínima de 23 anos e a máxima de 71 anos. Esses resultados são equivalentes aos dados apresentados pelo censo demográfico de 2010 da população de Juiz de Fora, que mostra que 68,9% de sua população estão na faixa etária de 20 a 74 anos de idade (BRASIL, 2015).

A este respeito, na pesquisa de Schmidel et al. (2009), os trabalhadores estavam na faixa etária de 25 a 35 anos e, no estudo de Lopes et al. (2012), os profissionais tinham entre 31 e 40 anos. Observa-se, assim, que os ACSs já se encontram na fase adulta da vida, com necessidades e anseios relativos a esta fase, como independência financeira e relação afetiva estável. Em estudo realizado sobre o cotidiano do Agente Comunitário, Ferraz e Aerts (2005) afirmam que os profissionais com mais idade possuem como tendência um melhor conhecimento da comunidade e maiores vínculos afetivos.

No que se refere ao gênero, 91% dos entrevistados eram do sexo feminino, o que também foi encontrado nos estudos de Theisen (2004), Ursine et al. (2010), Mascarenhas (2011) Lopes et al. (2012), Maissiat (2013) e Lino (2013). O que pode justificar o perfil feminino da profissão é o fato de as mulheres assumirem a atribuição de cuidadoras na sociedade (MAISSIAT, 2013; FERRAZ; AERTS, 2005). Segundo Waldow (2001), através do cuidar, as mulheres expressam uma forma de relação com o mundo.

Esta feminilização da profissão pode trazer alguns estigmas e estereótipos do gênero para a categoria profissional, como é observado na enfermagem. Entretanto, o que é relevante considerar nesse momento é o papel do cuidado, assumido pelas mulheres como uma "qualidade natural" e que demonstra a divisão sexual do trabalho em saúde (MACHADO, 2006; LOPES; LEAL, 2005).

Os resultados revelam que 76,4% dos ACSs têm filhos e, no que se refere ao estado civil, evidencia-se que a maioria de casada ou vive em união estável, representando 55,5% de toda a amostra. Observa-se ainda que 25% eram solteiros. A este respeito Mascarenhas (2011) encontrou em sua investigação 56,9% de participantes em união estável, já em pesquisa de Lopes et al. (2012), 66% eram casados.

Spíndola (2000), em sua investigação, aponta que a relação Mulher-Trabalho-Família dificilmente se torna harmoniosa, pois os conflitos presentes no mercado de trabalho e na relação familiar fazem com que ocorram mudanças na estrutura da vida doméstica. A inserção da mulher em um espaço que, por muito tempo, foi considerado

majoritariamente masculino a sobrecarrega com uma dupla jornada de trabalho.

Com relação à religião, 57,8% relataram ser católicos e 29,9% evangélicos. Ursine; Trelha e Nunes (2010) investigaram as condições de trabalho e a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) que atuam na região sul do município de Londrina e, em sua pesquisa, encontraram resultados semelhantes, com 50,7% católicos e 45,2% de evangélicos.

Segundo Ferraz e Aerts (2005), a religião tem importante papel na atuação do ACS, uma vez que as crenças pessoais influenciam a sua relação e o vínculo com a população. Além disso, a religiosidade pode favorecer a adoção de hábitos saudáveis, visto que pode influenciar a concepção de saúde de um indivíduo, possibilita ainda um enfrentamento mais positivo das situações de sofrimento e de desafios vivenciadas com frequência por esses trabalhadores (URSINE et al., 2010).

No que diz respeito à escolaridade, apenas 4,2% dos ACSs possuem ensino fundamental e 65,1% possuem ensino médio ou técnico e 17% superior completo. Freitas et al. (2015) desenvolveram investigação em um município do Pará, cujo objetivo foi caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico, processo de formação e o papel educativo do ACS junto à comunidade, e os resultados foram similares. Verificaram que 65,4% dos entrevistados possuíam ensino médio completo e 4,8% superior completo, este estudo referido promove uma reflexão para busca de uma normatização do processo de formação do ACS.

O fato de a maioria dos ACSs estudados apresentar escolaridade de ensino médio, técnico ou superior suscita questionar o porquê dessa formação, uma vez que o artigo 6º, inciso III, da Lei nº. 11.350, que regulamenta a profissão, aponta como requisito a conclusão do ensino fundamental (BRASIL, 2006). Apesar de não ocorrer exigências para uma qualificação profissional, percebe-se uma busca individual deste trabalhador para o aprimoramento e ampliação de seus conhecimentos, que pode ser decorrente da necessidade sentida em relação à complexidade de suas atividades no trabalho (GOUVÊA et al., 2015). Entende-se que a baixa escolaridade pode limitar as possibilidades de resolução de problemas no ambiente de trabalho, dificultando as relações interpessoais deste trabalhador.

Ainda sobre a escolaridade, hoje existem cursos de formação técnica de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006; PRONATEC, 2016). Theisen (2004) corrobora quando afirma que a vida laboral dos ACSs exige muita responsabilidade no sentido de que levam informações para a comunidade, pois, caso não sejam adequadas, estes profissionais acabam perdendo o respeito e o prestígio da

população local.

No que se refere ao índice de 24% destes trabalhadores com formação de ensino técnico ao superior, pode-se inferir que este percentual está relacionado com as características históricas da empregabilidade. Segundo Dedecca (1998), houve uma transformação na empregabilidade entre 1950 e 1980. Na década de 50, o mercado brasileiro apresentava dificuldades tanto na geração de postos de trabalho quanto na absorção da força de trabalho presente nesse mercado. Nas décadas de 60 e 70, ocorreu um crescimento na quantidade de postos de trabalho oferecidos, mas o problema da absorção continuava. Já na década de 90, verifica-se a diminuição na criação de ocupações, acompanhada de uma piora do processo de absorção da mão de obra.

Atualmente observa-se que há, nos ambientes de trabalho, pessoas com uma qualificação maior que a exigida para o cargo, isso vem ocorrendo devido a não absorção no mercado dessas pessoas qualificadas, permanecendo no cargo com exigência de escolaridade mais baixa para evitar o desemprego (ALVES; SOARES, 1996; BRASIL, 2011; SCHWARTZMAN; CASTRO, 2013).

No que se refere às características ocupacionais dos ACSs, 88,7% dos profissionais possuem apenas um emprego, com carga horária semanal menor ou igual a 40 horas. É relevante mencionar que 99,1% relataram receber adicional de insalubridade.

Este pode ser considerado como um aspecto positivo no trabalho do ACS, pois está sendo observada uma carga horária abaixo do limite de 44 horas semanais, o que é preconizado na Constituição Federal de 1988. Porém há um percentual de 11,3% de ACSs desenvolvendo outras atividades laborativas, perfazendo mais horas em sua carga de trabalho semanal, o que pode ocasionar uma sobrecarga desse profissional e queda de sua produtividade com qualidade (BRASIL, 1998).

Os resultados relacionados ao tempo de serviço demonstram uma prevalência de 47,6% de ACS atuando entre 11 e 15 anos na APS do município. Estes dados sugerem a existência de estabilidade no exercício da função de ACS, que pode ser explicada pela criação de leis que regulamentam e estabelecem diretrizes e normas para o cargo abordado, como a Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006, e o Programa Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a). Além disso, esta estabilidade profissional age como facilitadora no fortalecimento do vínculo do ACS com os usuários, tornando espontâneo o elo de comunicação da comunidade com a equipe multiprofissional por intermédio do profissional ACS.

No que se refere à disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual e Equipamento de Proteção Coletiva, os dados chamam atenção de forma importante, pois

respectivamente 90,6% e 74,8% dos entrevistados relataram não lhes terem sido fornecidos. Cabe ressaltar que 91% dos ACSs referiram não terem sofrido acidente de trabalho no último ano, e os que se acidentaram disseram que foi por queda durante a realização de visita domiciliar, agressão de usuário e mordida de cachorro.

Estes acidentes se caracterizam como inerentes ao processo de trabalho do ACS, e deve-se destacar que outros acidentes, como doenças de pele devido à exposição solar, podem vir a acontecer no decorrer da vida profissional destes trabalhadores. Esses poderiam ser evitados, por exemplo, com a distribuição de protetor solar, bonés, jaleco de manga comprida, entre outras medidas (COSTA et al., 2013).

A Lei 6.514, de dezembro de 1977, estabelece a regulamentação de segurança e medicina no trabalho, definindo a obrigatoriedade de a empresa fornecer o EPI gratuitamente ao trabalhador. A legislação no âmbito da segurança e saúde do trabalhador é estabelecida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a regulamentação sobre o uso do EPI é realizada pelas Normas Regulamentadoras 6 e 9 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (BRASIL, 1977).

Em pesquisa realizada no Pará, com o intuito de analisar a atual situação profissional dos agentes comunitários de saúde em relação à oferta e utilização de EPIs, Costa et al. (2013) evidenciaram que 76% dos trabalhadores utilizavam os EPIs adequados para a atuação profissional. Entre estes, citam-se: sapatos especiais, que diminuem o impacto e protegem contra agressões externas; boné para proteção contra os raios solares e a incidência de luz no globo ocular e bloqueador solar com fator UVA/B, que protege a pele contra a penetração dos raios solares, diminuindo, dessa forma, a probabilidade de ocorrência de câncer de pele.

Os resultados desta investigação levam a uma reflexão sobre a forma como está sendo gerenciada no município investigado essa disponibilização de EPI. Acredita-se que, além da garantia da entrega, deve haver um incentivo para a utilização dos mesmos pela categoria, através da disponibilidade da informação, sensibilizando os profissionais para a importância da utilização desses equipamentos. Destarte, os ACSs estarão aptos a exercer suas atividades de forma segura e sem estarem expostos aos riscos usuais da sua atividade profissional diária.

Com relação às duas primeiras questões gerais do instrumento WHOQOL-Bref, observa-se que 67,8% dos ACSs avaliam sua qualidade de vida como “boa” e 50,7% se encontram “nem satisfeitos nem insatisfeitos” com relação à saúde.

Nos estudos de Kluthcovsky (2005), Gessner (2006) e Vasconcelos; Costa-Val (2008), foram encontrados resultados semelhantes aos desta investigação. Entretanto,

cabe ponderar que, para Kluthcovsky (2005), estes resultados podem representar um viés da pesquisa transversal, uma vez que apresentam um panorama instantâneo da situação investigada, selecionando os trabalhadores em atuação em detrimento dos que foram afastados ou demitidos.

Sendo assim, as altas perdas desta investigação, bem como a necessidade de um segundo sorteio para manter os parâmetros da amostra válidos na realização da investigação, intensificam a possibilidade mencionada por Kluthcovsky (2005) e levam a um pensar mais crítico sobre essa incidência nos resultados para futuras pesquisas.

No que diz respeito à avaliação da Qualidade de Vida dos ACSs, identificam-se que os escores médios dos domínios variaram de 57,82, a 73,75. O domínio psicológico apresentou o maior escore médio e o de meio ambiente, o menor escore. O domínio físico obteve 69,8 como média e o relações sociais 72,2.

A partir destes resultados, pode-se inferir que, de forma geral, os domínios do WHOQOL-Bref apresentaram escores médios com tendência para bons a excelentes em relação à QV. Esta tendência pode ser verificada com uma segurança estatística quando se levam em consideração os intervalos de confiança (TIMOSSI, 2009), o que permite assegurar uma confiabilidade de 95% para os resultados dos domínios.

Em investigação realizada por Kluthcovsky (2005), com 169 ACSs do interior do Paraná, foi encontrado maior escore médio no domínio relações sociais (75,8) e menor escore no domínio meio ambiente (54,1).

Gessner (2006), ao estudar a qualidade de vida de 93 trabalhadores de equipes de saúde da família do município de Timbó/ SC, também observou maior escore médio no domínio relações sociais (75) e menor no domínio meio ambiente (63).

Vasconcelos; Costa-Val (2008) avaliaram a QV de 60 ACSs em Lagoa Santa (MG) e encontraram menor escore médio para o domínio do meio ambiente (59,5). Lourenção et al. (2012), em pesquisa realizada no interior de São Paulo para avaliar a qualidade de vida de ACSs, também apontaram que o domínio meio ambiente apresentou o menor escore médio (56,1).

Observa-se, em pesquisas encontradas sobre o construto e nesta investigação, que o domínio de meio ambiente apresenta-se com menor escore médio quase unanimemente. Ao analisar as facetas, verifica-se, no domínio meio ambiente, um menor escore médio para recursos financeiros (41,7) e ambiente físico (54,52).

Peres et al. (2010) ressaltam que uma renda mais elevada está associada à aquisição de bens e produtos e ainda a um maior acesso às atividades de lazer e mais autonomia no trabalho, além disso atribui uma melhora nos aspectos associados à saúde,

uma vez que aumenta o poder de compra, inclusive de medicamentos.

Theisen (2004), em pesquisa que aborda as condições de trabalho e sofrimento psíquico dos ACSs, identificou que a invasão do trabalho em momentos de lazer foi referida pela maioria desses trabalhadores, uma vez que apresentavam dificuldades de desfrutar do convívio familiar sem interrupções devido ao fato de ter sempre algum usuário da UAPS solicitando ajuda ou orientação.

Entende-se que as condições de trabalho inadequadas e que não proporcionam segurança, autonomia e criatividade para realização das tarefas podem desencadear tensões e estresse no trabalho, influenciando e prejudicando a saúde dos profissionais (URSINE et al., 2010). Esta é uma questão que merece atenção, pois, de acordo com Dejours et al. (1996), como o trabalhador precisa de ambiente propício para criatividade, se as oportunidades de realização estão restritas, isso pode ser perigoso para a sua saúde.

Em contrapartida, o sentimento de pertencimento à comunidade, o reconhecimento e a gratidão por parte da população adscrita podem mascarar a sobrecarga e os demais danos físicos e psicológicos destes profissionais (SANTIAGO, 2015). Sendo assim, cabe ao pesquisador sensibilidade para analisar os dados e por isso se julga que uma análise estatística é o início, o ponto de partida para um estudo qualitativo, em que questões verificadas no estudo quantitativo poderão ser aprofundadas.

As condições de trabalho dos ACSs estão gerando sofrimento e não o cargo em si (REIS, 2005). Neste sentido, acredita-se que o enfermeiro possa ter um papel importante, uma vez que é visualizado como líder, profissional fundamental na rede de relações e interações do ACS com a comunidade e os demais membros da equipe, e assim ele deve atuar como um facilitador de escuta e acolhimento destes profissionais, contribuindo para um melhor ambiente de trabalho (LANZONIL e MEIRELLES, 2013).

Além disso, julga-se que existem outras questões para estes resultados, como a falta de planos de carreiras, cargos e salários no SUS e a inexistência de uma isonomia salarial entre as categorias (BUENO, 2004). Considera-se a hipótese de sentimento de desvalorização por parte dos ACSs quando comparam seu salário com os outros membros da equipe (MASCARENHAS, 2011).

Ursine et al. (2010) avaliaram, em sua investigação, como positivo o resultado da faceta suporte e apoio social (71,5) e o relacionaram com as atribuições dos ACSs. Neste estudo, este domínio apresentou o segundo maior escore médio (72,2).

Vasconcelos; Costa-Val (2008) também encontraram nesse domínio a segunda maior média e afirmam que, para serem reconhecidas em seu papel como elemento

fundamental para que as propostas da ESF sejam concretizadas, as ações dos ACSs dependem da boa relação entre as pessoas, pois estes profissionais vivem e trabalham com pessoas. Quando isso ocorre de forma harmoniosa, gera-se um melhor rendimento profissional e uma maior satisfação social.

Encontramos no domínio psicológico a maior média (73,75), a espiritualidade e a autoestima se destacam com médias de 82, 46 e 74,4 respectivamente. Mascarenhas (2011), em pesquisa realizada com 315 ACSs em Jequié na Bahia, sobre a avaliação da QV, encontrou nesse domínio o segundo maior escore médio (74,33) e, quando analisou as facetas, também encontrou a espiritualidade como destaque do domínio.

Em estudo realizado por Bernardes (2008), envolvendo ACSs da região Oeste do Estado de São Paulo, foi observado que a espiritualidade contribuiu para melhorar a qualidade de vida no domínio psicológico. Nesta investigação, apenas 3,8% da população referiram não ter religião, e, frente a este resultado, considera-se que este domínio apresentou maior escore médio.

No que se refere ao escore médio do domínio físico, este apresentou média intermediária (69,88) se comparado aos demais domínios, diferente do que foi observado no estudo de Vasconcelos; Costa-Val (2008), em que este foi o maior escore médio, porém, os resultados deste estudo são semelhantes aos da pesquisa de Mascarenhas (2011).

No trabalho do ACS, é importante destacar as extensas distâncias percorridas na realização das visitas domiciliares, além de por vezes terem que carregar os materiais para o desenvolvimento de seu trabalho como o uso de mochilas, adicionado ao peso da balança para a pesagem de crianças (MASCARENHAS, 2011).

Trindade et al. (2007), em seu estudo voltado para identificação das cargas de trabalho entre os ACSs, observaram que estes trabalhadores apresentaram como principais problemas as posições incômodas adotadas durante o trabalho, as longas caminhadas em ruas esburacadas e tortuosas e a necessidade de permanecerem sentados em posições incorretas durante as visitas, por falta de bancos ou cadeiras. Estes fatores representam riscos e podem influenciar os resultados deste domínio, interferindo de forma negativa na Qualidade de Vida.

7 Considerações Finais

Esta investigação analisou a Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na APS em Juiz de Fora, município de grande porte do Estado de Minas Gerais (MG). Para o alcance dos objetivos, traçou-se o perfil sociodemográfico, analisaram-se as características ocupacionais e a qualidade de vida por meio do instrumento WHOQOL-Bref desses trabalhadores.

A população estudada foi composta de 212 profissionais, majoritariamente do sexo feminino (91,5%), católicas (57,8%), com idade média de 44 anos, sendo casadas ou em união estável (55,2%), com filhos (76,4%), a maioria com ensino médio completo (49,5%), pertencente às classes B2 e C1 segundo o Critério Brasil.

No que se refere às características ocupacionais, a maioria relatou trabalhar 40 horas semanais (85,8%), com tempo de trabalho na APS entre 11 e 15 anos (47,6%), início das atividades laborativas com 20 anos (88,2%), sem disponibilidade de EPI e EPC, e a maioria com um emprego (88,7%).

A predominância do sexo feminino reflete a divisão sexual do trabalho, em que as atividades relacionadas ao cuidar demonstram uma feminização dos profissionais de saúde. Esta perspectiva de gênero leva a uma inquietação a respeito da dupla jornada de trabalho exercida pelas mulheres, além disso, acredita-se que essa prevalência é um fator importante, que pode gerar impacto na Qualidade de Vida dos ACSs, e assim deve ser investigada de forma mais densa em estudos futuros.

Ademais, foi possível identificar que 67,8% avaliaram sua QV como boa e 50,7% referem estar satisfeitos com a saúde, porém se encontraram domínios com escores médios muito baixos; destaca-se o domínio meio ambiente com 57,82 de escore médio.

Este domínio possui facetas relacionadas à segurança física, ao ambiente físico e ambiente no lar, recursos financeiros, às oportunidades de adquirir informações e habilidades, à recreação e ao lazer, cuidados sociais e de saúde e transporte.

Observando as singularidades que compõem o domínio meio ambiente, espera-se que esta investigação reforce a necessidade de mais pesquisas que abordem esta temática e categoria profissional, visto a relevância desses trabalhadores para a consolidação da APS no Brasil.

Portanto, esta pesquisa mostra, por meio de seus resultados e discussões acerca da saúde do ACS, que se fazem necessárias ações políticas no sentido de possibilitar a melhoria das circunstâncias de trabalho e de vida desta população, buscando condições que possibilitem a Qualidade de Vida.

Os ACSs são trabalhadores que fazem parte historicamente da chamada equipe mínima, estando suas ações se fundamentada na medicina comunitária, no território, nas práticas de promoção da saúde e prevenção das doenças, reforçando os princípios da integralidade e da participação social, a partir dos vínculos estabelecidos entre trabalhadores da saúde e usuários do SUS.

Sendo assim, além da elaboração de políticas públicas específicas para esses trabalhadores, faz-se necessário promover o diálogo, para que os mesmos apontem suas dificuldades e receios em relação ao desenvolvimento do seu trabalho. Estes precisam ter voz e sentir-se seguros, além de possuir conhecimentos específicos dos riscos que são inerentes de suas atividades laborativas. Desta forma, esse ACS pode ser de fato um mediador, um profissional capaz de aproximar-se para realização com qualidade de suas atividades e atribuições previstas pela Lei 11.305, de 5 de outubro de 2006.

Estudos sobre QV ainda consistem em uma temática complexa de difícil operacionalização, principalmente devido à subjetividade a cerca do tema. Julga-se que esta investigação pode contribuir para uma maior aproximação dos fenômenos que envolvem e podem influenciar a QV dos ACSs.

Este estudo apresenta algumas fragilidades, entre estas, pode-se mencionar o método de trabalho, uma vez que pesquisas transversais reproduzem uma imagem que retrata as situações de saúde de um momento específico no tempo. Desta forma, acabou-se excluindo os trabalhadores que não estavam presentes no momento da coleta dos dados. Há que se mencionar ainda que este estudo não esgota as reflexões acerca deste tema, há muitas informações a serem analisadas.

Algumas respostas devem emergir e serem aprofundadas em outras investigações, com outras metodologias. Cabe lembrar que este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, que pretende ter uma continuidade.

Além disso, buscando a relevância social desta investigação, os resultados encontrados serão apresentados para os ACSs e para os profissionais da Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora, cenário desta pesquisa, na tentativa de que sejam efetivamente utilizados a curto, médio e longo prazo.

Propõe-se que esta pesquisa tenha uma continuidade sob um novo olhar, com uma metodologia qualitativa, buscando a realização de intervenções no cenário estudado, a fim de contribuir forma efetiva para a Qualidade de Vida dos ACSs.

Referências

ALMEIDA, D.; SANTOS, M. A. R. DOS; COSTA, A. F. B. Aplicação do coeficiente Alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. In: **XXX Encontro Nacional de engenharia de produção, anais da associação brasileira de engenharia de produção**. São Carlos - SP. p. 1 - 12. 2010.

ALMEIDA, M.; GUTIERREZ, G.; MARQUES, R. **Qualidade de Vida-Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo. Escola de Artes, Ciência e Humanidades- EACH/USP 2012.

ALMEIDA, Marco e GUTIERREZ, Gustavo. Políticas Públicas de Lazer e Qualidade de Vida: a contribuição do conceito de cultura para pensar as políticas de lazer. In: VILARTA, Roberto. **Qualidade de Vida e Políticas Públicas: saúde, Lazer e Atividade Física**. Campinas: IPES Editorial, 2004.

Araújo GA, Soares MJGO, Henriques MERM. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. **Rev Eletrônica Enferm** [periódico na internet] 2009; [acesso em 24 mar 2014];11(3):635-41. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a22.pdf>.

BAILER, C.; TOMITCH, L. M.B.; D'ELY, R. C. S. F. O planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em lingüística aplicada. Intercâmbio. **Revista do programa de estudos pós-graduados em lingüística aplicada e estudos da linguagem**. V. 24, 2011.

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

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. **Fundamentos da pesquisa epidemiológica**. In: MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 17379.

Brasil, **Ministério da Saúde**. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2013b.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições, Câmara, 2012a.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretário de Saúde**. SUS: avanços e desafios. Brasília (DF); 2006c.

BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 jul. 2002b.

BRASIL. Lei n. 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 n. 51, 14 fev. 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 out. 2006a.

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. 1990. p. 018055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 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. 2013a.

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

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília, DF, 200

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades - Juiz de Fora e IBGE Estados - Minas Gerais. Disponíveis em: <<http://cod.ibge.gov.br/234B9>> e <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em 22 fev. 2015.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Norma Regulamentadora nº. 6**. Programa de prevenção dos riscos ambientais. Brasília, DF: Ministério do Trabalho; 1997.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Norma Regulamentadora nº. 9**. Programa de prevenção dos riscos ambientais. Brasília, DF: Ministério do Trabalho; 1997.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006b, p. 59.

BRASIL, Qualificação Profissional e Mercado de Trabalho : reflexões e ensaios metodológicos construídos a partir da Pesquisa de Emprego e Desemprego / **Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos**. – São Paulo : DIEESE, 2011.

BRASIL. Senado Federal. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF; Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 16/04/ 2015.

BUENO, R. N. **Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios da AMFRI**. 2004. 88 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BULLINGER, M. et al. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 2, n. 6, p. 451-459, dec. 1993.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000100014&script=sci_arttext. Acesso em: 05. Jan. 2015.

CAMPOS, E. S. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2005. 148 p.

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.

CARMO, I. C. Et al. Fatores associados à sintomatologia dolorosa e qualidade de vida em odontólogos da cidade de Teresina- PI. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.14, n.1, p. 141-50, 2011.

COHN, A. **Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil**. In: LAURELL, A. C. (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo, Cortez, 1995. p. 225-44.

DEDECCA, C. S. **Reorganização das relações de trabalho no Brasil: a flexibilidade é a única alternativa?** In: CARVALHO NETO, A. M.; CARVALHO, R. A. A. (orgs.). Sindicalismo e negociação coletiva nos anos 90. Belo Horizonte: IRT, p. 151- 180, 1998.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. In: CHANLAT, J. F., organizador. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 3ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 1996.

DUARTE, P.S.; CICONELLI,R.M.**Instrumentos para avaliação da Qualidade de Vida: genéricos e específicos**, 2006 apud PEDROSO, B. Desenvolvimento do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2010.

FERRAZ, L; AERTS, D. R. G. D. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 347-355, 2005.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saúde Pública**. 2000;34(2):178-83.

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, jan./mar. 1999.

FLECK, M. P. A. **Problemas conceituais em qualidade de vida**. In: FLECK, M. P. A. et

al. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. 211 p.

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

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional 2014**. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313670>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

IBGE. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Diretoria de pesquisas coordenação de população e indicadores sociais estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica número 34 Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_sociais_2013/aceso em 04/03/2016.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. 2005. 127f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C., MAGOSSO, A.M., TAKAYANAGUI, C.B.S., KLUTHCOVSKY, F.A **Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde**. Rev Psiquiatr RS. 2007;29(2):176-18.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

LANZONIL, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev. bras. enferm.** vol.66 no.4 Brasília July/Aug. 2013.

LEITE, P.N.B. **Qualidade de vida e promoção da saúde**. Id on Line Revista de Psicologia, Julho de 2013, vol.1, n.20, p. 33-56. ISSN 1981-1189.

LINO, D. C. S. F. **Saúde Mental e Condições de Trabalho Entre Agentes Comunitários de Saúde**. **Dissertação** - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié - BA. 2013.

LOPES, D. M. Q., BECK, C. L. C., PRESTES, F. C., WEILLER, T. H., COLOMÉ, J. S., SILVA, G. M. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. Esc. Enferm. USP.**; 46(3):633-40; 2012.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira.** Cadernos Pagu, n 24, pp.105-125. jan. - jun., 2005.

LUNARDELO, S.R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto [tese].** São Paulo: Ribeirão Preto; 2004. [acessado 2006 jul 1º]. Disponível em:<http://www.teses.ensp.br/>.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde. v. 3, n. 1. Brasília:** Ministério da Saúde, p. 13-28. mar. 2006.

MACKAY, A.; GASS, S. Common data collection measures. In: Second language research: methodology and design. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2005. P. 43-99.

MAISSIAT, G. S. **Prazer e Sofrimento de Trabalhadores da Atenção Básica. Saúde à Luz da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho. 114 f. Dissertação** - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

MARTINS, JS. **Exclusão social e a nova desigualdade.** São Paulo (SP): Paulus;1997.

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

MASCARENHAS, C.H.M. **Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde do município de Jequié-Ba.** Dissertação (Mestrado-Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011. Orientador Prof. DSc. Fabio Ornellas Prado.Jequié, UESB, 2011.

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

MUNDSTOCK et al. **Cadernos de matemática e estatística Série B:** trabalho de apoio didático introdução à análise estatística utilizando o SPSS 13.0 Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Matemática Série B, número XX Porto Alegre - maio de 2006.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003. 238 p.

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

NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). **O sistema único de saúde em dez anos de desafio.**

São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. 630 p.

NETO, Francisco Campos Braga ; MARTINS, Mônica; SÁ, Marilene de Castilho; UGA, Maria Alicia D. **A gestão do SUS no âmbito estadual**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

Neumann VN. **Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais-EEUFMG; 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Trabalhando juntos pela saúde / Organização Mundial da Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (série B. Textos Básicos de Saúde).

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science and medicine**. v.41, n.10, 1995, p.403-409.

OPENDAKIT. Disponível em: <https://opendatakit.org>. Acesso em: 18/01/2016.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida no idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2001. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEDROSO, B.; PILATTI, L.A. **Desenvolvimento do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2010.

PEREZ, L. Os desafios para o século XXI. In: GALEAZZI, I.M.S. (Org) Mulher e Trabalho. Publicação Especial do Convênio da Pesquisa e Desemprego na Região Metropolitana de Porto Alegre (PEDRMPA) v. 1, 2001. p. 51-53.

Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília**, DF, 22 dez. 1997.

PRONATEC. **Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos**. Técnico em agente comunitário de saúde - 1.200 horas. Disponível em: http://pronatec.mec.gov.br/cnct/et_ambiente_saude_seguranca/t_agente_comunitario_de_saud_e.php acesso em: 15/03/2016.

QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. **Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.

REIS, E. J. F. B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out. 2005.

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

SCHWARTZMAN, S.; CASTRO, C. M. **Ensino, formação profissional e a questão da mão de obra**. Ensaio: aval.pol.públ.Educ. vol.21 no.80 Rio de Janeiro July/Sept. 2013.

SOUSA, M. F. **Agentes comunitários de saúde: choque de povo**. São Paulo: Hucitec, 2003.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14(Supl. 1), p. 1325-1335, 2009.

SPÌNDOLA, T. Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2000; 34(4):354-61.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment. **Psychological Medicine**, London, v. 28, p. 551-558, 1998.

THEISEN, N. I. S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico**. 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2004.

THEISEN, N. I. S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico**. Dissertação (mestrado) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. Santa Cruz do Sul - RS. 2004.

TIMOSSI, L. S. et al. Adaptação do modelo de Walton para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho. **Revista da Educação Física**, Maringá, v. 20, n. 3, p. 395-405,2009.

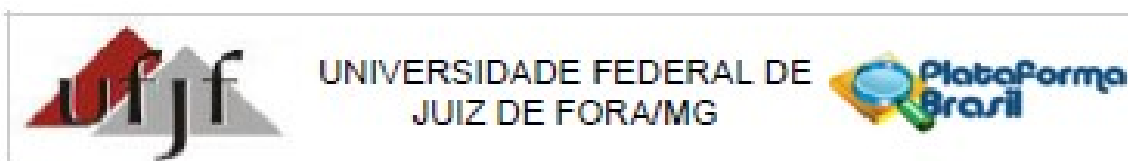
TRINDADE, L. L. et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 473-479, dez. 2007.

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.

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.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento.

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado 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: 932.706

Data da Relatoria: 13/01/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta 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.

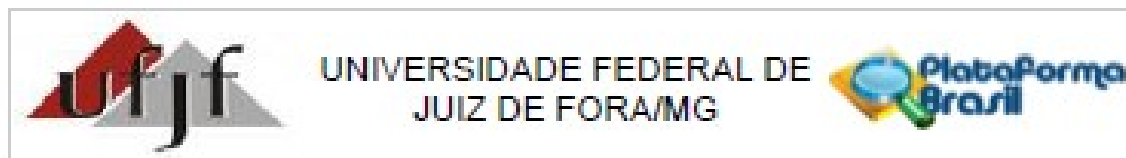
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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 466/12 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 LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 38.038-000
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 932.706

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. 466/12 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 CEPI/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 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: 36.038-000
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEPURJF

36084-900 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 à Saúde – condições de Trabalho e de Vida. Nesta pesquisa pretendemos “Conhecer as condições de vida e saúde de Trabalhadores que atuam na Atenção Primária à 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 à 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: coleta de dados, em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com a sua permissão através de Tablete 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 a APS de Juiz de Fora; o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas pelo perfil epidemiológico apresentado pelo estado; a identificação de determinantes sociais do processo saúde doença dos trabalhadores; a melhoria da qualidade de vida no trabalho e a oportunidades de treinamento e estudo para alunos de graduação e pós-graduação na área de saúde do trabalhador.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. 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) pelo pesquisador, que 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 UFJF 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 à 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 a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__ .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

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

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Profa. Dra Rosângela Maria Greo

Endereço: Rua Luiz Perry, 458

CEP: 36015380/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 84048838

E-mail: romagreco@gmail.com

APÊNDICE B – Instrumento para Coleta de Dados

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.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	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.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	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?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	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 (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
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
J23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do	1	2	3	4	5

local onde mora?					
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?				
Nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

BLOCO G**GN1 - Agora vamos fazer algumas perguntas sobre seu trabalho.**

G1. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos

G2. Atualmente você tem quantos empregos?

- 1 Um emprego
- 2 Dois empregos
- 3 Três empregos
- 4 Mais de três empregos

G3. Você trabalha durante a noite?

- 1 Sim
- 2 Não

G4. O seu **tempo total de trabalho**, em média, **POR SEMANA** é _____ horas
(inclua outras atividades profissionais ou outro local de trabalho)

G5. No trabalho, na **UAPS**, você se considera exposto a ... (pode marcar mais de uma opção)

- 1 Ruído muito elevado (só gritando no ouvido)
- 2 Ruído constante ou incômodo
- 3 Vibrações (oscilações ou tremores no corpo, ou nos membros)
- 4 Radiações (material radioativo, RX)
- 5 Calor intenso
- 6 Frio intenso
- 7 Poeiras ou gases
- 8 Agentes biológicos (contato ou manuseio de bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica vegetal ou animal) G5.1. Especificar _____
- 9 Agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, etc.) G5.2

Especificar _____

G6. O seu trabalho, na **UAPS**, exige do seu corpo... (Pode marcar mais de uma opção)

- 1 Gestos repetitivos
- 2 Posturas penosas (posições do corpo dolorosas, difíceis, desconfortáveis)
- 3 Esforços físicos intensos (cargas pesadas manuseadas ou movimentadas)
- 4 Permanecer muito tempo de pé na mesma posição
- 5 Permanecer muito tempo de pé com deslocamento (arrastar, puxar, empurrar, andar, etc.)

- 6 Permanecer muito tempo sentado
- 7 Permanecer muito tempo no mesmo local
- 8 Subir e descer com muita frequência

G7. No seu trabalho, na **UAPS**, você conta com quais das seguintes instalações?

Sim (1) Não (2)

G7.1 Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados

G7.2 Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos

G7.3 Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza

G7.4 Mobiliário adequado (mesas, cadeiras, etc.)

G7.5 Equipamentos e ferramentas adequados

G8. No seu trabalho, na **UAPS**, você conta com quais das seguintes condições de higiene e conforto?

Sim (1) Não (2)

G8.1 Água potável

G8.2 Álcool gel para higienização das mãos

G8.3 Papel higiênico nos banheiros

G8.4 Papel toalha nos banheiros

G8.5 Sabonete líquido para higienização das mãos

G9. Nos **ÚLTIMOS 12 MESES**, você sofreu algum acidente no trabalho?

- 1 Sim G9.1. Que tipo de acidente _____
- 2 Não

G10. Quais equipamentos de proteção você tem à disposição no seu local de trabalho, na UAPS?

G10.1 Equipamento de proteção individual ? Sim (1) Não (2)

G10.1.1 Quais? (Ex.: Luvas, jaleco, óculos, máscara, protetores auditivos, calçados de proteção)

G10.2 Equipamento de proteção coletiva ?

Sim (1)

Não (2)

G10.1.2 Quais? (Ex.: silenciadores nas máquinas, climatização adequada, extintor de incêndio)

G11. Em que ano você começou a trabalhar nesta UAPS? _____

G12. Você trabalha há quanto tempo na Atenção Primária à Saúde?

- 1 Menos de 5 anos
- 2 De 6 a 10 anos
- 3 De 11 a 15 anos
- 4 De 16 a 20 anos
- 5 De 21 a 25 anos
- 6 Há mais de 26 anos

G13. Qual a sua ocupação atual?

- 1 Agente Comunitário de Saúde
- 2 Assistente Social
- 3 Dentista
- 4 Enfermeiro (a)
- 5 Médico (a)
- 6 Fisioterapeuta
- 7 Auxiliar de Enfermagem

Outro _____

G14. Antes de começar a trabalhar na UAPS, você trabalhava?

- 1 Sim
- 2 Não

G15. Qual era sua ocupação ou atividade nesse seu trabalho anterior ao trabalho na UAPS?

—

G16. Você recebe adicional de insalubridade?

1 Sim

2 Não

LOCO N

As próximas perguntas são sobre sua vida familiar, moradia e outros aspectos

N1. Em relação ao seu nascimento, responda:

N1.1 Em que dia você nasceu? _____

N1.2 Em que mês você nasceu? _____

N1.3 Em que ano você nasceu? _____

N2. Em relação à localidade de seu nascimento, responda:

N2.1. Município: _____

N2.2. Estado: _____

N2.3. País: _____

N3. O Censo Brasileiro do IBGE usa os termos preto, pardo, branco, amarelo 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

N4. 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)

N5. Qual o seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

N6. 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

N7. Qual a sua formação profissional? _____

N8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

- 1 Católica
 - 2 Evangélica
 - 3 Espírita
 - 4 Testemunha de Jeová
 - 5 Muçulmana
 - 6 Budista
 - 7 Candomblé
 - 8 Não tenho religião
- Outra. Qual? _____

N9. Você tem filhos?

- 1 Sim N9.1. Quantos? _____
- 2 Não

N10. 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

N11. A residência onde você mora é?

- 1 Própria já paga
- 2 Própria ainda pagando
- 3 Alugada
- 4 Cedida
- 5 Outra condição N11.1.
Qual? _____

N12. 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 Mora sozinho (a)
- 2 De 1 a 3 pessoas
- 3 De 4 a 6 pessoas
- 4 De 7 a 9 pessoas
- 5 10 ou mais pessoas

N13. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- 1 Eu mesmo (a)
- 2 Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3 Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4 Meu pai ou minha mãe
- 5 Meu filho ou minha filha
- 6 Não tem chefe
- 7 Outra pessoa N13.1. Quem? _____

N14. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?

- 1 Não frequentou escola
- 2 1º grau incompleto
- 3 1º grau completo
- 4 2º grau incompleto
- 5 2º grau completo
- 6 Universitário incompleto
- 7 Universitário Completo
- 8 Pós-graduação

N15. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?

- 1 Sim, uma
- 2 Sim, mais de uma
- 3 Não

N16. 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:

N16.1. Televisão	1 Sim N16.1.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.2. Rádio	1 Sim N16.2.1. Quantos? _____

(não considerar rádio de automóvel)	2 Não
N16.3. Máquina de lavar roupa	1 Sim N16.3.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.4. Videocassete ou DVD ou Blu-ray	1 Sim N16.4.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.5. Geladeira	1 Sim N16.5.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.6. Freezer	1 Sim N16.6.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.7. Microcomputador	1 Sim N16.7.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.8. Lava-Louças	1 Sim N16.8.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.9. Micro-ondas	1 Sim N16.9.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.10. Motocicleta	1 Sim N16.10.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.11. Secador de Roupa	1 Sim N16.11.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.12. Banheiros	1 Sim N16.12.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.13. Automóveis	1 Sim N16.13.1. Quantos? _____ 2 Não

N17. **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 |

N18. 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

Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!!