

ANA CLÁUDIA GARABELI CAVALLI KLUTHCOVSKY

**Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde
de um município do interior do Paraná**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, convênio MINTER realizado entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná. Inserido na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Angela Maria Magosso Takayanagui

RIBEIRÃO PRETO
2005

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky

Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, convênio MINTER entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná. Inserido na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Angela Maria Magosso Takayanagui

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Assinatura:.....

Prof^a. Dr^a. Cláudia Benedita dos Santos

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Assinatura:.....

Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Assinatura:.....

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Fábio. Você é um guerreiro valente, homem como poucos neste mundo, e que sempre me incentivou em todos estes anos em que estivemos juntos.

Aos meus filhos Lucas e Samuel. Meus queridos meninos, que me dão muita alegria. Vocês são crianças lindas, meus companheiros, e que serão homens de bom coração.

À Reni, minha mãe; Marlise, minha sogra; e José, meu sogro, que se dispuseram a me ajudar quando eu precisei.

“Porque eu, o Senhor teu Deus, te seguro pela tua mão direita, e te digo: Não temas; eu te ajudarei”.

Is 41.13

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Angela Maria Magosso Takayanagui, minha orientadora, que me ajudou em todos os momentos, com paciência, compreensão e tranqüilidade. Obrigada por me incentivar e pela hospitalidade.

À Prof^a. Dr^a. Cláudia Benedita dos Santos, uma pessoa especial, cuja objetividade foi fundamental em todos os momentos deste trabalho, agradeço sua valiosa cooperação.

À Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa Pereira, a sua bondade e solidariedade são evidentes. Sua colaboração foi muito importante e enriqueceu muito este trabalho.

Ao Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos, pela disponibilidade e objetividade, muito obrigada pela ajuda, que foi fundamental na finalização deste estudo.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e à Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela oportunidade de realização do Curso de Mestrado.

Às professoras do MINTER USP-UNICENTRO, que muito me ensinaram, incentivaram e me deram novo ânimo tanto para a pesquisa quanto para a docência.

Às pessoas que me ajudaram na coleta dos dados para este trabalho.

Aos sujeitos deste estudo, sem a colaboração de vocês este trabalho não seria possível. Obrigada.

À Deus, que tem me protegido, me dado paz e a “vida verdadeira” por muitos anos.

“Certamente que a bondade e a misericórdia me seguirão todos os dias da minha vida, e habitarei na casa do Senhor por longos dias”.

SI 23.6

“Filho meu, não te esqueças dos meus ensinamentos, e o teu coração guarde os meus mandamentos; porque eles aumentarão os teus dias, e te acrescentarão anos de vida e paz”.

Provérbios 3: 2,3

RESUMO

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná.** 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Este é um estudo descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa, tendo como objetivo avaliar a qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná, Brasil. Foi utilizado um instrumento genérico para avaliar qualidade de vida, elaborado por pesquisadores da Organização Mundial da Saúde, denominado *WHOQOL-bref*, na sua versão para o português. Este instrumento é composto de duas partes. A primeira refere-se à ficha de informações sobre o respondente. A segunda consta de 26 questões, sendo que as duas primeiras avaliam a qualidade de vida de modo geral e a satisfação com a própria saúde (Qualidade de Vida Geral), as outras 24 questões estão divididas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. A coleta de dados foi realizada durante reuniões, de forma auto-administrada. Do total de 196 agentes comunitários de saúde, o grupo de estudo ficou composto por 169 agentes (86,2% do total existente). Os dados foram analisados utilizando-se medidas descritivas e o programa estatístico SPSS. O nível de significância adotado foi de 5%. A confiabilidade do *WHOQOL-bref* mostrou-se satisfatória, com coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87 para as 26 facetas e para os domínios variou de 0,50 (domínio Relações Sociais) a 0,72 (domínio Físico). A maioria dos agentes era do sexo feminino (89,3%); idade entre 19 e 30 anos (47,9%) e idade média de 31,1 anos (DP=8,8); 61,5% com segundo grau completo e com predomínio de casados (42,6%). Quanto à qualidade de vida, numa escala de 0 a 100, onde maiores escores médios indicam melhor avaliação da qualidade de vida, a Qualidade de Vida Geral obteve um escore médio de 69,6 (DP=14,5). O domínio Relações Sociais obteve o melhor escore médio, 75,8 (DP=14,2). O domínio Físico obteve escore médio de 74,2 (DP=13,2) e o domínio Psicológico, 74,0 (DP=11,4). O domínio Meio Ambiente obteve o menor escore médio, de 54,1 (DP=12,0). As facetas que obtiveram os maiores escores médios em cada domínio foram: relações pessoais (domínio Relações Sociais); mobilidade e capacidade de trabalho (domínio Físico); espiritualidade, religião e crenças pessoais e auto-estima (domínio Psicológico) e ambiente no lar e segurança física e proteção (domínio Meio Ambiente). As facetas que obtiveram os menores escores médios em cada domínio foram: suporte ou apoio social (domínio Relações Sociais); energia e fadiga (domínio Físico); pensar, aprender, capacidade de memória e concentração (domínio Psicológico), e recursos financeiros e oportunidades de recreação/lazer (domínio Meio Ambiente). Pela correlação entre cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio, observou-se que todas as facetas foram estatisticamente significativas, em maior ou menor proporção, em cada um dos respectivos domínios. Os resultados obtidos sugerem uma avaliação positiva para a Qualidade de Vida Geral e para os domínios Relações Sociais (maior escore médio entre os domínios), Físico e Psicológico, e uma avaliação intermediária para o domínio Meio Ambiente (menor escore médio entre os domínios). Este estudo possibilitou uma avaliação sobre qualidade de vida geral de um grupo de agentes comunitários de saúde e melhor entendimento sobre o tema.

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

ABSTRACT

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Quality of life of community health agents from a city in the interior of Paraná State.** 2005. 118 f. Master's Dissertacion – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

This is a descriptive and transversal study, with a quantitative approach. The aim of this study was to evaluate the quality of life of community health agents from a city in the interior of Paraná State, Brazil. A generic instrument was used to evaluate quality of life, elaborated by the World Health Organization researchers, WHOQOL-bref, in its Portuguese version. This instrument comprises two parts. The first one is about participants. The second contains 26 questions. The first two questions assessing the overall quality of life and general health (Overall Quality of Life), the others 24 questions are distributed in four domains: Physical, Psychological, Social Relationships and Environment. The data were collected during the meetings and the questionnaire was self-administered. The initial population included 196 agents, resulting in a group of study composed by 169 agents (86,2% of the total). The data was submitted to descriptive analysis and statistical program SPSS. The adopted level of significance was of 5%. WHOQOL-bref has shown reliability satisfactory, with Cronbach's Alpha coefficient of 0,87 for the 26 facets and ranged from 0,50 (Social Relationships domain) to 0,72 (Physical domain). Most of the agents were female (89,3%); aging between 19 and 30 years (47,9%) and average age of 31,1 years (SD=8,8); 61,5% with complete secondary school and predominantly married (42,6%). Concerning quality of life, in a possible variation from 0 to 100, the higher scores indicate better quality of life evaluation, the Overall Quality of Life obtained mean score of 69,6 (SD=14,5). The Social Relationships domain obtained mean score of 75,8 (SD=14,2). The Physical domain obtained mean score of 74,2 (SD=13,2) and Psychological domain, 74,0 (SD=11,4). The Environment domain obtained the lower mean score, of 54,1 (SD=12,0). The facets that had gotten the higher mean score in each domain had been: personal relationships (Social Relationships domain); mobility and capacity of work (Physical domain); spirituality, religiosity and personal beliefs and self-esteem (Psychological domain) and home environment and physical safety and security (Environment domain). The facets that had gotten the lower mean score in each domain had been: social support (Social Relationships domain); energy and fatigue (Physical domain); thinking, learning, memory and concentration (Psychological domain), and financial resources and participation in and opportunities for recreation/leisure activities (Environment domain). For the correlation between each question that composes the domain and the mean score of the domain, was observed that all facets had been statistically significant, with higher or lower ratio, in each one of the respective domains. The obtained results suggest a positive evaluation for the Overall Quality of Life and Social Relationships domain (the higher mean score between the domains), Physical and Psychological, and an intermediate evaluation for the Environment domain (the lower mean score between the domains). This study turned possible an evaluation about the quality of life of a community health agents group and a better understanding about the subject.

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

RESUMEN

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Calidad de vida de agentes comunitários de salud de una localidad del Estado de Paraná.** 2005. 118 f. Tesis de Maestría – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Tratase de una investigación descriptiva y transversal, con aproximación cuantitativa, cuyo objetivo es evaluar la calidad de vida en agentes comunitarios en una localidad del Estado del Paraná, Brasil. Como instrumento genérico de evaluación se utilizó el WHOQOL-bref, cuestionario elaborado por investigadores de la Organización Mundial de Salud en su versión portuguesa. Este cuestionario consta de dos partes: la primera, una ficha sobre quien responde. La segunda, consta de 26 preguntas. Las dos primeras evalúan la calidad de vida de modo general y la satisfacción con la propia salud (Calidad de Vida General), las restantes 24 se dividen en cuatro dominios: Físico, Psicológico, Relaciones Sociales y Medio Ambiente. Los datos fueron recogidos durante las reuniones y el cuestionario era autoadministrado. El grupo del estudio fue compuesto de 169 agentes (86,2% del total de 196 agentes). Los datos fueron sometidos a un análisis descriptivo y al programa estadístico SPSS. El nivel de verificación fue de 5%. La confiabilidad del WHOQOL-bref fue satisfactoria, con coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87 para las 26 facetas y para los dominios varió de 0,50 (dominio Relaciones Sociales) a 0,72 (dominio Físico). La mayoría de los agentes eran mujeres (89,3%); la edad entre 19 y 30 años (47,9%) y la edad promedio de 31,1 años (DP=8,8); 61,5% con escuela secundaria completa y con la mayoría casados (42,6%). Con relación a la calidad de vida, en una escala de 0 a 100, donde números más altas indican una mejor evaluación de la calidad de vida, la Calidad de Vida General obtuvo un promedio de 69,6% (DP=14,5). El dominio Relaciones Sociales obtuvo el mejor promedio, con 75,8 (DP=14,2). El dominio Físico obtuvo promedio de 74,2 (DP=13,2) y el dominio Psicológico, 74,0 (DP=11,4). El dominio Medio Ambiente obtuvo el menor promedio, con 54,1 (DP=12,0). Las facetas que obtuvieron los mejores promedios en cada dominio fueron: relaciones personales (dominio Relaciones Sociales); movilidad y capacidad de trabajo (dominio Físico); espiritualidad, religión y creencias personales y auto estima personal (dominio Psicológico) y ambiente en el hogar y seguridad física y protección (dominio Medio Ambiente). Los menores promedio, en cada dominio, se dieron en soporte o apoyo social (dominio Relaciones Sociales); energía y fatiga (dominio Físico); pensar, aprender, capacidad de memoria y aprendizaje (dominio Psicológico), y recursos financieros y oportunidades de recreación y lazer (dominio Medio Ambiente). Por la correlación entre cada cuestión que compone el dominio y el promedio del dominio, se observó que todas las facetas fueron estadísticamente significativas, en mayor o menor proporción, en cada uno de los respectivos dominios. Los resultados obtenidos indican que una evaluación positiva para la Calidad de Vida General y para los dominios Relaciones Sociales (mayor promedio entre los dominios), Físico y Psicológico, y una evaluación intermedia para el dominio Medio Ambiente (menor promedio entre os dominios). Esta investigación posibilitó una evaluación sobre la calidad de vida general de un grupo de agentes comunitarios de salud y una mejor comprensión del tema.

Palabras clave: Calidad de Vida. Agente Comunitario de Salud. Programa Salud de la Familia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos ACS de um município do interior do Paraná, segundo a idade (anos), 2004	59
Tabela 2 - Distribuição dos ACS de um município do interior do Paraná, segundo o nível educacional, 2004	60
Tabela 3 - Distribuição dos ACS de um município do interior do Paraná, segundo o estado civil, 2004	60
Tabela 4 - Coeficiente Alfa de Cronbach das facetas, QVG e domínios do <i>WHOQOL-bref</i> , 2004	61
Tabela 5 - Medidas descritivas das questões 1 e 2 do <i>WHOQOL-bref</i> , 2004	62
Tabela 6 - Escores médios e desvios-padrão da QVG e das questões que o compõem (Q1 e Q2), 2004	63
Tabela 7 - Escores médios e desvios-padrão, para os domínios do <i>WHOQOL-bref</i> , 2004	64
Tabela 8 - Escores médios e desvios-padrão das questões, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio Relações Sociais, 2004	65
Tabela 9 - Escores médios e desvios-padrão das questões, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio Físico, 2004	66
Tabela 10 - Escores médios e desvios-padrão das questões, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio Psicológico, 2004	67
Tabela 11 – Escores médios e desvios-padrão das questões, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio Meio Ambiente, 2004	69
Tabela 12 - Escores médios e desvios-padrão dos domínios e das questões que obtiveram os maiores e menores escores médios, em cada domínio do <i>WHOQOL-bref</i> , 2004	70
Tabela 13 – Escores médios e desvios-padrão dos domínios do <i>WHOQOL-bref</i> deste estudo e de outros estudos da literatura que avaliaram qualidade de vida, utilizando o <i>WHOQOL-bref</i>	79

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DP	Desvio-padrão
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QVG	Qualidade de Vida Geral
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	15
1.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS AÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	20
1.3 QUALIDADE DE VIDA	32
1.3.1 Aspectos conceituais e definições	32
1.3.2 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida	41
2 OBJETIVO	52
3 METODOLOGIA	52
3.1 TIPO DO ESTUDO	52
3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO	52
3.3 ASPECTOS ÉTICOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	54
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA	55
3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	57
4 RESULTADOS	58
4.1 DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO ESTUDADO SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	59
4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS ACS	61
4.2.1 Qualidade de Vida Geral	62
4.2.2 Domínios	63
4.2.3 Questões do Domínio Relações Sociais	64
4.2.4 Questões do Domínio Físico	66
4.2.5 Questões do Domínio Psicológico	67
4.2.6 Questões do Domínio Meio Ambiente	68
5 DISCUSSÃO	71
5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	72
5.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS ACS	74
5.2.1 Qualidade de Vida Geral	75
5.2.2 Domínios	78
5.2.3 Domínio Relações Sociais	81
5.2.4 Domínio Físico	87
5.2.5 Domínio Psicológico	91
5.2.6 Domínio Meio Ambiente	96
6 CONCLUSÃO	102
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	119

APRESENTAÇÃO

Quando fiz parte de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) em um pequeno município no sul do país, como médica, durante quase dois anos, percebia que os agentes comunitários de saúde (ACS) muitas vezes apresentavam alguma queixa, relatada diretamente a mim ou aos colegas da equipe de trabalho. Estas queixas relacionavam-se a dificuldades em diversas áreas de suas vidas, como problemas de saúde, dificuldades financeiras, entre outras, algumas inclusive relacionadas com a sua atividade de trabalho.

Naquela época, começou a surgir o meu interesse sobre o tema *qualidade de vida*, que, aliado à minha formação em Saúde do Trabalhador, fortaleceu o meu desejo de estudar a qualidade de vida em grupos de trabalhadores. Assim, a idéia deste estudo surgiu da observação do trabalho realizado por ACS.

Sobre qualidade de vida, muito se tem falado e escrito nos últimos anos. As referências enfatizam a ampliação do conceito do termo, não apenas em relação ao aspecto quantitativo de vida, mas também aos aspectos qualitativos.

A avaliação da própria vida, para concluir a respeito de sua qualidade, é um processo complexo. O indivíduo avalia a sua vida passada, suas conquistas e fracassos. Ao mesmo tempo, encara o momento presente, olha para o futuro e analisa se as perspectivas são boas ou sombrias. Muitos fatores entram nesta avaliação, como os ambientais e pessoais, positivos e negativos, o físico, o mental, o social, além dos seus valores e princípios (PASCHOAL, 2001).

Avaliar a qualidade de vida tornou-se muito importante, principalmente em função das mudanças que a vida moderna e o sistema capitalista têm imposto ao homem. Além do mais, pode fazer a pessoa questionar sobre o verdadeiro objetivo de sua vida, as compensações, as perdas e os danos, e talvez, reconsiderar muitos

dos conceitos antes estabelecidos, sobre a vida.

O estudo da qualidade de vida tem mostrado sua importância, em seus aspectos conceituais, nos muitos enfoques dados ao tema, na forma da utilização do termo em diversas áreas e em diferentes períodos da história, nas múltiplas maneiras de avaliação, nos variados segmentos da população em que é analisada, e em muitos outros aspectos.

Dentro do contexto da vida, e da qualidade de vida das pessoas, o momento do trabalho é tão importante, que não pode ser deixado de lado. Assim, ele se revela também importante na avaliação da população trabalhadora, e, em especial, dos ACS.

Em avaliações da qualidade de vida em grupos específicos ou populações, os dados obtidos podem servir como base de argumentos, justificativas ou mesmo como princípio para avaliações ou tomadas de decisões, em todos os setores.

Em relação à produção científica sobre avaliação de qualidade de vida em grupo de trabalhadores, o interesse vem aumentando, ainda que a passos mais lentos, quando comparado a estudos sobre qualidade de vida em determinados grupos de pessoas, principalmente aquelas com doenças crônicas.

Isto pôde ser observado em revisão bibliográfica, realizada junto à base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), referente ao período de 1982 até junho de 2004 e na base de dados da *National Library of Medicine*, responsável pelo *MEDLINE*, onde nenhuma referência foi encontrada sobre avaliação de qualidade de vida de ACS.

O fato de não haver na literatura nenhum trabalho sobre a avaliação da qualidade de vida de ACS, em especial, e mesmo poucos trabalhos sobre qualidade de vida de trabalhadores em geral, reforça a relevância deste estudo, em função das considerações até aqui apontadas.

Pelo exposto e, face à realidade do grande número de ACS atuando em todo o

país, que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), em dezembro de 2004, atingia um total de 195.491 ACS, o presente estudo se justifica a fim de analisar a qualidade de vida destes trabalhadores, colaborando desta forma, com a melhoria da saúde pública no Brasil, como um todo.

A questão a ser respondida por este estudo é: qual a avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde?

Pela observação empírica, a hipótese aqui levantada é a de que há comprometimento da qualidade de vida dos ACS.

Para entender o contexto de trabalho dos ACS e a situação atual do sistema de saúde no país, faz-se necessária uma breve revisão da história da saúde pública no Brasil, assunto do primeiro capítulo deste trabalho. O primeiro capítulo também descreve aspectos gerais sobre o PSF e as ações dos ACS. Na seqüência, são discutidos os aspectos conceituais e definições de qualidade de vida e os seus instrumentos de avaliação.

O capítulo dois relata o objetivo deste trabalho.

No capítulo três são abordados os aspectos metodológicos, ou seja, o tipo do estudo, o local e a população do estudo, os aspectos éticos e procedimentos para coleta dos dados e o instrumento de coleta de dados.

Nos capítulos quatro e cinco são apresentados, respectivamente, os resultados e as discussões sobre os dados obtidos. A conclusão é apresentada no capítulo seis, seguido pelo capítulo sete, com as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

1.1 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Do Brasil colônia até a metade dos anos 60, a atuação do Estado como formulador de políticas de saúde, restringiu-se a um modelo de saúde do tipo sanitário campanhista para o saneamento das áreas de circulação das mercadorias exportáveis, principalmente o café. Este sistema tinha inspiração militarista, com centralização das decisões e estilo repressor (MENDES, 1993; PUSTAI, 1996).

Por outro lado, a assistência médica individual era prestada através do pagamento por procedimentos, em um sistema que cobria a população assegurada mediante a contribuição ao sistema de previdência social, deixando um significativo contingente populacional sem cobertura (COHN; ELIAS, 1998; CONASS, 2003b; MENDES, 1993).

O modelo médico-assistencial privatista caracterizou-se por ser de caráter técnico, especialista, voltado para o indivíduo, com fins lucrativos e que beneficiava a indústria médica de alta complexidade e a medicina privada. A história da organização dos serviços de saúde no Brasil carrega fortemente a dicotomia prevenção e cura, marcada pelo paradigma biológico.

As concepções de saúde e de doença na educação ocidental, foram influenciadas pela visão do corpo como uma máquina, onde o entendimento das partes explica o todo, e a correção da “parte” doente, melhora todo o ser humano (DALLA, 2004).

Neste paradigma técnico, o conceito de saúde está firmado na ausência de doença, a atenção é voltada ao indivíduo e à doença, o hospital é a unidade dominante, com predomínio da atuação médica especializada, desagregando a

atenção sobre o ser humano (PARREIRAS; MARTINS JÚNIOR, 2004).

Houve um progressivo esgotamento deste modelo médico-assistencial privatista, principalmente no final da década de 70, pois o modelo curativo, tecnicista, além do alto custo, não alterava os perfis de morbimortalidade, e perdia qualidade progressivamente, com crescente insatisfação tanto dos usuários como dos profissionais da saúde (DALLA, 2004; MENDES, 1993; PUSTAI, 1996).

Na mesma época, tomava corpo a proposta internacional dos cuidados primários com a saúde e participação comunitária, firmada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, em 1978 (BRASIL, 1996). No país, contudo, esta proposta ficou reduzida a programas de medicina simplificada ou estratégias voltadas para grupos de risco (MENDES, 1993).

Segundo o mesmo autor, a década seguinte caracterizou-se por uma grave crise orgânica do Estado, que se refletiu em três momentos. O primeiro foi a crise ideológica, o segundo foi a crise financeira da Previdência Social e o terceiro momento foi a crise político-institucional.

Neste contexto, tomavam força as idéias de um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado, bem como os argumentos de descentralização e de municipalização.

Em meio à crise da Previdência Social, a partir de 1983, foram encadeadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), com um planejamento descentralizado e integrado, e expansão da rede de atenção primária à saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco na formulação das propostas de mudanças, cujo relatório final serviu de base para as discussões da Assembléia Nacional Constituinte. Em 1987, foi proposto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que substituiu as AIS (CONASS, 2003b; MENDES, 1993, 2002; PUSTAI, 1996).

O SUDS, com o princípio da integração de todos os serviços de saúde, deveria

ser uma rede hierarquizada e regionalizada, com participação comunitária e administração das unidades locais (BERTOLLI FILHO, 1996).

Os resultados obtidos, tanto com as AIS como com o SUDS, por diferentes razões, foram considerados apenas parciais (MENDES, 1993).

Durante todo este processo de transição, consolidou-se um movimento pelos direitos do cidadão, apoiado por representantes do movimento sanitário (BUSS, 2002; RIBEIRO; ANDRADE, 2004).

Ao longo da segunda metade da década de 80, consolidou-se a transição democrática através do reordenamento institucional, com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, em 1990 (MENDES, 1993, 2002; PUSTAI, 1996), e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), incluído na nova Constituição (BRASIL, 2000a).

O sistema público de serviços de saúde passou, então, a conviver com dois outros sistemas de saúde privados: o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Medicina Liberal (MENDES, 1998).

O SUS compreende ações e serviços de saúde com um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade. Os princípios organizativos são a regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e a participação popular (ANDRADE et al., 2004; BRASIL, 2001; COHN; ELIAS, 1998).

A regulamentação dos princípios constitucionais do SUS se deu através das Leis números 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que têm como base a descentralização das ações e políticas de saúde, o financiamento tripartite, a promoção, proteção e recuperação da saúde, para promoverem o atendimento integral e resolutivo à população e a participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde, com a criação das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde

(BRASIL, 2000a).

O processo de construção do SUS trata de garantir “[...]através da formulação e implementação de políticas e estratégias de mudança na gestão, organização e financiamento do sistema, que se consolide o processo de mudança do modelo assistencial[...]”(TEIXEIRA, 2004, p. 11).

O texto constitucional e leis orgânicas propugnavam uma concepção de saúde não apenas como oposição à doença, mas uma visão mais ampla, principalmente em relação à prevenção dos agravos e promoção da saúde, com a integralidade das ações em uma perspectiva que transcendia o setor saúde (MARCIER, 2002), em conformidade com a Carta de Ottawa (BRASIL, 1996, p. 11-12):

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

Por um lado, as ações desenvolvidas em atenção primária à saúde, caracterizadas pelo Ministério da Saúde como básicas, deveriam estar revestidas de integralidade e resolutividade. Para Starfield (2002), a responsabilidade na atenção primária à saúde inclui: a acessibilidade e o primeiro contato, o cadastro de pacientes e a atenção orientada para o paciente ao longo do tempo, a interação profissional-paciente, a integralidade da atenção (promoção, prevenção e reabilitação) e a coordenação da atenção (capacidade de garantir a continuidade da atenção).

Além das ações da chamada atenção básica, o SUS oferece também ações de média e alta complexidades, nos níveis ambulatorial e hospitalar.

A desproporção entre a demanda universalizada e oferta limitada de ações de

saúde entre estes extratos do SUS, propiciou o fortalecimento de um projeto neoliberal, culminando com um grande avanço do Sistema de Saúde Suplementar.

Na proposição do SUS, o pressuposto de uma atenção primária eficiente está implícito não apenas no critério da efetividade, mas também nas perspectivas da resolutividade e participação comunitária. O fortalecimento da atenção primária não é algo simples, pois abrange ações e relações intersetoriais e interdisciplinares de alta complexidade.

Segundo Chiesa e Fracolli (2004), o processo de implantação do SUS no país vem tendo experiências positivas quanto à descentralização, o acesso universal, a ampliação da cobertura da assistência à saúde e da participação popular. Porém, persistem dificuldades na operacionalização da equidade e integralidade da assistência à saúde.

Para Mendes (2002), há evidências de que os serviços de saúde organizados a partir da atenção primária à saúde, estruturados nos princípios do SUS, são mais eficazes e de maior qualidade, comprovados por trabalhos de avaliação de serviços de saúde nacionais e internacionais.

Segundo o mesmo autor, surgiram no país várias propostas alternativas de atenção primária à saúde, como, por exemplo, a Ação Programática em Saúde, o Médico de Família, a Defesa da Vida e a Estratégia da Saúde da Família, todas impulsionadas pela reforma sanitária brasileira. Além destas, cita-se também a Medicina Geral e Comunitária. Todas estas propostas foram importantes, porém não se tornaram políticas de âmbito nacional, o que veio a ocorrer no final de 1993, com a criação do PSF.

1.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS AÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O PSF foi influenciado por diferentes modelos de outros países, porém, suas origens diretas estão no Programa de Agentes de Saúde, instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987. Este modelo cearense obteve muitos resultados positivos, sendo então estendido a todo o país, em 1991, pelo Ministério da Saúde, como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (LAVOR, A; LAVOR, M.; LAVOR I., 2004; MENDES, 2002;).

O PACS, porém, isoladamente, constituiu-se em uma proposta de atenção primária seletiva, gerando uma demanda crescente nos serviços de saúde. Mendes (2002) relata a experiência pioneira que surgiu para responder a esta demanda, em Quixadá, Ceará, com o Programa de Saúde da Família, que serviu de base para o Ministério da Saúde lançar, em 1994, o PSF.

O convênio foi feito entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, com mecanismos de financiamento, exigências de contrapartidas, critérios de seleção de municípios, bem como o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2002a; COELHO; ANDRADE, 2004).

Inicialmente, o PSF foi desenhado como um programa na concepção tradicional, passando a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante para mudança do modelo de atenção dos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2002a; MARCIER, 2002; SOUZA, 2002a; TEIXEIRA, 2004). A estratégia, segundo Morin (2002), opõe-se ao programa. O programa é a determinação de uma seqüência de ações com um objetivo, e, para ser eficaz, o programa necessita condições estáveis, pois as menores perturbações desregulam sua execução. A estratégia também tem em vista um objetivo, mas os desenvolvimentos da ação serão determinados e escolhidos em função do

conhecimento sobre um ambiente incerto, com informações colhidas durante o percurso.

O objetivo do Ministério da Saúde com esta iniciativa, foi realizar o pressuposto na Constituição Federal em relação aos princípios básicos do SUS, no que se refere à organização tradicional dos serviços de saúde, com uma proposta de mudanças no paradigma de assistência pública tradicional à saúde.

Assim, o PSF pode ser entendido como uma estratégia estruturante do modelo de atenção básica à saúde no SUS, sendo a equipe de saúde da família um dos pontos de atenção da rede horizontal do sistema municipal de saúde (SOUZA, 2002b; ANDRADE et al., 2004).

O principal problema a ser enfrentado, segundo Teixeira (2004), resulta da dinâmica de reprodução do modelo assistencial hospitalocêntrico e privatista, que envolvem relações entre o Estado, as empresas multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos e o empresariado nacional e multinacional da área da saúde. Um outro desafio seria a implementação de uma política voltada à expansão e qualificação da atenção básica.

Alguns desses aspectos foram encontrados em trabalho de Muniz (2002), realizado com ACS e profissionais enfermeiros/supervisores, no município de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo, no qual foram levantadas reflexões relacionadas ao desempenho do PACS na identificação do sintomático respiratório no controle da tuberculose. Observou-se, entre outros aspectos, que os profissionais reconhecem que o serviço de saúde organiza-se pela lógica das condições agudas, centrada na atenção curativa e individual, relegando a um papel marginal e secundário as ações de prevenção e promoção à saúde.

Considerando-se essas dificuldades, o aperfeiçoamento e a flexibilização da estratégia do PSF, podem ser fundamentais para a adequação das respostas

oferecidas pelo SUS às necessidades e problemas de saúde da população (TEIXEIRA, 2004). Em função disto, desde 1994, o Ministério da Saúde vem estimulando a implantação do PSF, em todo o país (LEAL, 2002; NEGRI, 2002).

Assim, busca-se uma maior racionalidade na utilização dos serviços de saúde e melhorias nos indicadores de saúde da população, com base nas diretrizes operacionais do PSF, que são: o caráter substitutivo das práticas tradicionais; complementaridade e hierarquização; a adscrição da clientela; a programação e planejamento descentralizados; a integralidade; a abordagem multiprofissional; o estímulo à ação intersetorial; o estímulo à participação e controle social; a educação permanente dos profissionais e uso de instrumentos de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2002b; CONASS, 2003a; VASCONCELOS, 1998).

O trabalho em Saúde da Família, abrange, segundo Wagner H; Wagner A. e Talbot (2004, p. 29): “[...]um contexto integral da atenção a saúde, em todos os seus aspectos, onde o referencial biológico se mostra um paradigma inadequado, deixando muitas exceções sem uma explicação adequada”.

Os mesmos autores propõem a prática da atenção integral em saúde baseada no paradigma do pensamento sistêmico, com aparente melhora da relação da equipe de saúde com a comunidade, das necessidades de saúde e da promoção de atividades comunitárias.

Uma equipe de Saúde da Família é formada por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e por ACS. Outros profissionais têm sido inseridos nas equipes, como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros.

Desde o ano de 2002, também foram implantadas muitas Equipes de Saúde Bucal no PSF, em todo país (SILVEIRA FILHO, 2002). Estas equipes são formadas por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene

dental.

É necessário que a equipe do PSF seja multiprofissional e que conheça as famílias, a comunidade e o ambiente que compõem o território de abrangência, a fim de identificar os problemas de saúde e possíveis riscos, visando à elaboração de um plano de ação com o desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais e a prestação de assistência integral às famílias sob sua responsabilidade (ANDRADE et al., 2004; BRASIL, 2002a; CANUTO et al., 2004; MARCIER, 2002; NUNES et al., 2002; WAGNER, H.; WAGNER, A.; TALBOT, 2004).

Recomenda-se que cada equipe assista a, no máximo, 4.500 pessoas (BRASIL, 2004).

Mais do que garantir uma ampla cobertura à população usuária do SUS, o PSF, segundo Souza (2002b), precisa oportunizar a qualidade na atenção básica, como condição para a sustentabilidade do programa.

Evidentemente, a ênfase nas ações de prevenção em saúde não pode e não deve excluir ou diminuir as ações curativas necessárias, que são geradas pela demanda espontânea e detectadas no cadastramento e acompanhamento das famílias. Esta questão demonstra a necessidade de uma programação em saúde, como etapa do processo de planejamento, para que as metas sejam atingidas (MARCIER, 2002; ANDRADE et al.; 2004).

Estudos na literatura sobre o PSF têm revelado alguns resultados em indicadores de saúde. Em artigo sobre as repercussões da implantação do PSF em Araraquara, município do interior do Estado de São Paulo, de 1999 a 2002, observou-se que os impactos sobre os cinco indicadores da atenção básica estudados (coeficientes de mortalidade infantil, mortalidade neonatal, taxa de internação por complicações do diabetes, taxa de internações psiquiátricas e internações por todas as causas), apontaram expressivas melhorias na saúde da população, após a

implantação do referido programa (MATTOS; CACCIA-BAVA, 2004).

Outro artigo relata a melhoria de uma série de indicadores de saúde (sobre a dengue e hanseníase, hipertensão arterial e acidente vascular cerebral e indicadores de saúde relacionados com gestantes e crianças menores de cinco anos), resultados das bases teóricas, da organização e do trabalho, durante oito anos de atividades das equipes de Saúde da Família no município de Sobral, estado do Ceará (ANDRADE et al., 2004).

Franklin (1999), em seu artigo sobre o PSF do município de Iguatu, Estado do Ceará, observou redução nos índices de mortalidade infantil; melhoria nos níveis de aleitamento materno, que passou de 36% para 51%; acompanhamento de 95% das gestantes cadastradas e índice de vacinação de 100%. Alguns problemas por ele citados foram o número de famílias por equipe, a rotatividade dos médicos e a grande demanda por especialidade.

Em uma avaliação qualitativa de satisfação de usuários do PSF em 5 municípios no Estado da Bahia, realizado por Trad et al. (2002), constatou-se um elevado grau de satisfação por parte dos usuários em relação ao programa, relacionado ao maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença e a existência da visita domiciliar. Entre os aspectos negativos, destacou-se a persistência das filas e a fragilidade no encaminhamento para os níveis secundário e terciário da atenção.

Apesar da enorme expansão do número de equipes de PSF em todo o país, segundo Teixeira (2004, p. 13), ainda não se pode afirmar que, no conjunto, “[...]as ações e serviços produzidos signifiquem, de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais”, além de uma tendência à burocratização do processo de gerenciamento do trabalho das equipes. Também relata que as ações de vigilância em saúde, mesmo

limitada à vigilância ambiental, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica sobre doenças e agravos prioritários, ainda são desenvolvidas de modo incipiente pela maioria das equipes.

Sobre as dificuldades práticas do PSF, Marcier (2002, p.33) relata que: “[...]tem se verificado inúmeras dificuldades para transpor para o campo prático do processo de trabalho das equipes, as características transformadoras da atenção básica inerentes à proposta de saúde da família”.

Inserido em todo este contexto de mudanças e desafios, bem como da necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde, que, até agora, vem apresentando resultados diversos, encontram-se os ACS, sujeitos desta pesquisa.

Os ACS podem fazer parte de uma equipe de PSF ou do PACS, que é considerado uma parte do PSF ou um programa de transição para o PSF, naqueles municípios onde há somente o PACS (BRASIL, 2001; COELHO; ANDRADE, 2004).

Os municípios, inicialmente, adotaram diversas formas de contratação dos ACS, e, muitas destas formas, não reconheciam os direitos trabalhistas previstos na Constituição Federal. Assim, os ACS começaram a reivindicar o reconhecimento da profissão (LOPES; CHAGAS; TORRES, 2002).

As diretrizes para o exercício da atividade dos ACS foram fixadas pela Portaria nº 3.189, em 1999, que estabelece quais são as atividades dos ACS e esclarece, em seu artigo primeiro que, aos ACS cabe “[...]desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, na sua área de atuação” (Brasil, 2002c, p.25). A profissão de agente comunitário de saúde foi estabelecida pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (LOPES; CHAGAS; TORRES, 2002).

O agente comunitário de saúde é um profissional *sui generis*, proveniente de sua comunidade, devendo residir na própria área de trabalho há pelo menos dois

anos, conhecendo a realidade local, tendo um perfil mais social que técnico, sendo fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança. Deve saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida e ser responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 750 pessoas (BONASSA; CAMPOS, 2001; BRASIL, 2002c; CONASS, 2003a; LOPES; CHAGAS; TORRES, 2002).

As características necessárias ao trabalho comunitário são: propiciar condições para que as pessoas possam reconhecer os pontos positivos e os prejudiciais de suas tradições e introduzir novas idéias, aproveitando as antigas. Os principais instrumentos de trabalho dos ACS são a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias (BRASIL, 2000a).

As visitas domiciliares, programadas ou solicitadas, têm como objetivo acompanhar a situação de saúde da família. São essenciais para integrar as equipes de saúde com as famílias e também como meio de garantir a proteção à saúde (PARANÁ, 1998).

Em artigo de Elkan, Blair e Robinson (2000), são discutidas a eficácia, habilidade e profissionalismo da visita domiciliar em saúde, vista como um movimento político, baseado em modelos particulares de sociedades e com a finalidade de atingir metas estabelecidas. Estudam os modos pelos quais são definidos e alcançados os objetivos das visitas, e a maneira na qual as metas dos que realizam as visitas em saúde podem ser incorporadas nas avaliações.

O cadastramento das famílias consiste no registro das informações que estão contidas em formulários específicos (BRASIL, 2000a).

O mapeamento consiste na elaboração de um mapa, um desenho de toda a

área onde os ACS trabalham (BRASIL, 2000a).

As reuniões comunitárias são momentos de troca, onde aparecem os interesses da comunidade e os conhecimentos e dúvidas são discutidos, todos aprendem e de alguma forma podem também ensinar. A ação educativa é fundamental no trabalho dos ACS (BRASIL, 2000a).

Também são atribuições dos ACS analisar as necessidades da comunidade; atuar nas ações de controle de doenças endêmicas e nas ações de promoção e proteção da saúde da criança, da mulher, do adolescente, do idoso e dos portadores de deficiência física e deficiência mental; atuar nas ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de mama e do colo do útero, da hipertensão e do diabetes, da tuberculose e da hanseníase; participar das ações de saneamento básico e melhoria do ambiente; participar das reuniões da equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade (BRASIL, 2000a).

Os ACS também devem participar da importante questão da humanização dos serviços de saúde, que inclui o acolhimento do usuário para dentro dos serviços de saúde, a fim de traduzir suas demandas/necessidades (CHIESA; FRACOLLI, 2004; LAVOR, A.; LAVOR, M.; LAVOR, I., 2004).

Historicamente, os ACS representam um elo entre a equipe profissional e a comunidade, e foram incluídos nas equipes de PSF com uma proposta de trabalho em três dimensões: a técnica, operando com saberes da epidemiologia e clínica; a política, utilizando saberes da saúde coletiva; e a de assistência social, tentando resolver dificuldades como o acesso aos serviços e operacionalizando a equidade (CHIESA; FRACOLLI, 2004; FERNANDES, 1992).

O fato de ser o agente comunitário de saúde uma pessoa que convive com a realidade do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, o torna um interlocutor das contradições e dos diálogos entre esses

saberes e práticas, segundo Nunes et al. (2002, p. 1648) , que formulam a hipótese de que esses fatos:

[...]o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial, pois, numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação.

Nunes et al. (2002) relatam algumas particularidades enfrentadas pelos ACS, quando começam em uma equipe de PSF, como: aumento do poder de resolutividade; papel de *tradutor* do universo científico ao popular; entrada no mundo familiar das pessoas; papel de facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde; reconhecimento do seu trabalho por parte da população e aumento do conhecimento biomédico em relação ao da população.

Os mesmos autores também referem o aumento de trabalho e de responsabilidades; condições salariais; resistência da população com relação às orientações e conflitos e dificuldades de relacionamento com membros da comunidade. Finalizam, relatando que, muitas vezes, os ACS ficam num *fogo cruzado*, como demanda do tipo pessoal para a comunidade, e técnico e pedagógico para a equipe de saúde. No entanto, parece que é justamente neste fato que reside a força e a riqueza dos ACS na equipe de saúde.

Em pesquisa realizada por Pedrosa e Teles (2001), sobre consenso e diferenças entre os profissionais (médicos, enfermeiros e ACS) de equipes de PSF, foram encontrados resultados semelhantes a alguns aspectos acima descritos.

Por outro lado, os ACS, quer estejam inseridos no PACS ou no PSF, sofrem a cada dia inúmeras situações de pressão, onde devem rever suas práticas diante de novos desafios, já que eles são um dos representantes de toda uma tentativa de mudança nos paradigmas da atenção à saúde, até então marcado fortemente pelo paradigma biológico, para uma nova proposta, de atenção integral à saúde das pessoas.

Além disso, os ACS, por residirem na área onde trabalham, vivem o cotidiano da comunidade, com seus aspectos positivos ou negativos, certamente com mais intensidade do que os outros membros da equipe de saúde.

Ainda, devido a essas condições, surge o risco do aparecimento de sintomas como a ansiedade, depressão, estresse, entre outros, tanto nos agentes, como nos demais profissionais da equipe.

Também surge a possibilidade do aparecimento da chamada síndrome do esgotamento profissional (*burnout*), que pode ser considerada um problema real e de grandes proporções, pois está em contínuo crescimento (ANDREU, 2003; BORGES et al., 2002; MARTÍN et al., 2001).

Tamayo e Tróccoli (2002, p. 37) a definem como: “[...]uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica no trabalho. Trata-se de uma experiência subjetiva interna que gera sentimentos e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho[...]”. É caracterizada pelas dimensões esgotamento emocional (considerada como o fator central do *burnout*), despersonalização e diminuição da realização pessoal (BORGES et al., 2002; MALASH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002)

Tanto a síndrome do esgotamento profissional como o estresse profissional têm se tornado cada vez mais uma séria ameaça para os profissionais da área da saúde. Afeta sua saúde, sua qualidade de vida, o rendimento e eficiência no trabalho, dificuldades de comunicação e insatisfação, com conseqüentes repercussões na qualidade assistencial da comunidade por eles assistida (ANDREU, 2003; CAMELO; ANGERAMI, 2004; MARTÍN et al., 2001; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002).

Estudos sobre a prevalência de estresse, de algum sintoma de desgaste profissional ou da síndrome do esgotamento profissional (*burnout*) em profissionais da área da Saúde Pública têm sido observados na literatura (CAMELO; ANGERAMI,

2004; MARTÍN et al., 2001; MARTÍNEZ, 1997; SOBREQUÉS et al., 2003; TENA et al., 2002).

Apesar das dificuldades encontradas na prática profissional, é inegável o benefício que o trabalho dos ACS em atividade no país tem proporcionado à saúde da população brasileira, pela contribuição na qualificação das ações de saúde, como reduções dos índices de mortalidade infantil, aumento das taxas de cobertura pré-natal, de vacinação e de vigilância à saúde de mães, crianças, adolescentes, adultos e idosos (FONSECA, 2002).

Estudos como o de Svitone et al. (2000), confirmam isto, onde a análise do trabalho dos então chamados Agentes de Saúde do Ceará, em parceria com serviços locais de saúde, iniciado em 1987, demonstrou redução da mortalidade infantil, aumento da utilização de soro de reidratação oral durante episódios de diarreia nos primeiros anos de vida, e aumento da cobertura vacinal básica completa em crianças de 12 a 36 meses.

Outro exemplo do desempenho do trabalho dos ACS é o estudo de Cesar et al. (2002), onde foram estudadas as mudanças em indicadores de saúde infantil ao longo de três anos, em 409 crianças, em média, no município de Itapirapuã Paulista, Estado de São Paulo, após a atuação de doze ACS previamente treinados. Os indicadores de saúde infantil (redução da taxa de hospitalização, menor incidência de baixo peso ao nascer, aumento do uso de soro reidratante oral e aumento da cobertura de imunização básica completa) foram sistematicamente melhores que os indicadores de um município vizinho tomado como controle, revelando ser bastante provável que os ACS tenham contribuído para essas melhorias.

Em estudo de Pedrosa e Teles (2001), os ACS consideraram a valorização da comunidade sobre o seu trabalho, relacionada, entre outros fatores, à diminuição da mortalidade infantil e de adultos na comunidade, à diminuição da incidência de

diarréia e ao acompanhamento do desenvolvimento das crianças.

Em pesquisa realizada por Nunes et al. (2002) com famílias atendidas pelo PSF em áreas urbanas e rurais de cinco municípios do Estado da Bahia, entre 1999 e 2001, foi relatado que, na maioria das vezes, as referências sobre os ACS tiveram um julgamento positivo, seja porque os ACS facilitavam o acesso das pessoas aos serviços de saúde, seja pelo caráter sério, assíduo e relevante do seu trabalho.

Ainda outros estudos poderiam ser citados, que tratam dos aspectos relacionados à atuação dos ACS, seu vínculo com a comunidade e a satisfação e reconhecimento do seu trabalho por parte dos usuários (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004; OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003).

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em setembro de 2004, o país contava com 195.491 ACS. Porém, nem toda a população brasileira dispunha do acompanhamento do PSF ou do PACS, já que, 56,1% da população estimada do país contavam com acompanhamento por ACS (com base de cálculo em 575 pessoas por agente comunitário de saúde, limitada a população total) e 39,4% contavam com acompanhamento por equipes de PSF (com base de cálculo em 3.450 pessoas por equipe, limitada a população total) (BRASIL, 2004).

Considerando o grande número de ACS atuando no país, e por tudo que foi exposto até aqui, pode-se salientar que o trabalho dos ACS é de extrema importância para o atual estágio da atenção primária em todo o Brasil, pois entram em contato com diferentes demandas diariamente, sendo, por esta razão, profissionais que merecem atenção, especialmente em relação à sua qualidade de vida.

1.3 QUALIDADE DE VIDA

1.3.1 Aspectos conceituais e definições

Qualidade de vida é um termo de difícil conceituação, e, durante as últimas décadas, apesar dos debates, não se chegou a um consenso (BARROS, 2002; FARQUHAR, 1995a; FORATTINI, 1991; IGLESIAS, 2002; MEEBERG, 1993; PASCHOAL, 2001; ROCHA, 2002; SEIDL; ZANNON, 2004).

Conceitos de qualidade de vida e padrão de vida tiveram interesse inicialmente por cientistas sociais, filósofos e políticos (FLECK et al., 1999a; JACOB FILHO, 2003).

Segundo Wood-Dauphinee (1999), o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar. Ele discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado. O termo não foi valorizado e foi esquecido. Contudo, para Fleck et al. (1999a, p. 20), o termo *qualidade de vida* foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou: “[...]os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.”

Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado (JACOB FILHO, 2003; MEEBERG, 1993), sendo que a noção de sucesso das pessoas e países estava associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como possuir casa própria, aparelhos eletrônicos, carro, etc. (PASCHOAL, 2001).

Assim, os conceitos propostos inicialmente sobre qualidade de vida,

enfaticavam os aspectos materiais, como salário, sucesso profissional e bens adquiridos (NAHAS, 2001).

O termo qualidade de vida, foi, então, usado para criticar políticas, nas quais o objetivo era o crescimento econômico sem limites e os valores materiais assumiam importância fundamental (PASCHOAL, 2001).

O conceito foi, a seguir, ampliado, a fim de medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, utilizando-se os indicadores econômicos como instrumentos para medir e comparar qualidade de vida. Com o passar dos anos, o conceito se ampliou, significando, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, etc. (PASCHOAL, 2001; SILVA, 2003).

Ultimamente, tem-se valorizado fatores como satisfação, amor, felicidade, realização pessoal, relacionamentos com qualidade, percepção de bem-estar, emprego, acesso a serviços públicos, comunicação, urbanização, ambiente social, liberdade, solidariedade, etc. Considera-se como componente fundamental para edificar uma vida com qualidade, o atendimento às necessidades humanas básicas como a alimentação, a moradia, a educação, trabalho, saúde e lazer (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; NAHAS, 2001; QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004; SAVONITTI, 2000; VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002; VILARTA; GONÇALVES, 2004).

Paschoal (2001) concorda, afirmando que o conceito foi ampliado, paulatinamente, englobando o desenvolvimento sócio-econômico e humano (aspecto objetivo) e a percepção individual (aspecto subjetivo) das pessoas a respeito de suas vidas.

Assim, há uma crescente mudança dos enfoques quando se fala em qualidade de vida, com a intenção de, cada vez mais, dar vida aos anos.

Qualidade de vida tem se tornado um tema significativamente importante para a sociedade em geral, na literatura científica, e especialmente no campo da saúde, pois a progressiva desumanização devido o desenvolvimento tecnológico das ciências da saúde, trouxe uma maior preocupação com o tema (CÁRDENAS, 2004; FLECK et al., 1999a; MEEBERG, 1993; NUCCI, 2003).

Atualmente, o termo é utilizado pela população em geral, por jornalistas, políticos e executivos, e também em pesquisas ligadas a várias especialidades como a sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, propaganda, geografia, história social e filosofia (FARQUHAR, 1995a; FARQUHAR, 1995b; IGLESIAS, 2002; QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004).

Geralmente qualidade de vida tem uma conotação positiva, porém, devem ser considerados também os aspectos ruins da vida, e a habilidade para se manter ou melhorar a qualidade de vida (FARQUHAR, 1995b).

O termo *qualidade*, em função de sua natureza abstrata, esclarece porque a expressão *boa qualidade*, tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em locais e situações diferentes. Por isto são múltiplos os conceitos de qualidade de vida (NAHAS, 2001; PASCHOAL, 2001; ROCHA, 2002).

Paschoal (2001, p.24) enfatiza a importância da avaliação da qualidade de vida percebida pela pessoa (qualidade de vida subjetiva), valorizando, assim, a opinião do indivíduo, (p.24):

Assim, *qualidade de vida* é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. Mais: tem variado, para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo. O que hoje, para mim, é uma boa qualidade de vida, pode não ter sido há algum tempo atrás; poderá não ser amanhã, ou daqui a algum tempo. Talvez possa variar, mesmo, de acordo com o meu estado de espírito, ou de humor. Essa multiplicidade de conceitos, colocados de forma tão heterogênea, dificulta comparações.

A qualidade de vida tem um conceito diferente de pessoa para pessoa, tendendo a mudar ao longo da vida, em função das circunstâncias sócio-históricas, gerando diferentes percepções sobre qualidade de vida (AMATO; AMATO NETO; UIP, 1997; BERTONCELLO, 2004; CÁRDENAS, 1999; NAHAS, 2001; RUFFINO-NETO, 1992; VILARTA, GONÇALVES, 2004).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a relatividade da noção de qualidade de vida apresenta três formas de referência. A histórica, na qual em um determinado tempo de uma sociedade, existe um parâmetro de qualidade de vida, que pode ser diferente de uma outra época, da mesma sociedade. A cultural, na qual os valores e necessidades são diferentes nos diferentes povos. Por fim, nas sociedades com desigualdades muito fortes, as classes sociais mostram padrões de bem-estar estratificados e a idéia de qualidade de vida relaciona-se ao bem-estar das camadas superiores.

Qualidade de vida é intensamente marcada pela complexidade e subjetividade, envolvendo os componentes físico, psicológico, social, cultural e espiritual da condição humana (CÁRDENAS, 1999; FORATTINI, 1991; HOLMES; DICKERSON, 1987; MEEBERG, 1993; NUCCI, 2003; QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004; ROCHA, 2002).

No entanto, a subjetividade não seria pura e total, pois existem condições (componente objetivo) presentes no meio e na vida das pessoas que influenciam sua percepção de qualidade de vida (MICHELONE; SANTOS, 2004; PASCHOAL, 2001).

Meeberg (1993), refere que os aspectos subjetivos são essenciais, e que os aspectos objetivos são também necessários, pois podem alterar a percepção de pessoas que vivem em determinadas condições, e também de outras pessoas, quando comparadas às primeiras.

Qualidade de vida tem um caráter muito abstrato e uma grande esfera de ação, dificultando uma clarificação do conceito (CÁRDENAS, 1999; EVERS, 2003; HOLMES;

DICKERSON, 1987; MEEBERG, 1993).

Silva (2003), em seu trabalho sobre qualidade de vida em idosos, confirmou o caráter multidimensional e abstrato do tema, referenciados a aspectos objetivos e subjetivos da vida. Os aspectos subjetivos seriam representados por fatores físicos, mentais e sociais.

Segundo Fleck et al. (1999a), embora não haja consenso sobre o conceito de qualidade de vida, um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS), de diferentes culturas, responsáveis pelo desenvolvimento do *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100)*, um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, num projeto colaborativo multicêntrico, obteve três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui, pelo menos, as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas).

Em seu estudo sobre qualidade de vida no idoso, Paschoal (2001), acrescentou uma quarta característica, a mutabilidade, partindo do pressuposto que a avaliação da qualidade de vida pode mudar, em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural.

Seidl e Zannon (2004), afirmam que dois aspectos são destacados no plano conceitual de qualidade de vida, a subjetividade e a multidimensionalidade, principalmente a partir da década de oitenta, com aumento dos estudos sobre o assunto.

Sobre as diversas abordagens da qualidade de vida, Holmes e Dickerson (1987) relatam que os fatores que contribuem para a qualidade de vida como um todo, são: satisfação pessoal, auto-estima, capacidade de desempenho, comparação com os outros, conhecimentos e experiências prévias, condições econômicas, estado geral de saúde e estado emocional.

Forattini (1991), relata que qualidade de vida poderia ser traduzida por

satisfação em viver. E refere que a orientação de priorizar necessidades específicas, quer sejam concretas ou abstratas, quando se trata de qualidade de vida, tem sido geralmente aceita.

Muitos termos são utilizados na literatura como sinônimos de qualidade de vida, como bem-estar, felicidade, condições de vida e satisfação com a vida. Este último provavelmente é o mais comumente utilizado com este fim (MEEBERG, 1993).

A mesma autora, em revisão da literatura, evidenciou quatro atributos relacionados à qualidade de vida: o sentimento de satisfação com a própria vida em geral; a capacidade mental de avaliar a própria vida como satisfatória ou de outra forma; um aceitável estado de saúde física, mental, social e emocional, determinado pelo indivíduo; e, uma avaliação objetiva sobre as adequadas condições de vida.

Para Nahas (2001), qualidade de vida refere-se ao nível de satisfação com a vida, a auto-estima e percepção de bem-estar psicológico, às condições de trabalho e ao bem-estar geral ou *wellness*. Completa relatando que pelo menos duas realidades são importantes e devem ser consideradas no estudo da qualidade de vida: a vida social e familiar, inclusive o lazer, e a realidade do trabalho.

Segundo Paschoal (2001), as diferentes concepções e tendências de pesquisa sobre o construto de qualidade de vida, seriam: a visão Aristotélica de qualidade de vida, na qual a *boa vida* seria a vida mais desejável, a vida de acordo com a mais alta das virtudes; o desenvolvimento humano; o bem-estar psicológico; a felicidade com a vida ou a alegria de viver; e o preenchimento ou satisfação das necessidades.

Silva (2003), relata que qualidade de vida compreenderia áreas muito diversificadas como: satisfação pessoal, auto-estima, desempenho, situação econômica, comparação com os outros, experiência e conhecimento prévios e saúde.

O termo *qualidade de vida* aparece no banco de dados *MEDLINE* a partir de 1977 (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; PASCHOAL, 2001), sendo que a

expressão *qualidade de vida* aparece pela primeira vez no Index Medicus em 1985 (SAVONITTI, 2000).

Em pesquisa ao *MEDLINE*, de 1966 até 2002, Evers (2003), encontrou mais de 50.000 artigos publicados referentes ao tema *quality of life* ou *life quality*, sendo a maioria destes publicados após 1987, com um crescimento expressivo desde 1990.

Em trabalho sobre qualidade de vida em idosos, Paschoal (2001) realizou uma revisão bibliográfica tendo como base o LILACS, de 1982 até janeiro de 2000, sendo encontradas 727 referências sobre o tema *qualidade de vida*, das quais 289 (39,8%) eram brasileiras, concluindo que qualidade de vida passou a ter importância na literatura brasileira de Ciências da Saúde a partir de 1992.

Um novo termo, *qualidade de vida relacionada à saúde*, tradução da expressão inglesa *Health-related Quality of Life*, de variada aplicação e significado impreciso, tem sido utilizada pelos pesquisadores dessa área (PASCHOAL, 2001).

Qualidade de vida relacionada à saúde e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos semelhantes, ambos focados na avaliação subjetiva do paciente, porém ligados necessariamente ao impacto das condições de saúde sobre a capacidade da pessoa ter uma vida plena (GRUPO WHOQOL, 1998), ou para avaliar o impacto das doenças e dos tratamentos na vida dos pacientes (BERLIM; FLECK, 2003; WOOD-DAUPHINEE, 1999).

Dentro desta discussão, surge uma dificuldade de entendimento: seria a qualidade de vida um domínio ou dimensão da saúde, ou saúde seria uma dimensão ou domínio de qualidade de vida? Estas dúvidas estão presentes inclusive em trabalhos de ensaios clínicos, e, em grande número de artigos da literatura médica, não se encontra uma clarificação do conceito e a definição do tema, não ficando claro sobre o que os autores estão considerando como qualidade de vida, o que seria muito importante e necessário nas investigações científicas, inclusive para fins de

comparação (BUSS, 2000; FARQUHAR, 1995a; FARQUHAR, 1995b; PASCHOAL, 2001).

Apesar das dificuldades conceituais, parece claro que qualidade de vida é eminentemente interdisciplinar, sendo necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aprimoramento metodológico e conceitual (NUCCI, 2003; SEIDL; ZANNON, 2004).

Com relação às definições de qualidade de vida, observa-se um grande número na literatura, e, para Meeberg (1993), algumas focalizam os aspectos subjetivos, outras os objetivos, e outras utilizam ambos, de maneira unidimensional ou multidimensional. Alguns autores definem qualidade de vida em termos de satisfação com a vida ou satisfação das necessidades.

Qualidade de vida, porém, possui aspectos subjetivos e objetivos, e mais do que uma dimensão.

Diversos fatores levam a falta de consenso sobre a definição de qualidade de vida, como o fato da multidisciplinaridade de uso do termo, as diferenças com relação ao ambiente cultural, a dificuldade em escolher quais os componentes ou dimensões do conceito seriam mais importantes na definição, e também a multiplicidade de medidas de avaliação (FARQUHAR, 1995a).

Segundo Cárdenas (1999, p. 21): “a maioria das definições refere-se a percepções de bem-estar, satisfação de necessidades, a habilidade para alcançar segurança e auto-estima e a cumprir metas pessoais, satisfação e insatisfação com a vida”. A autora conclui que qualidade de vida envolve os valores e a qualidade da participação da pessoa em diversas dimensões da vida.

Para Burckhardt (2000), qualidade de vida é definida de múltiplos modos e de diferentes meios para diferentes pessoas. Estes diferentes modos abrangem vagas definições de como o indivíduo define estar se sentindo, a habilidade para conduzir

uma vida normal e o auto-aprendizado.

A natureza abstrata do termo qualidade de vida, para Paschoal (2001), explica porque *boa qualidade* tem significados diferentes, motivo de haver variadas e inúmeras definições, o que torna difícil até mesmo as comparações entre os trabalhos, pois o que é definido em uns, não o é em outros.

Algumas definições de *qualidade de vida* encontradas na literatura estão descritas a seguir.

Para Holmes e Dickerson (1987, p. 519), qualidade de vida:

[...]é um conceito dinâmico, representando respostas individuais para os efeitos físicos, mentais e sociais da doença, as quais influenciam a extensão em que a satisfação pessoal com as circunstâncias da vida pode ser alcançada, e que permitem comparação favorável com outras pessoas, de acordo com critérios selecionados.

Ruffino-Neto (1992, p. 64) considerou:

[...]qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar; trabalhar produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes; vivendo para ser meios utilitários ou utilitários fins[...], ou simplesmente existindo.

Para Meeberg (1993, p. 37):

Qualidade de vida é o sentimento de satisfação geral com a vida, determinado pelo indivíduo mentalmente alerta cuja vida está sendo avaliada. Outra pessoa, de preferência alheia à situação de vida desse indivíduo, deve também concordar que as condições de vida deste último não ameaçam a vida e são adequadas para satisfazer suas necessidades básicas.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8):

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação com a vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Segundo Tamaki (2000, p. 21):

Qualidade de vida poderia ser definida como a satisfação das necessidades individuais. O bem-estar provocado pela satisfação das suas necessidades

definiria a qualidade de vida do indivíduo e a soma do bem-estar de todos os indivíduos constituiria a qualidade de vida da população.

Qualidade de vida é, numa visão holística, “a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano” (NAHAS, 2001, p. 5).

Para a Quality of Life Research Unit (2005, p.1), da Universidade de Toronto, qualidade de vida é: “[...]o grau com o qual uma pessoa usufrui de importantes possibilidades em sua vida. Essas possibilidades resultam de oportunidades e limitações que cada pessoa tem em sua vida e reflete a interação de fatores pessoais e ambientais”.

Qualidade de vida é definida pela OMS (THE WHOQOL GROUP, 1997, p. 1) 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”. Esta definição da OMS deixa implícita a idéia de que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (FLECK et al., 1999b). Este estudo está centrado neste referencial trazido pela OMS.

Para se conhecer a qualidade de vida das pessoas são necessários, além do conhecimento sobre os aspectos conceituais e definições, a utilização de instrumentos para sua avaliação. Observa-se o grande número de instrumentos de avaliação da qualidade de vida disponíveis, traduzidos e validados para o português, nos últimos anos.

1.3.2 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida

É crescente o interesse e a ênfase de muitos autores sobre a necessidade e a

importância da avaliação da qualidade de vida, inclusive na área da saúde (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; PASCHOAL, 2001; SEIDL; ZANNON, 2004; SILVA 2003).

Desde a década de 70, a avaliação da qualidade de vida passou, de uma atividade restrita a uma disciplina formal, tanto do ponto de vista teórico, quanto metodológico e de aplicação (BERLIM; FLECK, 2003; WOOD-DAUPHINEE, 1999). Foi, então, sendo gradualmente incorporada no setor saúde, principalmente como uma técnica de pesquisa clínica e por formuladores de políticas (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993; PASCHOAL, 2001; TESTA; SIMONSON, 1996; WOOD-DAUPHINEE, 1999).

Para Farquhar (1995b), os métodos de avaliação de qualidade de vida são tanto numerosos quanto inconsistentes, e propõe em seu artigo uma classificação das definições de qualidade de vida encontradas na literatura (em globais, por componentes, específicas e combinadas), como uma estratégia de auxílio aos pesquisadores do tema.

Segundo Tamaki (2000, p. 21), qualquer método utilizado para avaliar qualidade de vida:

[...]vai ser reducionista, pois é um objeto permeado por múltiplas facetas, em que não existe ou não é possível criar um modelo agregador que as reúna, todas, em uma construção coerente, lógica, consensual e com uma capacidade explicativa do fenômeno da vida, da qualidade de vida.

As dificuldades encontradas por muitos autores em conceituar qualidade de vida se estendem às possibilidades de sua mensuração. Existem indicadores objetivos e concretos, como índice de desemprego, densidade populacional, condições de moradia e financeiras, e indicadores abstratos e subjetivos, baseados em informações colhidas diretamente dos indivíduos estudados, que não podem ser considerados isoladamente (CÁRDENAS, 1999; FORATTINI, 1991; GONÇALVES;

VILARTA, 2004; IGLESIAS, 2002; PASCHOAL, 2001; PELICIONI, 1994; WOOD-DAUPHINEE, 1999).

De fato, ao longo do tempo, a forma de avaliação se alterou, além de parâmetros objetivos, foram incorporados parâmetros subjetivos de percepção das pessoas, relatados acima (BERTONCELLO, 2004; PASCHOAL, 2001; VILARTA; GONÇALVES, 2004).

Apesar das dificuldades de mensuração, a avaliação dos indicadores subjetivos expressam melhor a experiência de vida, uma vez que consideram o significado que as pessoas atribuem às suas experiências, ou seja, o seu caráter pessoal, relacionados com a cultura, valores e necessidades e perspectivas de bem-estar (AUGUSTO, 2000; CÁRDENAS, 1999; FARQUHAR, 1995b; FORATTINI, 1991; TESTA; SIMONSON, 1996).

Outra dificuldade seria escolher quais os múltiplos fatores que deveriam ser considerados para se avaliar qualidade de vida, ou o que é importante para o indivíduo, já que a humanidade avança em uma perspectiva dinâmica, com diferentes prioridades, em diferentes culturas e crenças (CÁRDENAS, 1999; JACOB FILHO, 2003; NUCCI, 2003; SAXENA et al., 2001; VILARTA, GONÇALVES, 2004).

Na última década, foram elaborados muitos instrumentos de avaliação da qualidade de vida, a maioria nos Estados Unidos e na Inglaterra, sendo traduzidos e utilizados em outros países (CÁRDENAS, 1999; FLECK et al., 1999a; IGLESIAS, 2002; PASCHOAL, 2001; WOOD-DAUPHINEE, 1999). A partir de 1992, no Brasil, as pesquisas sobre qualidade de vida se expandiram, sendo realizados, nos últimos anos, trabalhos de tradução, adaptação transcultural e validação de questionários estrangeiros (PASCHOAL, 2001; SEIDL; ZANNON, 2004).

Os instrumentos comumente utilizados para avaliação da qualidade de vida, são os questionários auto-aplicados e a entrevista (SEIDL; ZANNON, 2004).

A produção de sofisticados questionários para avaliar qualidade de vida, sejam específicos ou globais, revelam a grande variação em seus modelos de aplicação, nos tipos de instrumento utilizado, na ênfase, na extensão e duração de aplicação, no local do estudo, no tipo de indivíduo que será estudado (população saudável ou doente) e no enfoque geral de avaliação (CÁRDENAS, 1999, 2004; GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993; TESTA; SIMONSON, 1996).

Como já salientado, existe, em todo o mundo, um número muito grande de instrumentos utilizados para avaliar qualidade de vida.

Em revisão sobre qualidade de vida, Velarde-Jurado e Ávila-Figueroa (2002) referem a existência de dificuldades metodológicas para avaliar qualidade de vida, pela subjetividade do tema, dificuldades estas que têm sido resolvidas com um bom número de instrumentos validados. Apresentam 126 instrumentos utilizados para medir a qualidade de vida em diversas populações e enfermidades.

Minayo, Hartz e Buss (2000), comentam sobre a existência de diversos instrumentos para medir qualidade de vida, como os indicadores compostos e as medidas genéricas e específicas.

Para esses autores, os *indicadores compostos* tratam a saúde como componente de um indicador composto, podendo-se utilizar, por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano, que se baseia em dados referentes à renda, saúde e educação. Outros indicadores semelhantes são o Índice de Condições de Vida, composto de 20 indicadores em cinco dimensões (renda, educação, infância, habitação e longevidade) e o Índice de Qualidade de Vida, que inclui um conjunto de 9 fatores (trabalho, segurança, moradia, serviços de saúde, dinheiro, estudo, qualidade do ar, lazer e serviços de transporte), analisados a partir do ponto de vista da população (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

As *medidas genéricas* usam questionários de base populacional sem

especificar patologias e podem ser destinados a avaliação da qualidade de vida geral.

As *medidas específicas*, apontam, em geral, para situações relacionadas à qualidade de vida dos indivíduos relacionadas à experiência de doenças, agravos ou agravos ou intervenções médicas, referindo-se às doenças crônicas ou a conseqüências crônicas de doenças ou agravos agudos.

Velarde-Jurado e Ávila-Figueroa (2002), citam diversos instrumentos genéricos para avaliar qualidade de vida, como, dentre outros, o The MOS-36-item Short-Form Health Survey: SF-36, The European Research Questionnaire Quality of Life: EUROQOL 5D, The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL Instrument, e o Quality of Life: QOL. Como instrumentos específicos, citam, dentre outros, o The Chronic Respiratory Disease Questionnaire: CRQ, The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE- 89 e The Medical Outcomes Study HIV Health Survey: (MOS-HIV-30).

Com o objetivo de construir um instrumento que avaliasse a qualidade de vida em uma perspectiva internacional, um Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS organizou um projeto colaborativo multicêntrico. Este projeto foi realizado com a colaboração de 15 centros simultaneamente, com diferenças relacionadas à cultura, aos níveis de industrialização, à disponibilidade de serviços de saúde, entre outros. Os centros envolvidos foram: Melbourne (Austrália), Zagreb (Croácia), Paris (França), Nova Delhi (Índia), Madras (Índia), Beer-Sheeva (Israel), Tóquio (Japão), Tilburg (Holanda), Panamá (Panamá), São Petesburgo (Rússia), Barcelona (Espanha), Babgooc (Tailândia), Bath (Reino Unido), Seattle (EUA) e Harare (Zimbábue). O resultado desse projeto foi a elaboração do *WHOQOL-100* (FLECK et al., 1999a; GRUPO WHOQOL, 1998; THE WHOQOL GROUP, 1995, 1998; SAXENA et al., 2001).

O propósito desse grupo foi avaliar a qualidade de vida em uma perspectiva transcultural e em diferentes realidades culturais, realizar pesquisa epidemiológica

em vários centros, compromisso com uma abordagem holística para saúde, avaliar qualidade de vida de forma subjetiva, e desenvolver um instrumento geral de qualidade de vida (BARROS, 2002).

Segundo Fleck et al. (1999a) e The WHOQOL Group (1995, 1998), o desenvolvimento do *WHOQOL-100* foi realizado em vários estágios. O primeiro estágio foi a clarificação do conceito de qualidade de vida, realizada por especialistas internacionais, considerando três aspectos fundamentais: a subjetividade, a multidimensionalidade (física, psicológica, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais) e a bipolaridade (dimensões positivas e negativas).

O segundo estágio foi o estudo piloto qualitativo, em 15 cidades de 14 países, realizado por meio de revisão por especialistas, grupos focais e painel escrito por especialistas e leigos, que envolveu o desenvolvimento do construto qualidade de vida através das diferentes culturas (determinando os domínios e facetas de qualidade de vida), o esboço das questões e a geração das escalas de resposta tipo *Likert* (FLECK et al., 1999a; SAXENA et al., 2001; THE WHOQOL GROUP, 1995).

O terceiro estágio foi o desenvolvimento do teste piloto, com a administração do instrumento piloto do *WHOQOL*, padronizado em termos de formato, instruções, questões e administração, com 235 questões, distribuídas em 29 facetas da qualidade de vida, em cada um dos 15 centros. Foi aplicado para 250 pacientes e 50 pessoas saudáveis, totalizando 4.500 pessoas. A análise destes dados tinha a finalidade de examinar a validade de construto das facetas e domínios do *WHOQOL*, escolher as melhores questões para cada faceta e estabelecer a consistência interna e validade discriminante do instrumento (FLECK et al., 1999a; THE WHOQOL GROUP, 1995).

O quarto estágio foi o teste de campo, com a aplicação em grupos homogêneos de pacientes. Foram estabelecidas a sensibilidade à mudança, a confiabilidade teste-

reteste e a validade de critério (especificamente, a validade convergente, discriminante e preditiva). A versão do *WHOQOL* foi então elaborada com 100 questões, com escores em 6 domínios e 24 facetas (FLECK et al., 1999a; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Os 6 domínios e as 24 facetas do *WHOQOL-100*, conforme o Grupo Whoqol (1998), foram elaborados da seguinte forma:

Domínio 1 – Domínio físico:

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Domínio 2 – Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

Domínio 3 – Nível de Independência

9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio 4 – Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio 5 – Ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos Financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Domínio 6 – Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Depois da elaboração do *WHOQOL-100*, para que pudesse ser utilizado por maior número de países, novos centros foram admitidos, inclusive o Brasil. O grupo *WHOQOL* estabeleceu uma metodologia a ser seguida para as novas versões, que incluía: a tradução do instrumento, a preparação do teste piloto, o desenvolvimento das escalas de respostas e a administração do piloto (GRUPO *WHOQOL*, 1998).

No Brasil, a versão em português do *WHOQOL-100* foi desenvolvida no Centro *WHOQOL* para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenado pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Foi realizada, segundo metodologia preconizada para a versão deste documento. Assim, as características psicométricas de consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério e fidedignidade de teste-reteste, preencheram os critérios de desempenho exigidos (GRUPO *WHOQOL*, 1998).

Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu a versão abreviada do *WHOQOL-100*, o

WHOQOL-bref. Para esta versão abreviada, os dados foram retirados do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (FLECK et al., 2000).

Para a seleção das questões, foi utilizado o critério conceitual e o critério psicométrico. No nível conceitual, o caráter abrangente do instrumento original seria preservado. Então, cada uma das 24 facetas do *WHOQOL-100* seria representada por uma questão. Considerando o nível psicométrico, a questão selecionada foi a que melhor se correlacionou com o escore total do *WHOQOL-100*, calculado pela média de todas as facetas. Posteriormente, as questões selecionadas foram examinadas por peritos para estabelecer se refletiam conceitualmente cada domínio de onde provinham (FLECK et al., 2000).

A versão final do *WHOQOL-bref* ficou composta por 26 questões, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do *WHOQOL-100*.

As duas primeiras questões avaliam a qualidade de vida geral, e, calculadas em conjunto, geram um escore independente dos domínios. A primeira refere-se à qualidade de vida de modo geral, e a segunda à satisfação com a própria saúde (WHOQOL, 2005).

As outras 24 questões representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (GRUPO WHOQOL, 1998).

Os 4 domínios e as 24 facetas do *WHOQOL-bref* (FLECK et al., 2000; GRUPO WHOQOL, 1998), são:

Domínio 1 – Domínio Físico:

- Dor e desconforto (questão 3)
- Dependência de medicação ou de tratamentos (questão 4)
- Energia e fadiga (questão 10)
- Mobilidade (questão 15)

- Sono e repouso (questão 16)
- Atividades da vida cotidiana (questão 17)
- Capacidade de trabalho (questão 18)

Domínio 2 – Domínio psicológico

- Sentimentos positivos (questão 5)
- Espiritualidade/religião/crenças pessoais (questão 6)
- Pensar, aprender, memória e concentração (questão 7)
- Imagem corporal e aparência (questão 11)
- Auto-estima (questão 19)
- Sentimentos negativos (questão 26)

Domínio 3 – Relações sociais

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

Domínio 4 – Meio Ambiente

- Segurança física e proteção (questão 8)
- Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) (questão 9)
- Recursos Financeiros (questão 12)
- Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (questão 13)
- Participação em, e oportunidades de recreação/lazer (questão 14)
- Ambiente no lar (questão 23)
- Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (questão 24)
- Transporte (questão 25)

As respostas das questões do *WHOQOL-bref* apresentam quatro tipos de escalas, com cinco níveis cada uma. Essas escalas são do tipo *Likert*, e são: a escala de intensidade, que varia de *nada* a *extremamente*; a escala de capacidade, que varia

de *nada a completamente*; a escala de freqüência, que varia de *nunca a sempre*; e, a escala de avaliação, que varia de *muito insatisfeito a muito satisfeito e muito ruim a muito bom*. Cada uma delas possui cinco níveis. Cada uma dessas palavras, chamadas palavras âncoras, possuem pontuação de um a cinco. Os escores são invertidos para as questões 3, 4 e 26, em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1, devido a maneira como a pergunta foi formulada (BARROS, 2002; GRUPO WHOQOL, 1998), para que fiquem positivamente ordenadas, acompanhando a direção dos demais itens.

O *WHOQOL-100* e o *WHOQOL-bref* são instrumentos para avaliação de qualidade de vida que podem ser utilizados tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas (BERLIM; FLECK, 2003; GONÇALVES; VILARTA, 2004).

A versão em português do *WHOQOL-bref*, no Brasil, foi desenvolvida no Centro *WHOQOL* para o Brasil. Foi realizada segundo metodologia preconizada para a versão deste documento. Assim, as características psicométricas de consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério e fidedignidade de teste-reteste, preencheram os critérios de desempenho exigidos (GRUPO WHOQOL, 1998). A versão abreviada, por preservar cada uma das 24 facetas do instrumento original, *WHOQOL-100*, preservou a abrangência do construto qualidade de vida, contendo itens relativos aos aspectos físicos, psicológicos, ao ambiente e relações sociais (FLECK et al., 2000).

Considerando a contribuição que estudos sobre qualidade de vida trazem para uma melhor compreensão sobre o tema em diferentes grupos da comunidade e sociedade, e o elevado número de ACS que estão e vêm sendo inseridos no sistema de atenção básica à saúde no Brasil, e, ainda, a escassez de trabalhos sobre ACS, buscou-se elaborar um estudo a fim de analisar a qualidade de vida destes

trabalhadores, colaborando, de modo geral, com a melhoria da saúde pública no Brasil.

2 OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde, segundo o referencial da *WHOQOL-bref* (GRUPO WHOQOL, 1998), em um município do interior do Paraná, em 2004.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

Este é um estudo descritivo, planejado sob a forma de um desenho do tipo transversal e de abordagem quantitativa (OLIVEIRA, 1997), do qual participaram ACS de um município do interior do Paraná.

Apesar das limitações dos estudos transversais, como impossibilidade de estabelecer a direção temporal das relações encontradas, este tem sido o mais utilizado nos estudos em que se pretende examinar a relação entre eventos. Além disso, também é um método rápido, simples, de baixo custo e objetivo na coleta de dados (PEREIRA, 1995), sendo um tipo de desenho mais utilizado na epidemiologia atual (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1992).

3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O município onde foi realizado o estudo está localizado no interior do Estado do

Paraná, na Região Sul do Brasil, possuindo uma economia baseada na agricultura, pecuária e agronegócio e uma população de aproximadamente 150.000 habitantes, segundo dados referentes ao ano de 2000, com grande parte da população residente na área urbana (CIDADES BRASILEIRAS, 2004).

A região onde está localizado o município apresenta a maior proporção de municípios com alta exclusão social da Região Sul do país. Os aspectos analisados para obtenção do Índice de Exclusão Social incluem um padrão de vida digno, o conhecimento e risco juvenil. Do total dos municípios do país, o município onde foi realizado este estudo encontra-se em uma posição de destaque no ranking a partir da melhor situação social, porém os municípios vizinhos apresentam índices muito baixos de exclusão social (POCHMANN; AMORIM, 2003).

O município encontra-se em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, responsável pela gestão das unidades de saúde do quadro urbano e rural, tendo passado por uma expansão do PSF, desde meados de 2003. Até o mês de dezembro de 2004 o município contava com um total de 33 equipes de PSF, todas com unidades de saúde de referência específicas e com um total de 196 ACS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004).

No ano de 2004, do total de 196 ACS, 193 (98,5%) faziam parte do PSF e 3 (1,5%) faziam parte do PACS. Cento e cinquenta e três ACS (78%) estavam em atividade na zona urbana e 43 (22%), na zona rural.

Com relação ao regime de contratação, em 2004, 116 ACS (59,2%) estavam em Regime Estatutário e 80 (40,8%) em Regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Com uma jornada de trabalho diária de oito horas, a renda mensal média dos ACS era de R\$ 367,78, o que correspondia a 1,4 salários mínimos vigentes na época.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Inicialmente foi solicitada autorização da prefeitura do município (Secretaria Municipal de Saúde) para a realização desta investigação com os ACS.

O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO A).

O estudo piloto foi realizado com 11 ACS, que correspondia a aproximadamente cinco por cento do número total de ACS, todos do mesmo município onde foi realizada a presente pesquisa. Esses ACS do estudo piloto foram esclarecidos sobre a pesquisa, sendo que a mesma orientação foi dada aos sujeitos da investigação, quando da coleta definitiva dos dados. No estudo piloto não houve dificuldade para o entendimento das questões do questionário, e os dados coletados nesse estudo foram incluídos na pesquisa.

Foram considerados, no estudo, tanto aqueles ACS inseridos em uma equipe de PSF, como os inseridos no PACS.

Os critérios para exclusão do estudo foram uma das seguintes situações: não estar presente na reunião no momento da coleta dos dados (25 casos), questionário devolvido sem preenchimento das questões (1 caso) e não aceitação para participar da pesquisa (1 caso).

Segundo os critérios adotados, foram excluídos do estudo 27 ACS, correspondendo a 13,8% do total de 196 ACS do PSF do município.

O grupo de estudo ficou então composto por 169 ACS, que responderam ao questionário para coleta de dados, ou seja, 86,2% do total de agentes do município.

Antes de iniciar a coleta dos dados, todos os sujeitos foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, o modo de aplicação e o destino dos dados. Também foi informado que a participação no estudo seria voluntária, que os resultados seriam

tratados com confidencialidade, tendo sido dada a garantia do anonimato das informações.

Todos os participantes do estudo, inclusive os do estudo piloto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos da pesquisa, nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2000b).

A coleta de dados (inclusive do estudo piloto) foi realizada durante as reuniões dos ACS, em um tempo destinado para esta investigação, por um grupo de auxiliares de pesquisa, previamente treinados pela pesquisadora, formado por uma pessoa graduada em curso superior e por alunos universitários, todos da área da saúde, entre os dias 05 e 12 de novembro de 2004.

As informações do questionário foram registradas pelos sujeitos de forma auto-administrada, ou seja, foram preenchidas pelos próprios ACS.

Segundo Burckhardt (2000), questionários padronizados permitem administração uniforme e quantificação imparcial de dados, como em situações em que as opções de resposta são predeterminadas e assim, iguais para todos os respondentes. O método de autopreenchimento pode eventualmente diminuir a média de dados devido ao não preenchimento de todas as questões, mas, mesmo assim, a ênfase tem sido em sua utilização.

O instrumento para coleta de dados utilizado foi o questionário sobre qualidade de vida da OMS, o *WHOQOL-bref* (GRUPO WHOQOL, 1998). O questionário foi respondido pelos ACS de forma individual, em um único encontro, utilizando-se como referência para as respostas as últimas duas semanas.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA

O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos sujeitos desta

investigação foi o *WHOQOL-bref*, ou *WHOQOL*-abreviado na versão traduzida para o português, um instrumento de rápida aplicação, que consiste na versão abreviada do *WHOQOL-100*, ambos desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS.

Foi então aplicado o *WHOQOL-bref* para a coleta dos dados, que é composto de duas partes, segundo modelo proposto pela OMS (GRUPO WHOQOL, 1998).

A primeira parte refere-se à *Ficha de informações sobre o respondente* (ANEXO B).

A segunda parte consta de 26 questões (ANEXO C). As duas primeiras são chamadas *overall* ou Qualidade de Vida Geral (QVG), e, quando calculadas em conjunto, geram um escore independente dos domínios. A primeira (Q1) refere-se à qualidade de vida de modo geral, e a segunda (Q2) à satisfação com a própria saúde. Estas duas questões serão designadas neste estudo como QVG.

As outras 24 questões estão distribuídas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

A escolha deste questionário como instrumento de coleta de dados para este estudo deveu-se ao fato de o *WHOQOL-bref* ter sido aplicado na versão em português, desenvolvido e validado sob critérios científicos e éticos rigidamente respeitados, mostrando características psicométricas satisfatórias (FLECK et al., 2000), muito importantes quando da escolha de um instrumento para avaliação da qualidade de vida (BERTONCELLO, 2004; EBRAHIM, 1995; GUYATT; FEENY; PATRICK, 2003; HOLMES; DICKERSON, 1987; PASCHOAL, 2001; TESTA; SIMONSON, 1996; THE WHOQOL GROUP, 1995; WOOD-DAUPHINEE, 1995).

Além disso, no Brasil, há escassez de instrumentos validados para avaliação da qualidade de vida, especialmente no campo da Saúde do Trabalhador.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados foram processados em microcomputador, no banco de dados tipo *Excel*, com dupla digitação. A análise estatística foi obtida com auxílio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 10.1.

A confiabilidade do *WHOQOL-bref* neste estudo foi testada pela análise da consistência interna das questões, que refere-se à extensão na qual os itens estão interrelacionados, utilizando-se o Coeficiente Alfa de Cronbach (FAYERS; MACHIN, 2000).

O coeficiente fornece uma estimativa do erro da medida e pode variar de zero a um, sendo que quanto mais próximo de um, maior a consistência interna do instrumento (QUEIJO, 2002).

Quanto aos cálculos dos escores sobre a qualidade de vida, utilizou-se a sintaxe disponibilizada pelo Grupo WHOQOL, que calcula os escores da qualidade de vida geral (questões 1 e 2 calculadas em conjunto, que geram um único escore independente dos escores dos domínios) e dos domínios (questões 3 a 26), não havendo um escore único total de avaliação, mas escores que devem ser avaliados separadamente, devido a multidimensionalidade do construto qualidade de vida (FLECK, 2000; FLECK et al., 2000; GRUPO WHOQOL, 1998).

Os índices das facetras resumem os domínios aos quais pertencem, utilizadas para o cálculo dos escores dos domínios. Tanto a QVG quanto os domínios são medidos em direção positiva, assim, escores mais altos indicam melhor avaliação da qualidade de vida. Os escores obtidos podem transformar-se em dois tipos de escalas, uma de 4 a 20 e outra, de 0 a 100 (GRUPO WHOQOL, 1998). Utilizou-se neste estudo a escala de 0 a 100.

Foi analisado o tempo utilizado pelos sujeitos, para o preenchimento dos

questionários.

As variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, nível educacional e estado civil) foram analisadas utilizando-se freqüências absoluta e relativa, e medidas estatísticas descritivas.

Para a qualidade de vida, foram utilizados os seguintes procedimentos para cálculo e análise:

- a) freqüências e medidas estatísticas descritivas para Q1 e Q2 (opções de respostas, médias e desvios-padrão), escores médios e desvios-padrão obtidos para a QVG (Q1 e Q2).
- b) Escores médios e desvios-padrão para os domínios.
- c) Escores médios e desvios-padrão das questões que compõem cada domínio, bem como a correlação entre cada questão que compõe o domínio e o escore médio do respectivo domínio.

O nível de significância descritivo adotado foi de 5%.

4 RESULTADOS

Serão apresentados neste capítulo, inicialmente, os dados referentes ao tempo médio utilizado para o preenchimento dos questionários e os dados de caracterização sócio-demográfica dos ACS, sobre sexo, idade, nível educacional e estado civil.

A seguir, serão apresentados os dados sobre a avaliação da qualidade de vida, obtidos por meio do questionário *WHOQOL-bref*, bem como a correlação entre cada questão que compõe o domínio e seu escore médio.

O tempo médio para preenchimento do questionário foi de 8,8 minutos, com desvio-padrão (DP) de 4,3. O mínimo de tempo utilizado para preenchimento foi 2 minutos e o máximo de tempo utilizado foi 20 minutos. Os tempos mais freqüentes

para preenchimento foram 10 minutos (38,5%) e 5 minutos (25,4%).

4.1 DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO ESTUDADO SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

O estudo foi realizado em um município do interior do Paraná, com 196 ACS, dos quais 169 (86,2%) participaram da pesquisa.

Do total dos 169 (100%) ACS estudados, 18 (10,6%) eram do sexo masculino e 151 (89,3%), eram do sexo feminino.

A Tabela 1 apresenta o grupo em estudo, distribuído em quatro faixas etárias, de 19 a 30 anos incompletos, de 30 anos completos a 40 anos incompletos, de 40 anos completos a 50 anos incompletos e 50 anos completos ou mais.

Tabela 1 - Distribuição dos ACS de um município do interior do Paraná, segundo a idade (anos), 2004

Idade (anos)	n°	%
19 — 30	81	47,9
30 — 40	54	31,9
40 — 50	26	15,4
≥ 50	6	3,5
Não informado	2	1,2
Total	169	100

A idade média dos ACS foi de 31,1 anos, com desvio-padrão de 8,8, idade mínima de 19,1 anos e idade máxima de 60,1 anos. Observa-se pela Tabela 1, que o grupo de 19 a 30 anos incompletos foi o mais freqüente (47,9%), seguido pelo grupo de 30 a 40 anos incompletos (31,9%).

O nível educacional pode ser observado por meio da Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos ACS de um município do interior do Paraná, segundo o nível educacional, 2004

Nível educacional	n°	%
I grau incompleto	7	4,1
I grau completo	10	5,9
II grau incompleto	31	18,3
II grau completo	104	61,5
III grau incompleto	15	8,9
III grau completo	1	0,6
Não informado	1	0,6
Total	169	100

O I grau incompleto foi relatado por 7 sujeitos (4,1%), o I grau completo foi relatado por 10 (5,9%), o II grau incompleto foi relatado por 31 (18,3%) , o II grau completo foi relatado por 104 (61,5%), o III grau incompleto foi relatado por 15 (8,9%) e o III grau completo foi referido por 1 sujeito (0,6%).

A distribuição da população de acordo com o estado civil está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos ACS de um município do interior do Paraná, segundo o estado civil, 2004

Estado civil	n°	%
Casado (a)	72	42,6
Solteiro (a)	60	35,5
Vivendo como casado (a)	22	13,0
Separado (a)	10	5,9
Divorciado (a)	2	1,2
Viúvo (a)	2	1,2
Não informado	1	0,6
Total	169	100

Conforme observado na Tabela 3, o grupo mais freqüente quanto ao estado civil foi de casados(as), com 42,6%, seguido dos solteiros(as), com 35,5%.

Caso sejam considerados os grupos de estado civil em conjunto, aqueles com companheiro(a), ou seja, os casados(as) e vivendo como casados(as) foram em número de 94 sujeitos (55,6%), e os sem companheiro(a), ou seja, os solteiros(as), separados(as), divorciados(as) e viúvos(as), foram 74 sujeitos (43,8%).

4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS ACS

O *WHOQOL-bref*, para utilização no grupo em estudo, foi submetido à avaliação de confiabilidade, através da consistência interna.

A consistência interna do *WHOQOL-bref*, avaliada pelo coeficiente Alfa de Cronbach para as 26 facetas do instrumento, para a QVG, para os domínios e para os domínios separadamente, está apresentada na Tabela 4.

Observa-se pela, Tabela 4, que o maior valor obtido para o Alfa de Cronbach foi para as 26 facetas, seguido dos domínios em conjunto.

Tabela 4 - Coeficiente Alfa de Cronbach das facetas, QVG e domínios do *WHOQOL-bref*, 2004

Elementos	n°	Alfa de Cronbach
26 facetas	26	0,87
QVG	2	0,69
Domínios	24	0,85
Domínio Físico	7	0,72
Domínio Meio Ambiente	8	0,68
Domínio Psicológico	6	0,65
Domínio Relações Sociais	3	0,50

Entre os domínios, o domínio Físico obteve o maior valor do Alfa e o domínio Relações Sociais, o menor.

4.2.1 Qualidade de Vida Geral

A Qualidade de Vida Geral (QVG) refere-se à média entre as duas primeiras questões do *WHOQOL-bref*, a primeira questão avalia a qualidade de vida de modo geral (Q1) e a segunda avalia a satisfação com a própria saúde (Q2). Por não fazerem parte dos cálculos dos domínios, estas duas questões serão apresentadas com maiores detalhes.

As freqüências e medidas descritivas das questões 1 e 2 estão representadas na Tabela 5.

Esta Tabela apresenta as duas questões, as opções de resposta com os respectivos números e percentuais dos respondentes, bem como as médias e os desvios-padrão encontrados. As opções de respostas consistem de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, que pode variar de 1 a 5.

Tabela 5 – Freqüências e medidas descritivas das questões 1 e 2 do *WHOQOL-bref*, 2004

Questão	Opções de resposta	n°	(%)	Média	Desvio-padrão
Q1 “Como você avaliaria sua qualidade de vida?”	1 - <i> muito ruim</i>	2	(1,2)	3,77	0,63
	2 - <i> ruim</i>	3	(1,8)		
	3 - <i> nem ruim nem boa</i>	37	(21,9)		
	4 - <i> boa</i>	117	(69,2)		
	5 - <i> muito boa</i>	10	(5,9)		
Q2 “Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?”	1 - <i> muito insatisfeito</i>	2	(1,2)	3,80	0,69
	2 - <i> insatisfeito</i>	7	(4,1)		
	3 - <i> nem satisfeito nem insatisfeito</i>	28	(16,6)		
	4 - <i> satisfeito</i>	118	(69,8)		
	5 - <i> muito satisfeito</i>	14	(8,3)		

Com relação à questão 1 (Tabela 5), sobre a avaliação da qualidade de vida de modo geral, a grande maioria, 117 ACS (69,2%), escolheu a opção de resposta *boa* e 10 ACS (5,9%), escolheram *muito boa*. Porém, alguns avaliaram sua qualidade de

vida de forma intermediária, respondendo *nem ruim nem boa* (21,9%). Cinco agentes avaliaram sua qualidade de vida de forma negativa, sendo três como *ruim* e dois como *muito ruim*.

Com relação à satisfação com a própria saúde, questão 2 (Tabela 5), muitos agentes mostraram-se satisfeitos (69,8%) ou muito satisfeitos (8,3%). Vinte e oito ACS (16,6%), avaliaram esta questão de forma intermediária, nem satisfeitos nem insatisfeitos. Porém, nove agentes avaliaram sua saúde de forma negativa, sendo sete (4,1%) insatisfeitos e dois (1,2%) muito insatisfeitos.

A Tabela 6 apresenta os escores médios e desvios-padrão de Q1, Q2 e da QVG, calculados de forma padronizada, na escala de 0 a 100.

Tabela 6 – Escores médios e desvios-padrão da QVG e das questões que o compõem (Q1 e Q2), 2004

Questão	Escore médio	Desvio-padrão
Q1	69,2	15,9
Q2	70,0	17,4
QVG	69,6	14,5

Conforme demonstra a Tabela 6, os escores médios obtidos de Q1 e Q2 foram muito próximos, sendo que a QVG obteve escore médio de 69,6.

4.2.2 Domínios

Na Tabela 7 estão representados os escores médios, na escala de 0 a 100, e os desvios-padrão obtidos para os domínios.

Tabela 7 – Escores médios e desvios-padrão, para os domínios do *WHOQOL-bref*, 2004

Domínio	Escore médio	Desvio-padrão
Relações Sociais	75,8	14,2
Físico	74,2	13,2
Psicológico	74,0	11,4
Meio Ambiente	54,1	12,0

Observa-se pela Tabela 7, que, entre os domínios, o domínio Relações Sociais apresentou o maior escore médio, seguido pelos domínios Físico e Psicológico. O domínio que apresentou o menor escore médio foi o Meio Ambiente.

A seguir serão apresentadas as questões do *WHOQOL-bref*, com as médias dos escores e desvios-padrão, agrupadas por domínios. Também será demonstrada a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do respectivo domínio, a fim de se identificar quais as facetas que mais influenciaram em cada domínio.

4.2.3 Questões do Domínio Relações Sociais

Na Tabela 8 estão apresentados os escores médios e os desvios-padrão de cada questão, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio, para o domínio Relações Sociais.

Os escores médios de cada questão dos domínios serão apresentados, a seguir, na escala de 0 a 100.

Observa-se pela Tabela 8, que, para o domínio Relações Sociais, todas as questões apresentaram escores médios acima de 73.

Tabela 8 – Escores médios e desvios-padrão das questões, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio Relações Sociais, 2004

Questão(faceta avaliada)	Escore médio	Desvio-padrão	Correlação	p
Q20 (relações pessoais)	78,4	18,7	0,73*	<0,001
Q21 (atividade sexual)	75,4	21,4	0,62*	<0,001
Q22 (suporte, apoio social)	73,7	19,9	0,77*	<0,001

* correlação estatisticamente significativa

A questão 20 (faceta relações pessoais) foi a que apresentou o maior escore médio, sendo que 144 ACS (85,2%) responderam *muito satisfeito* ou *satisfeito*, 19 ACS (11,2%) responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 6 (3,5%) responderam *insatisfeito* com suas relações pessoais.

O segundo maior escore médio do domínio foi da questão 21 (faceta atividade sexual), sendo que 135 ACS (80,0%) responderam estar *muito satisfeito* ou *satisfeito*, 24 (14,2%) responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 10 (5,9%) optaram por *insatisfeito* ou *muito insatisfeito*, quanto à vida sexual.

A questão 22 (faceta suporte ou apoio social) foi a que apresentou menor escore médio, para o domínio Relações Sociais. Nesta questão, 130 sujeitos (76,9%) referiram estar *muito satisfeito* ou *satisfeito*, 31 (18,3%) referiram estar *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 8 deles (4,7%), referiram estar *insatisfeito* ou *muito insatisfeito* com o apoio recebido dos amigos.

Os dados da Tabela 8 revelam que as três facetas do domínio Relações Sociais apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio, sendo as maiores correlações para as facetas suporte ou apoio social e relações pessoais, nesta ordem decrescente.

4.2.4 Questões do Domínio Físico

Na Tabela 9 estão apresentados os escores médios e os desvios-padrão de cada questão, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio, para o domínio Físico.

Tabela 9 – Escores médios e desvios-padrão das questões, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio Físico, 2004

Questão (faceta avaliada)	Escore médio	Desvio-padrão	Correlação	p
Q15 (mobilidade)	78,5	21,0	0,55*	<0,001
Q18 (capacidade de trabalho)	76,9	17,9	0,69*	<0,001
Q3 (dor e desconforto)	76,0	24,7	0,48*	<0,001
Q17 (atividades da vida cotidiana)	74,4	18,7	0,71*	<0,001
Q4 (dependência de medicação ou tratamentos)	72,8	26,8	0,62*	<0,001
Q16 (sono e repouso)	71,1	23,1	0,70*	<0,001
Q10 (energia e fadiga)	69,4	17,2	0,59*	<0,001

* correlação estatisticamente significativa

Pela Tabela 9, observa-se que, para o domínio Físico, todas as questões apresentaram escores médios acima de 69.

O maior escore médio referiu-se à questão 15 (faceta mobilidade). Nesta questão, 141 sujeitos (83,4%) optaram pela resposta *muito bom* ou *bom*, 22 (13,0%) pela resposta *nem ruim nem bom*, e 6 sujeitos (3,6%), pela resposta *ruim* ou *muito ruim*, quanto à capacidade de locomover-se.

O segundo maior escore médio do domínio foi para a questão 18 (faceta capacidade de trabalho), na qual 141 ACS (83,4%) responderam *muito satisfeito* ou *satisfeito*, 25 (14,8%) responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 3 (1,8%) optaram por *insatisfeito* ou *muito insatisfeito* quanto à satisfação em relação à capacidade para o trabalho.

A faceta energia e fadiga (Q10), obteve o menor escore médio do domínio, de 69,4. Cento e dez sujeitos, ou 65,1%, optaram pela resposta *completamente* ou *muito*, 57 (33,7%) pela resposta *médio*, e 2 (1,2%) escolheram a resposta *muito pouco* sobre a energia suficiente para o dia-a-dia.

Os dados revelam que todas as sete facetas do domínio Físico apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio, sendo as facetas atividades da vida cotidiana (questão 17) e sono e repouso (questão 16), em ordem decrescente, as que obtiveram os maiores valores de correlação.

4.2.5 Questões do Domínio Psicológico

Na Tabela 10 estão apresentados os escores médios e os desvios-padrão de cada questão, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio, para o domínio Psicológico.

Tabela 10 – Escores médios e desvios-padrão das questões, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio Psicológico, 2004

Questão (faceta avaliada)	Escore Médio	Desvio-padrão	Correlação	p
Q6 (espiritualidade/religião/crenças pessoais)	82,8	17,7	0,60*	<0,001
Q19 (auto-estima)	79,4	19,5	0,71*	<0,001
Q11 (imagem corporal e aparência)	75,6	22,1	0,66*	<0,001
Q26 (sentimentos negativos)	74,0	17,7	0,45*	<0,001
Q5 (sentimentos positivos)	67,5	19,8	0,64*	<0,001
Q7 (pensar, aprender, memória e concentração)	64,8	16,5	0,53*	<0,001

* correlação estatisticamente significativa

Para o domínio Psicológico, todas as questões apresentaram escores médios

acima de 64, como observado na Tabela 10.

As questões que apresentaram os maiores escores médios, foram a questão 6 (faceta espiritualidade, religião e crenças pessoais) e a questão 19 (faceta auto-estima).

Para a questão 6, 149 respondentes (88,2%) escolheram *extremamente* ou *bastante*, 18 (10,6%) escolheram *mais ou menos*, e 2 respondentes (1,2%) escolheram *muito pouco*, como resposta para a avaliação do sentido da vida.

Na questão 19, 140 ACS (82,8%) responderam *muito satisfeito* ou *satisfeito*, 24 (14,2%) responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 5 (3,0%) optaram por *insatisfeito* ou *muito insatisfeito*, quanto à satisfação consigo mesmo.

A questão 7 referia-se à pensar, aprender, memória e concentração, ficando com escore médio de 64,8, o menor escore médio do domínio. Nesta questão, 99 sujeitos, ou 58,6%, optaram pela resposta *extremamente* ou *bastante*, 64 (37,9%) pela resposta *mais ou menos*, e 6 (3,6%) escolheram a resposta *muito pouco* ou *nada* sobre a capacidade de concentração.

Os dados da Tabela 10 revelam que todas as seis facetas do domínio Psicológico apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio. A questão que obteve o maior valor de correlação foi a questão 19 (faceta auto-estima).

4.2.7 Questões do Domínio Meio Ambiente

Os escores médios e os desvios-padrão de cada questão, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio, para o domínio Meio Ambiente, estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Escores médios e desvios-padrão das questões, e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio Meio Ambiente, 2004

Questão (faceta avaliada)	Escore médio	Desvio-padrão	Correlação	p
Q23 (ambiente no lar)	66,0	24,0	0,52*	<0,001
Q8 (segurança física e proteção)	64,0	18,0	0,49*	<0,001
Q25 (transporte)	61,7	25,6	0,68*	<0,001
Q24 (cuidados de saúde e sociais)	56,8	26,3	0,65*	<0,001
Q9 (ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima)	52,8	21,2	0,51*	<0,001
Q13 (oportunidades de adquirir novas informações e habilidades)	50,0	16,8	0,55*	<0,001
Q14 (participação em, e oportunidades de recreação/lazer)	43,2	20,0	0,50*	<0,001
Q12 (recursos financeiros)	38,6	18,3	0,54*	<0,001

* correlação estatisticamente significativa

Para o domínio Meio Ambiente, todas as questões obtiveram escores médios abaixo de 66, sendo que este domínio foi o que apresentou o menor escore médio entre todos os domínios do *WHOQOL-bref* (Tabela 11).

A questão 23 (faceta ambiente no lar) e 8 (faceta segurança física e proteção), foram as que apresentaram os maiores escores médios dentro do domínio Meio Ambiente.

Na questão 23, 102 ACS (60,3%) optaram pela resposta *muito satisfeito* ou *satisfeito*, 50 (29,6%) pela resposta *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 17 (10,1%) optaram pela resposta *insatisfeito* ou *muito insatisfeito*, com relação ao ambiente no lar.

Na questão que avaliou a segurança física e proteção (Q8), 94 respondentes (55,6%) avaliaram como *extremamente* ou *bastante*, 64 (37,9%) como *mais ou menos* e 11 (6,5%) como *muito pouco* o sentimento de segurança na vida diária.

As questões 12 (faceta recursos financeiros) e 14 (faceta participação em, e oportunidades de recreação/lazer) apresentaram os menores escores médios, 38,6 e 43,2, respectivamente.

Sobre a medida das oportunidades de atividade de lazer (Q14), nenhum ACS respondeu *completamente*, 30 (17,7%) responderam *muito*, 70 (41,4%), *médio*, e 69 ACS (40,8%) optaram por *muito pouco* ou *nada*.

O pior escore médio do domínio, referiu-se a ter dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades, sendo que 12 ACS (7,1%) optaram por *completamente* ou *muito*, 74 (43,8%) responderam *médio*, e 75 (44,4%), *muito pouco*, e 8 ACS (4,7%) optaram por *nada*.

Com relação à correlação entre cada questão e o escore médio obtido no domínio, os dados revelam que as oito facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio Meio Ambiente. Em ordem decrescente, as facetas transporte e cuidados de saúde e sociais foram as facetas que obtiveram os maiores valores de correlação, em cada domínio.

A Tabela 12 apresenta uma síntese dos resultados dos escores médios dos domínios e das questões com maiores e menores escores médios.

Tabela 12 - Escores médios e desvios-padrão dos domínios e das questões que obtiveram os maiores e menores escores médios, em cada domínio do *WHOQOL-bref*, 2004

Domínios	EM* (DP)**	Maiores escores médios	EM (DP)	Menores escores médios	EM (DP)
Relações Sociais	75,8 (14,2)	Relações pessoais	78,4 (18,7)	Suporte, apoio social	73,7 (19,9)
Físico	74,2 (13,2)	Mobilidade Capacidade de trabalho	78,5 (21,0) 76,9 (17,9)	Energia e fadiga	69,4 (17,2)
Psicológico	74,0 (11,4)	Espiritualidade, religião e crenças pessoais Auto-estima	82,8 (17,7) 79,4 (19,5)	Pensar, aprender, memória e concentração	64,8 (16,5)
Meio Ambiente	54,1 (12,0)	Ambiente no lar Segurança física e proteção	66,0 (24,0) 64,0 (18,0)	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer Recursos financeiros	43,2 (20,0) 38,6 (18,3)

*EM = Escore médio

**DP = Desvio-padrão

Pela Tabela 12, pode-se observar os escores médios e desvios-padrão dos domínios, em ordem decrescente, com o domínio Relações Sociais com o maior escore médio entre os domínios e o domínio Meio Ambiente com o menor escore médio, bem como as questões que obtiveram os maiores e menores escores médios, e seus desvios-padrão, em cada um dos respectivos domínios.

5 DISCUSSÃO

Os sujeitos deste estudo foram 169 ACS da prefeitura de um município do interior do Paraná, que responderam a um questionário genérico sobre qualidade de vida, elaborado pela OMS, o *WHOQOL-bref*.

Não foi encontrado na literatura nenhum estudo semelhante a este, relacionado à avaliação da qualidade de vida de ACS. No entanto, foram encontrados estudos de avaliação de qualidade de vida em populações de pessoas *saudáveis* e/ou em grupos de trabalhadores, que utilizaram o instrumento *WHOQOL-bref* para coleta de dados (AMENDOLA et al., 2003; CÁRDENAS, 2004; MARTINS, 2002; NUCCI, 2003; SAUPE et al., 2004). Com a finalidade de comparação, estes estudos, dentre outros, serão utilizados no decorrer da discussão, embora nem todos tenham utilizado a mesma escala para transformação dos escores obtidos, que foi utilizada no presente estudo.

Com relação ao tempo para preenchimento do questionário, 65 ACS (38,5%) referiram o tempo de 10 minutos e 43 (25,4%) referiram o tempo de 5 minutos. O tempo médio para preenchimento do questionário foi de 8,8 minutos, com desvio-padrão de 4,3. O mínimo de tempo utilizado para preenchimento foi 2 minutos e o máximo de tempo utilizado foi 20 minutos.

Os valores acima relatados estão de acordo com a literatura, onde o *WHOQOL-bref* tem sido descrito como um questionário de rápida aplicação (GRUPO WHOQOL,

1998; NUCCI, 2003).

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A análise dos dados revelou que, dos 169 ACS, 151 eram mulheres (89,3%) e 18 eram homens (10,7%). Portanto, neste grupo de ACS, a grande maioria foi constituída por mulheres.

Quanto à idade, a média foi de 31,1 anos (desvio-padrão de 8,8), com idade mínima de 19,1 anos e idade máxima de 60,1 anos. A grande maioria, 95,2% dos ACS, tinha idade abaixo de 50 anos, com predomínio da faixa etária entre 19 e 30 anos incompletos (47,9%), o que caracteriza os participantes deste estudo como um grupo de trabalhadores adultos jovens. Apenas 3,5% dos ACS tinham idade igual ou superior a 50 anos.

Dados semelhantes quanto à idade, foram encontrados por Cárdenas (2004), em estudo sobre qualidade de vida, utilizando o questionário *WHOQOL-bref*, em um grupo de 89 mulheres que realizavam trabalho doméstico e 69 que realizavam trabalho remunerado.

A Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2004), que reúne um conjunto de indicadores sobre a realidade social brasileira, relata que do grupo etário de 25 a 49 anos, no ano de 2003, 81,1% estavam em atividade no país, o maior índice por grupos, seguido das pessoas na faixa etária de 18 a 24 anos de idade, com índice de 73,2%, dados que acompanham os encontrados neste estudo.

Quanto ao nível educacional, a maioria, ou seja, 104 ACS (61,5%), apresentaram escolaridade de segundo grau completo, seguido de 31 (18,3%) com o segundo grau incompleto, médias superiores quando comparadas ao nível educacional dos ACS da Região Sul do país, dos quais 43% apresentaram segundo

grau completo e 15% o segundo grau incompleto. Isto também ocorre quando se compara com o nível educacional dos ACS do Brasil, dos quais 44% apresentaram segundo grau completo e 14%, segundo grau incompleto (INFORMATIVO CONASEMS, 2004).

O nível educacional mais baixo, I grau incompleto, foi relatado por 7 ACS (4,1%). Importante ressaltar que 15 (8,9%) dos ACS estavam cursando o III grau, percentual superior à média da Região Sul do país e do Brasil, 3,7% e 2%, respectivamente (INFORMATIVO CONASEMS, 2004).

As exigências crescentes do mercado de trabalho no Brasil, em relação à qualificação, têm contribuído para o aumento da procura pelo estudo, principalmente a conclusão do ensino médio. A média de anos de estudo do brasileiro, de uma forma geral, tem apresentado leve crescimento nos últimos anos, passando de 5 anos em média, em 1993, para 6,4 anos, em 2003 (IBGE, 2004). Os ACS desta pesquisa apresentaram uma média de escolaridade superior à média do brasileiro em 2003, já que segundo grau incompleto (pelos menos 8 anos de estudo), ou nível educacional maior (o que representaria no mínimo oito anos de estudo), foi relatado por 90% deles.

No que se refere ao estado civil, verificou-se que a maior parte dos 169 ACS era constituída por casados(as) (42,6%), seguidos pelos solteiros(as) (35,5%) e por aqueles vivendo como casados(as) (13%). Caso a análise seja feita por grupos, observa-se que casados e vivendo como casados perfizeram um total de 94 sujeitos (55,6%) e solteiros, separados, divorciados e viúvos foram 74 sujeitos (43,8%).

Segundo Cárdenas (2004), as mulheres que são casadas apresentam taxas mais baixas de inserção no mercado de trabalho, seja por discriminação ou encargos familiares ou domésticos. Apesar disto, as mulheres estão ampliando o mercado de trabalho.

Neste estudo, onde a maioria dos participantes foi constituída por mulheres, predominou o estado civil de casados(as).

Após a caracterização da população do estudo quanto aos aspectos sócio-demográficos, relata-se a seguir a análise sobre a qualidade de vida.

5.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS ACS

Os valores do coeficiente Alfa de Cronbach apresentados na Tabela 4 sugerem que o questionário *WHOQOL-bref*, como um todo e para os domínios, apresentou um grau de consistência interna satisfatório para uso neste estudo. O coeficiente foi de 0,87 para as facetas (questões 1 a 26), 0,69 para a QVG (Q1 e Q2) e 0,85 para os domínios.

Quando analisado cada domínio em separado, o domínio Físico foi o que apresentou maior valor de Alfa de Cronbach (0,72). Os domínios Meio Ambiente e Psicológico apresentaram valores de Alfa de, respectivamente, 0,68 e 0,65.

O domínio Relações Sociais foi o menos consistente, com valor de Alfa de 0,50. Alguns fatores podem ter contribuído para este resultado, como a heterogeneidade de respostas e o número reduzido de itens pesquisado neste domínio. Segundo Ferreira, Loureiro e Araújo (2004, p. 450), existe um princípio geral da psicometria que estabelece que: “[...]a consistência de uma escala decresce à medida que decresce o número de itens”.

A redução dos coeficientes Alfa, quando considerados os domínios individualmente, tem sido observada na literatura, especialmente em relação aos domínios Relações Sociais, como no presente estudo, e Meio Ambiente (CÁRDENAS, 2004; FLECK et al., 2000; MICHELONE, SANTOS; 2004; THE AUSTRALIAN CENTRE, 2003).

5.2.1 Qualidade de Vida Geral

Sobre a qualidade de vida, primeiramente serão discutidas as questões 1 e 2 em separado, e a QVG. A seguir, serão apresentadas as questões agrupadas por domínios, sendo que as questões com os maiores e os menores escores médios para cada domínio, serão discutidas com maiores detalhes.

Para a análise de freqüências e medidas descritivas das questões, a pontuação é dada em uma escala tipo *Likert*, de 1 a 5, onde 1 e 2 representam uma avaliação negativa, 3, intermediária e 4 e 5 representam uma avaliação positiva.

Observando-se os resultados na Tabela 5, a média das respostas para a questão 1, que avaliou a qualidade de vida de modo geral, foi de 3,77 (DP=0,63), valor mais próximo de 4, que corresponde a opção *boa* no questionário.

Cento e vinte e sete ACS (75,1%) avaliaram sua qualidade de vida como *boa* ou *muito boa*, 37 (21,9%) como *nem boa nem ruim*, e 5 (3%) como *ruim* ou *muito ruim*. Assim, a maioria dos ACS avaliaram sua qualidade de vida de modo geral de forma positiva.

Em artigo de Saupe et al. (2004), sobre avaliação da qualidade de vida de 825 acadêmicos de enfermagem de nível superior na Região Sul do Brasil, a maioria jovens do sexo feminino, utilizando o questionário *WHOQOL-bref*, resultado semelhante foi encontrado para esta questão, onde 72% dos respondentes avaliaram sua qualidade de vida geral como *muito boa* ou *boa*.

De modo semelhante, também, em estudo de Martins (2002), a questão 1 do *WHOQOL-bref* obteve 7,14% de respostas *muito boa* e 62,5% de respostas *boa*, estudo este sobre qualidade de vida e capacidade de trabalho em 158 profissionais de enfermagem em turnos (manhã, tarde e noite) de um hospital universitário, a maioria constituída por adultos jovens e mulheres.

Nucci (2003), em seu estudo sobre qualidade de vida de 50 pacientes em tratamento para algum tipo de câncer, comparado a um grupo de 70 controles, utilizando o questionário *WHOQOL-bref*, observou que, para o grupo controle, a opção de resposta *muito boa* foi escolhida por 9% dos respondentes, e *boa* por 34% deles, para a questão sobre qualidade de vida de modo geral. A opção de resposta *ruim* foi escolhida por 19% dos respondentes do grupo controle, e 1% deles optou por *muito ruim* para esta questão. Deve-se, contudo, levar em consideração que este grupo controle era constituído, em sua maioria, por mulheres, com idade média de 50,3 anos, e que possuíam, na maioria, o primeiro grau incompleto.

No presente estudo, quando são analisados os valores de média, os índices altos e positivos (75,1%) de avaliação para a questão 1, podem ser considerados bons ou satisfatórios. Porém, as avaliações intermediárias (21,9%) ou negativas (3%), apesar de menos freqüentes, não podem ser menosprezadas, mas, ao contrário, devem ser consideradas quando se pretende entender a qualidade de vida de um grupo de pessoas.

Considerando-se a questão 2, sobre a satisfação com a própria saúde, e, observando-se os resultados na Tabela 5, a média das respostas para esta questão foi de 3,80 (DP=0,69), valor mais próximo de 4, que corresponde à opção *satisfeito* no questionário.

A grande maioria, 132 ACS (78,1%), avaliou a satisfação com a própria saúde de forma positiva, referindo estar *muito satisfeito* ou *satisfeito*.

Estas duas opções de respostas, *muito satisfeito* ou *satisfeito* com a própria saúde, foram relatadas por, respectivamente, 17,86% e 55,95% dos respondentes no estudo de Martins (2002), sobre qualidade de vida e capacidade de trabalho em profissionais de enfermagem em turnos (manhã, tarde e noite), de um hospital universitário.

No estudo de Nucci (2003), estas duas opções, *muito satisfeito* e *satisfeito*, foram as escolhidas sobre a satisfação com a própria saúde, por, respectivamente, 11% e 41%, dos respondentes no grupo controle deste estudo, devendo-se levar em consideração as características sócio-demográficas já referidas para este grupo controle.

Por outro lado, observa-se que 28 ACS (16,6%), referiram estar *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 9 (5,3%) referiram estar *insatisfeito* ou *muito insatisfeito* com a própria saúde. Então, 21,9% dos ACS, apesar de serem profissionais integrantes do sistema de saúde, avaliaram sua satisfação com a própria saúde de forma intermediária ou negativa.

À semelhança da análise da questão número 1, estes valores de avaliação para a questão número 2, apesar de representarem uma menor proporção de ACS, também devem ser considerados preocupantes. Esta preocupação decorre do fato destes serem profissionais integrantes de uma equipe, voltada à atenção em saúde da comunidade. Assim, pelo fato de terem maior acesso aos conhecimentos em saúde, de prevenção e tratamento de doenças, um menor percentual poderia ser esperado de avaliações intermediárias e negativas, do que o encontrado nestas avaliações.

Importante ressaltar que estudos do tipo transversal, em função de proporcionarem imagem instantânea ou de um curto período do que se pretende avaliar, apresentam o ônus do chamado *efeito do trabalhador sadio*, particularmente relevante em estudos ocupacionais, onde se avalia apenas aqueles trabalhadores em atividade. Neste caso, haveria uma seleção progressiva dos trabalhadores, pela demissão, daqueles em piores condições de saúde (ARAÚJO et al., 2003; MARTINEZ; PARAGUAY, LATORRE, 2004; ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001).

Como o estudo foi realizado em profissionais de uma prefeitura municipal, e, portanto, com funcionários públicos, admitidos mediante Regime Estatutário (59,2%)

ou Regime de CLT (40,8%), o possível *efeito do trabalhador sadio* pode ser considerado atenuado. Além do mais, é provável que os ACS, por serem trabalhadores da área da saúde, tenham mais fácil acesso aos serviços de saúde, evitando o agravamento de doenças e eventuais afastamentos. Assim, apesar de não se poder afastar por completo a presença deste viés, suas possíveis repercussões provavelmente não comprometeram as conclusões do presente estudo.

A QVG e as questões 1 e 2 também foram apresentadas com seus respectivos escores médios, na escala padronizada (variação possível de 0 a 100), conforme demonstra a Tabela 6.

O escore médio da QVG foi de 69,6. Analisando-se as questões 1 e 2 em separado, para Q1 (avaliação da qualidade de vida de modo geral), o escore médio foi de 69,2 e, com relação à satisfação com a própria saúde (Q2), o escore médio foi de 70,0.

As duas questões apresentaram escores médios muito próximos, e a QVG representa a média desses dois escores. Esses resultados evidenciam uma avaliação média positiva tanto sobre a qualidade de vida de modo geral, como sobre a satisfação com a própria saúde, e, conseqüentemente, da QVG.

5.2.2 Domínios

Com relação aos escores médios dos domínios (Tabela 7), observa-se que o domínio Relações Sociais foi o que apresentou maior escore médio, de 75,8 (DP=14,2). Provavelmente este resultado deve-se ao fato dos ACS serem profissionais diferenciados no sentido das relações sociais, já que ele reside na própria comunidade onde trabalha, e o seu trabalho desenvolve-se diretamente com a comunidade, onde o relacionamento com as pessoas faz parte do dia-a-dia, além do relacionamento com

as outras pessoas dentro da equipe de saúde.

O domínio Físico obteve escore médio de 74,2 (DP=13,2), e o Psicológico, de 74,0 (DP=11,4). O domínio que apresentou o escore médio mais baixo foi o Meio Ambiente, com 54,1 (DP=12,0).

Os resultados obtidos sugerem que os ACS avaliaram possuir uma melhor qualidade de vida em relação ao domínio Relações Sociais, seguido dos domínios Físico e Psicológico, e por último o domínio Meio Ambiente.

A Tabela 13 apresenta alguns estudos sobre avaliação de qualidade de vida, inclusive o presente estudo, que utilizaram o *WHOQOL-bref* para a coleta de dados, com os respectivos escores médios dos domínios e desvios-padrão relatados.

Tabela 13 - Escores médios e desvios-padrão dos domínios do *WHOQOL-bref* deste estudo e de outros estudos da literatura que avaliaram qualidade de vida, utilizando o *WHOQOL-bref*

Autor(es) (ano)	Grupo estudado	Domínio Relações Sociais EM*(DP)**	Domínio Físico EM (DP)	Domínio Psicológico EM (DP)	Domínio Meio Ambiente EM (DP)
Martins (2002)	158 profissionais de enfermagem em turnos de hospital geral	68,56 ...	73,43...	69,85...	55,89...
Amendola et al. (2003)	38 cuidadores de pacientes	...	65,04...	...	54,11...
Nucci (2003)***	70 voluntários grupo controle	14,2(3,1)	13,0(1,5)	13,2(1,8)	13,7(3,0)
Cárdenas (2004)	89 mulheres com trabalho doméstico	63,6(16,4)	69,1(13,6)	58,9(12,2)	41,2(9,6)
Cárdenas (2004)	69 mulheres com trabalho remunerado	63,6(17,5)	67,1(15,2)	63,2(13,6)	42,8(10,6)
Saupe et al. (2004)	825 acadêmicos de enfermagem de nível superior	70,0 ...	67,0...	65,0...	55,0...
Presente Estudo	169 agentes comunitários de saúde	75,8(14,2)	74,2(13,2)	74,0(11,4)	54,1(12,0)

* EM = Escore médio

** DP = Desvio-padrão

*** Escores médios apresentados na escala de 4 a 20.

Obs. O sinal "..." refere-se a valores não informados nas referências.

Observa-se, pela Tabela 13, que resultados semelhantes foram encontrados por Saupe et al. (2004), em estudo sobre avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem de nível superior na Região Sul do Brasil, onde o maior escore médio obtido foi para o domínio Relações Sociais, de 70,0 e o menor escore médio para o domínio Meio Ambiente, de 55,0.

Em avaliação de qualidade de vida de 38 cuidadores de pacientes, realizada por Amendola et al. (2003), a maioria constituída por mulheres, utilizando-se o questionário *WHOQOL-bref*, o domínio Meio Ambiente também obteve o menor escore médio (54,11), como no presente estudo. As autoras encontraram o maior escore médio (65,04) para o domínio Físico.

Resultados semelhantes foram obtidos por Cárdenas (2004), ao avaliar qualidade de vida em dois grupos de mulheres, um que realizava trabalho doméstico e outro trabalho remunerado, com melhores escores médios para o domínio Físico (69,1 e 67,1, respectivamente) e os menores escores médios para o domínio Meio Ambiente (41,2 e 42,8, respectivamente).

Também Martins (2002), em seu estudo com profissionais de enfermagem de hospital geral, que trabalhavam em turnos (manhã, tarde e noite), sobre qualidade de vida e capacidade de trabalho, encontrou o maior escore médio para o domínio Físico (73,43) e o menor escore médio para o domínio Meio Ambiente (55,89).

Nucci (2003), para o grupo controle estudado, utilizando a escala de 4 a 20, obteve maiores escores médios para o domínio Relações Sociais e menores escores médios para o domínio Físico.

Cabe ressaltar, pela observação da Tabela 13, que o domínio Meio Ambiente obteve os menores escores médios, comparando-se com os demais domínios, em seis dos sete grupos estudados.

5.2.3 Domínio Relações Sociais

A dimensão Relações Sociais da qualidade de vida avaliou a satisfação dos ACS com relação às suas relações pessoais, sua vida sexual e o suporte ou apoio social. Este domínio obteve o maior escore médio entre os domínios, conforme demonstra a Tabela 7.

As três facetas avaliadas receberam escores médios superiores a 73, o que representa uma avaliação média positiva para essas facetas (Tabela 8).

A faceta que recebeu o maior escore médio foi a relacionada às relações pessoais (Q20), de 78,4, seguida da faceta atividade sexual (Q21), com 75,4.

A faceta que recebeu a menor avaliação média foi aquela relacionada a suporte ou apoio social (Q22), com escore médio de 73,7.

Buscou-se identificar, a partir dos dados obtidos, as facetas que mais influenciaram estatisticamente o escore médio do domínio Relações Sociais, por meio da correlação de cada questão que compõe o domínio e o seu escore médio.

Os dados da Tabela 8 mostram que todas as facetas apresentaram correlações positiva e estatisticamente significativas para o escore médio do domínio, sendo que as facetas suporte (apoio) social (Q22), com $r=0,77$, e relações pessoais (Q20), com $r=0,73$, foram as que tiveram maior influência sobre o escore médio do domínio Relações Sociais, nesta ordem decrescente.

A faceta relações pessoais (Q20) avaliou a satisfação dos ACS com suas relações pessoais, incluindo amigos, parentes, conhecidos e colegas, e obteve o escore médio de 78,4, refletindo uma avaliação média positiva e o maior escore médio do domínio.

Do total de ACS, 85,2% ($n=144$) responderam estar *satisfeito* ou *muito satisfeito* com suas relações pessoais. Porém, vale salientar que 11,2% ($n=19$) dos

respondentes avaliaram esta faceta de forma intermediária, respondendo estar *nem satisfeito nem insatisfeito*. Os restantes 3,5% (n=6) responderam *insatisfeito* com suas relações pessoais. Nenhum deles optou pela resposta *muito insatisfeito*.

Em estudo de Cárdenas (2004), sobre qualidade de vida em mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado, para o domínio Relações Sociais, a faceta relações pessoais também obteve o maior escore médio dentro do domínio, para ambos os grupos estudados, de, respectivamente, 67,1 e 67.

Os relacionamentos têm um papel fundamental ao longo da vida de uma pessoa, pois o ser humano constitui-se como sujeito em sociedade, sendo geralmente a família o primeiro grupo ao qual uma pessoa pertence. Assim, a família torna-se determinante da socialização e desenvolvimento da personalidade do indivíduo (CORDEIRO, 1996).

Apesar das diversas mudanças nos padrões tradicionais em relação às famílias nos últimos anos, que poderiam dar a impressão de que elas estariam desestruturadas, ameaçadas, ou, em vias de extinção, observa-se sua enorme capacidade de mudança e de adaptação às transformações econômicas, sociais e culturais e sua relevância, como “[...]espaço de sociabilidade e socialização primárias, de solidariedade e de proteção social” (CARVALHO; ALMEIDA, 2003, p. 112).

A faceta em questão inclui também o relacionamento com os amigos. Segundo Rezende (2002, p. 69), a palavra amizade pode referir-se “[...]tanto a um sentimento quanto a uma relação específica”, sendo que o conceito pode diferir de sociedade para sociedade.

Assim, além da família, o relacionamento com os amigos é muito importante ao longo da vida das pessoas, contribuindo para seu bem-estar, além da possibilidade de troca de experiências e desenvolvimento de potencialidades (CORDEIRO, 1996), sejam pelas semelhanças de atitudes, valores e objetivos, ou pela complementaridade

das necessidades individuais (MCDAVID; HARARI, 1980).

A pergunta do questionário utilizado neste estudo inclui também o relacionamento com conhecidos e colegas, podendo ser considerado o relacionamento dos ACS com os colegas da equipe de saúde e a comunidade onde vivem e trabalham.

O relacionamento dos ACS no ambiente de trabalho foi relatado em artigo de Pedrosa e Teles (2001), em um estudo qualitativo, onde utilizou-se a técnica de grupos focais, sobre consenso e diferenças em equipes do PSF (22 ACS, 10 enfermeiras e 10 médicos), realizado na cidade de Teresina, Estado do Piauí. Observaram-se dificuldades de relacionamento entre os médicos e enfermeiras e os ACS. Um dos problemas levantados foi a indefinição do real papel do agente na relação entre o médico, o paciente e o serviço de saúde, ou seja, se o agente deveria opinar e atuar no diagnóstico e terapêutica ou apenas participar do levantamento de dados e acesso da população ao serviço de saúde. Apesar disso, avaliaram o relacionamento da equipe como bom.

No mesmo artigo foi referido que as relações com a comunidade, que inicialmente eram permeadas por desconfiança e resistência das famílias, foram substituídas pela participação das mesmas no programa.

Em avaliação qualitativa da satisfação de usuários em áreas cobertas pelo PSF em cinco municípios do Estado da Bahia, utilizando-se grupos focais, Trad et al. (2002), relata que, na dimensão relacional, os ACS foram identificados pelos usuários como mediadores entre a comunidade e os profissionais de saúde, sendo valorizados por facilitarem o acesso das pessoas ao sistema formal de atenção à saúde, bem como pela disponibilidade, acolhida e compreensão das necessidades da comunidade.

Fernandes (1992), em seu artigo sobre os agentes de saúde em áreas urbanas, comenta fatos semelhantes aos citados acima, porém, acrescenta que os ACS podem sofrer cobranças por parte da população com relação ao serviço de saúde e também pressão das pessoas para obter favorecimentos e driblar as normas para o atendimento. Estes fatos, sem dúvida, podem gerar conflitos pessoais e dificuldades de relacionamento tanto com a população como com os outros profissionais na unidade de saúde.

Levy, Matos e Tomita (2004), em um trabalho com abordagem qualitativa sobre a percepção de 22 usuários e 22 ACS, no município de Bauru, Estado de São Paulo, constataram por parte do usuário, a efetivação de um vínculo de relação, e, por parte da maioria dos ACS, não haver dificuldades de ordem mais complexa para obter a confiança das famílias, mostrando importantes repercussões na relação comunidade-serviços de saúde.

Apesar desses trabalhos tratarem apenas do relacionamento de ACS em seu ambiente de trabalho, quer seja com os outros membros da equipe, quer seja com a comunidade, eles demonstram um importante aspecto da vida dos ACS, que é o seu momento de trabalho, e que, provavelmente, tem forte repercussão em suas vidas de um modo geral.

Neste estudo, podemos perceber, que, pelo escore médio obtido e pela análise das opções de respostas, a avaliação dos ACS na faceta relações pessoais foi, em média, positiva, na grande maioria das avaliações (85,2%). Não podem ser desconsiderados, contudo, aqueles grupos menores de ACS, que avaliaram o tema de relações pessoais de forma intermediária (11,2%) ou negativa (3,5%), ainda que não seja possível distinguir os diversos aspectos desta avaliação, já que a pergunta tem enfoque genérico, não considerando grupos específicos de pessoas nas relações pessoais.

A satisfação dos ACS com a vida sexual, avaliada pela questão 21, obteve o escore médio de 75,4, refletindo uma avaliação média positiva da faceta, sendo o segundo maior escore médio do domínio Relações Sociais.

Centro e trinta e cinco ACS (80,0%), responderam estar *muito satisfeito* ou *satisfeito* com sua vida sexual, 24 (14,2%) responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 10 (5,9%) optaram por *satisfeito* ou *muito insatisfeito*, quanto à vida sexual.

A faceta atividade sexual obteve também o segundo maior escore médio do domínio, em estudo sobre qualidade de vida em mulheres com trabalho doméstico (escore médio de 62,8) e com trabalho remunerado (escore médio de 63), para ambos os grupos estudados (CÁRDENAS, 2004).

Contudo, em estudo realizado por Amendola et al. (2003), em avaliação de qualidade de vida de cuidadores de pacientes, o aspecto que mais contribuiu para pior qualidade de vida no domínio Relações Sociais foi a atividade sexual.

Muraro (1983), em seu livro sobre sexualidade, considera a sexualidade sob dois aspectos, o individual, onde interagem libido, funções, pulsões, prazeres e desprazeres, sujeitos a decisões contínuas na vida cotidiana de cada pessoa, e o coletivo, relacionado com o controle da reprodução, que regula e determina as decisões econômicas em todos os níveis.

De qualquer forma, a sexualidade é muito importante para a vida do ser humano, e envolve aprendizado, projeção, reflexão, planejamento, decisões, análise e influência de valores morais, e não apenas o ato sexual e a reprodução. Além dos aspectos biológicos, fisiológicos, culturais e sociais, existe a dimensão psicológica do comportamento sexual. O prazer sexual pode ser sentido e manifestado de maneira própria para cada pessoa, podendo variar de uma experiência para outra e ao longo da vida (CORDEIRO, 1996), já que a sexualidade pode ser considerada histórica,

processual e mutável, estando sujeita a novas significações e experiências de sentido (NUNES, 1987).

As avaliações positivas, em média, para a satisfação quanto à vida sexual, neste estudo, feitas pela maioria dos ACS (80,0%) podem ser consideradas satisfatórias, porém, as avaliações intermediárias (14,2%) e negativas (5,9%), merecem especial atenção, considerando-se a importância de uma sexualidade adequada na vida de cada pessoa.

A faceta suporte, apoio social (Q22) obteve o escore médio de 73,7, comparativamente o menor escore médio desse domínio. Apesar disto, refletiu a avaliação média positiva que os profissionais estudados fizeram com relação ao apoio que recebem dos amigos.

Para essa questão, 130 sujeitos (76,9%) referiram estar *muito satisfeito* ou *satisfeito*, 31 (18,3%) referiram estar *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 8 deles (4,7%) referiram estar *insatisfeito* ou *muito insatisfeito* com o suporte ou apoio recebido dos amigos.

A faceta suporte, apoio social também obteve o menor escore médio do domínio, para ambos os grupos de mulheres estudado por Cárdenas (2004), com valores de 59,6 para o grupo de mulheres com trabalho doméstico e 61,4 para o grupo de mulheres com trabalho remunerado.

De modo diferente, apoio social foi o aspecto que mais contribuiu para melhor qualidade de vida no domínio Relações Sociais, no estudo realizado por Amendola et al. (2003), em avaliação de qualidade de vida de cuidadores de pacientes.

Como já mencionado, o escore médio da faceta suporte, apoio social obteve uma avaliação média positiva pela maioria dos ACS (76,9%), sugerindo a satisfação destes quanto ao apoio recebido dos amigos. Contudo, 18,3% dos ACS avaliaram esta faceta de forma intermediária e 4,7% de forma negativa, sugerindo a insatisfação

destes grupos quanto ao apoio recebido dos amigos.

5.2.4 Domínio Físico

O domínio Físico apresentou o segundo maior escore médio entre os domínios. Todos os escores médios das facetas deste domínio apresentaram valores superiores a 69 (Tabela 9), demonstrando uma avaliação média positiva dos ACS quanto à dimensão física da qualidade de vida.

A faceta mobilidade (Q15) foi a que obteve o maior escore médio dentro desse domínio, 78,5, seguida da faceta capacidade para o trabalho (Q18), com escore médio de 76,9.

As demais facetas receberam os seguintes escores médios, nesta ordem decrescente: dor e desconforto (Q3), com 76,0; atividades da vida cotidiana (Q17), com 74,4; dependência de medicação ou tratamentos (Q4), com 72,8 e sono e repouso (Q16), com 71,1. Estes escores médios demonstram a avaliação média positiva feita pelos ACS em relação às respectivas facetas avaliadas.

A faceta energia e fadiga (Q10), que avaliou a energia suficiente para o dia-a-dia, foi a que apresentou o menor escore médio, de 69,4, dentro do domínio Físico.

Quanto à correlação entre cada questão que compõe o domínio Físico e o escore médio do domínio, observa-se que todas as facetas do domínio apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio.

As facetas que apresentaram maiores correlações, ou seja, as que mais influenciaram o escore médio do domínio, foram, em ordem decrescente, as facetas atividades da vida cotidiana (Q17), com $r=0,71$, e a faceta sono e repouso (Q16), com $r=0,70$.

Quanto à faceta que obteve o maior escore médio do domínio (Q15), de 78,5,

que avaliou a capacidade de locomover-se, 83,4% (n=141) dos sujeitos pesquisados optaram pela resposta *muito bom* ou *bom*, 13,0% (n=22) pela resposta *nem ruim nem bom*, e 3,6% dos ACS (n=6) pela resposta *ruim* ou *muito ruim*, quanto à capacidade de locomover-se.

Resultado semelhante foi obtido em estudo realizado por Amendola et al. (2003), em avaliação de qualidade de vida de cuidadores de pacientes, onde o aspecto que mais contribuiu para melhor qualidade de vida no domínio Físico foi a mobilidade.

Em estudo realizado por Cárdenas (2004), sobre qualidade de vida, o grupo de mulheres que realizava trabalho doméstico obteve um escore médio de 71,1 para a faceta mobilidade, o terceiro maior escore médio do domínio Físico.

A locomoção tem um importante papel na vida cotidiana do agente comunitário de saúde, já que o seu trabalho é realizado principalmente em função das visitas domiciliares. Uma boa capacidade de locomover-se é fundamental em suas atividades, especialmente caminhar, meio mais simples e econômico para realizar as visitas, na área urbana. Assim, a grande maioria dos ACS (83,4%) avaliou sua capacidade de locomover-se de forma satisfatória. Outros 22 ACS (13,0%) avaliaram este tema de forma intermediária, e 6 ACS (3,6%), avaliaram de forma negativa a capacidade de locomover-se, o que provavelmente afeta em maior ou menor grau seu desempenho nas atividades do dia-a-dia.

Os ACS avaliaram sua satisfação quanto à capacidade para o trabalho (Q18), em média, de forma positiva.

O escore médio desta faceta foi de 76,9, sendo o segundo maior escore médio do domínio Físico, onde 141 ACS (83,4%) responderam *muito satisfeito* ou *satisfeito*, 25 (14,8%) responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 3 (1,8%) optaram por

insatisfeito ou *muito insatisfeito* quanto à satisfação em relação à capacidade para o trabalho.

No estudo de Cárdenas (2004), sobre qualidade de vida, a faceta capacidade para o trabalho também obteve o segundo maior escore médio do domínio (71,6), para o grupo de mulheres com trabalho doméstico, e o maior escore médio do domínio (71), para o grupo de mulheres com trabalho remunerado.

Capacidade para o trabalho “[...]pode ser a qualidade física e/ou mental com que o homem desenvolve o seu trabalho” (MARTINS, 2002, p. 27).

O trabalho pode ser considerado um importante determinante da forma de organização das sociedades (MORAES; FERREIRA; ROCHA, 2004).

O trabalho, assim como a alimentação, a moradia, a educação, a equidade, os meios de comunicação, a urbanização, a violência, o ambiente e outros fatores sociais, são necessidades humanas, cujo suprimento é fundamental para se edificar uma vida com qualidade (NAHAS, 2001; VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002).

Assim, uma pessoa que não realiza um trabalho satisfatório, dificilmente terá uma vida aceitável. Também vale lembrar que, para o trabalhador ter equilíbrio biopsicosocial, é importante entendê-lo como ser de necessidades múltiplas, no trabalho, mas também fora dele (ANDRADE; DÉCIA, 2004; MORAES et al., 2004).

Costa (2002, p.76), reforça esta idéia, em seu estudo sobre autoconceito no trabalho, onde apresenta uma visão do trabalho “[...]como influenciador, como fonte de prazer ou desprazer, de realização e de crescimento pessoal e social[...]”.

Além disso, em nossa sociedade atual, o valor de uma pessoa é medido também pela sua produção, tanto do ponto de vista do trabalho como no cumprimento do papel familiar (BERNHOEFT,1991).

As considerações dos autores acima citados enfatizam a importância do trabalho na vida das pessoas, e reforçam o valor das avaliações da capacidade de

trabalho feita pelos ACS, que foram, em sua maioria (83,4%), positivas.

Justamente pela importância da capacidade para o trabalho na vida das pessoas, vale ressaltar que 25 (14,8%) e 3 ACS (1,8%) não demonstraram satisfação com relação a esta faceta, já que, segundo Cárdenas (2004), o trabalho constitui-se numa questão central na existência humana, pois, por meio dele, o homem se realiza.

A faceta energia e fadiga (Q10), que avaliou a energia suficiente para o dia-a-dia, foi a que apresentou o menor escore médio dentro do domínio Físico, de 69,4.

Do total dos 169 ACS, 110 (65,1%), optaram pela resposta *completamente* ou *muito*, 57 (33,7%) pela resposta *médio*, e 2 (1,2%) escolheram a resposta *muito pouco* sobre a energia suficiente para o dia-a-dia. Nenhum ACS escolheu a resposta *nada* para esta questão.

Resultados semelhantes foram observados por Cárdenas (2004), onde a faceta energia e fadiga obteve o menor escore médio no domínio Físico, tanto para o grupo de mulheres com trabalho doméstico (escore médio de 62,1), como para o grupo de mulheres com trabalho remunerado (escore médio de 63,8), valor este igual à faceta sono e repouso, no referido trabalho.

A fadiga pode aparecer decorrente de situações da vida ou do trabalho ao longo de meses ou anos. Ela é caracterizada por um cansaço constante, que pode ser físico ou mental; por uma má qualidade do sono, onde a pessoa não consegue aprofundar o sono, desperta freqüentemente e pode ter insônia; pela irritabilidade, que pode resultar em conflitos interpessoais em casa ou no trabalho; e pelo desânimo, com desinteresse pela vida social (SELLIGMANN-SILVA, 1995).

Apesar de ter sido o menor escore médio do domínio, em média, o escore demonstra uma avaliação positiva quanto à energia para as atividades do dia-a-dia. Vale observar que 57 ACS, ou 33,7%, fizeram uma avaliação intermediária e 2 (1,2%) uma avaliação negativa sobre sua energia para as atividades cotidianas, números que

merecem ser considerados.

5.2.5 Domínio Psicológico

Para o domínio Psicológico (Tabela 10), todas as facetas obtiveram escores médios acima de 64.

As facetas que receberam os melhores escores médios foram a espiritualidade, religião e crenças pessoais (Q6), com 82,8, e a auto-estima (Q19), com 79,4.

A avaliação sobre a aceitação da própria aparência física (faceta imagem corporal e aparência, questão 11) obteve escore médio de 75,6, seguida pelas facetas sentimentos negativos (Q26), com escore médio de 74,0 e sentimentos positivos (Q5), com escore médio de 67,5. Esses valores demonstram uma avaliação média de sentido positivo pelos ACS, para essas facetas avaliadas.

A faceta que recebeu o menor escore médio do domínio foi a Q7, de 64,8, sobre pensar, aprender, capacidade de memória e concentração.

Todas as seis facetas do domínio Psicológico apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio. A questão que obteve o maior valor de correlação foi a questão 19 ($r=0,71$), que avaliou a satisfação dos ACS consigo mesmos.

Com relação à faceta espiritualidade, religião e crenças pessoais (Q6), que avaliou o quanto os ACS achavam sentido em suas vidas, observa-se que foi a que apresentou o maior escore médio do domínio, de 82,8, demonstrando uma avaliação média fortemente positiva dos ACS sobre o tema.

Nesta questão, 149 ACS (88,2%) escolheram *extremamente* ou *bastante*, como resposta, 18 (10,6%) escolheram *mais ou menos*, e 2 ACS (1,2%), escolheram *muito*

pouco como resposta para a avaliação do sentido da vida. Nenhum ACS escolheu a resposta *nada* para o sentido da própria vida.

Cárdenas (2004) também encontrou resultados semelhantes, onde o grupo de mulheres com trabalho doméstico obteve um escore médio de 70,1 para a faceta espiritualidade, religião e crenças pessoais, o maior escore médio neste grupo para o domínio Psicológico, e de 70,3 para o grupo de mulheres com trabalho remunerado, o segundo maior escore médio para este grupo, no referido domínio.

A espiritualidade contribuiu para melhor qualidade de vida, no domínio Psicológico, em avaliação de qualidade de vida de cuidadores de pacientes, realizado por Amendola et al. (2003).

Espiritualidade refere-se “[...]a relação de um indivíduo ou de um grupo com o transcendente, ainda que possa ser construído”. Diz respeito à procura do sentido transcendente. Muitas pessoas expressam sua espiritualidade na prática de religiões, outras expressam pela relação com a natureza, a música, as artes, dentre outras formas. Religião, por outro lado, é determinada crença, prática e linguagem que caracteriza uma comunidade, que está procurando pelo sentido transcendente de um modo em particular, geralmente com base em crenças em uma divindade (SULMASY, 2002, p. 25).

Segundo Michaelis (1998, p. 1.810), religião seria o “Serviço ou culto a Deus, ou a uma divindade qualquer, expresso por meio de rito, preces e observância do que se considera mandamento divino”.

Crença refere-se ao “ato ou efeito de crer. Fé religiosa, opiniões que se adotam com fé e convicção” (MICHAELIS, 1998, p. 607).

Segundo Bernhoeft (1991, p. 29): “A descoberta espiritual é de suma importância para localizar um sentido para a própria vida”. O autor também refere que existe o risco das pessoas chegarem à meia idade com profundas crises existenciais,

em função de dificuldades em encontrar e desenvolver o lado espiritual de suas vidas.

Assim, uma avaliação média positiva para esta faceta, feita pela grande maioria (88,2%) dos ACS, é de extrema importância. Não menos importante, e até mesmo preocupante, foi a avaliação intermediária (10,6% dos ACS) e negativa (1,2% dos ACS), sobre o sentido de suas vidas.

A faceta auto-estima (Q19), que avaliou a satisfação dos ACS consigo mesmos, obteve o segundo maior escore médio do domínio Psicológico, de 79,4.

Cento e quarenta ACS, o que corresponde a 82,8%, responderam *muito satisfeito* ou *satisfeito*, 24 (14,2%) responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 5 (3,0%) optaram por *insatisfeito* ou *muito insatisfeito* quanto à satisfação consigo mesmos.

Como já mencionado, esta faceta esteve forte e positivamente correlacionada estatisticamente com o escore médio do domínio, sendo a faceta mais influente dentro do domínio Psicológico.

Cárdenas (2004), relata que, em mulheres, fatores de natureza psicológica ou subjetiva, como visão positiva do sentido da vida e sobre si próprias, podem ser resultantes da satisfação decorrente de um trabalho remunerado. Em seu estudo sobre qualidade de vida, para o grupo de mulheres com trabalho remunerado, o escore médio obtido para a faceta auto-estima foi de 72,5, o maior escore médio do domínio Psicológico e com diferença estatisticamente significativa, para esta faceta, em relação ao grupo de mulheres com trabalho doméstico.

Segundo Camelo e Angerami (2004), em trabalho sobre a avaliação do estresse em profissionais do PSF, a auto-estima de um indivíduo pode ser influenciada pela satisfação no trabalho. Assim, uma pessoa que esteja com estresse ocupacional poderá levar suas dificuldades para o seu ambiente familiar, ou trazê-las para seu ambiente profissional, o que pode traduzir-se em sentimentos de

insegurança.

A auto-estima refere-se “a aceitação que o indivíduo tem de si mesmo” (MICHAELIS, 1998, p. 264).

Para McDavid e Harari (1980, p. 175) a auto-estima refere-se ao “[...]aspecto avaliativo da auto-percepção (o grau em que alguém gosta de si)[...]”. Uma pessoa que tem um olhar favorável ou um sentido geral de aprovação sobre si mesma, tem um alto nível de auto-estima. Esta auto-avaliação depende das origens sociais ou dos padrões culturalmente definidos de aceitação social, do modelo padrão pelo qual as aspirações e ideais são estruturados e pelo qual a pessoa gradua o olhar para si mesma. Além dos padrões sociais, os juízos de outras pessoas também podem servir de instrumental para definir os critérios utilizados por uma pessoa para sua auto-avaliação.

De modo semelhante, Bernhoeft (1991), refere que a auto-estima das pessoas vai depender das avaliações que as pessoas fazem de si mesmas e das que são feitas pelas demais em relação ao trabalho e ao cumprimento do seu papel familiar.

No presente estudo, a faceta auto-estima, avaliada pela satisfação dos ACS consigo mesmos, na grande maioria, foi considerada satisfatória (82,8%). Porém, 14,2% avaliaram esta faceta de forma intermediária e, 3%, como negativa.

A questão de número 7, que avaliou o pensar, aprender, memória e concentração, com a pergunta sobre o quanto a pessoa consegue se concentrar, obteve o menor escore médio do domínio, de 64,8, ou seja, com leve tendência positiva.

Noventa e nove, o que equivale a 58,6% dos ACS, optaram pela resposta *extremamente* e *bastante*, 64 (37,9%) pela resposta *mais ou menos*, e 6 (3,5%) escolheram a resposta *muito pouco* e *nada* sobre a capacidade de concentração.

No estudo sobre qualidade de vida (Cárdenas, 2004), em ambos os grupos de

mulheres estudadas, os escores médios da faceta pensar, aprender, memória e concentração, foram os segundos piores escores médios do domínio Psicológico, de 48,6 para o grupo de mulheres com trabalho doméstico e 56,5 para o grupo de mulheres com trabalho remunerado.

Pensar, significa: “[...]processar elementos mentais ou do meio ambiente para a obtenção de determinados objetivos ou para nossa própria recreação”. O pensamento pode ser dividido em operativo, que visa objetivos a alcançar e é controlado pela coerência; e o simbólico, que trabalha com elementos da fantasia (TELES, 1983, p. 169).

Para o mesmo autor, aprender envolve os processos, quase simultâneos, de aquisição de uma nova informação, a incorporação desta informação na experiência da pessoa, e a avaliação ou emprego desta informação na sua vida prática. A informação nova que se pretende assimilar, no processo de aprendizagem, pode substituir uma anterior ou pode ser inteiramente nova. A aprendizagem seria (p.101): “[...]a organização feita pelo indivíduo de um comportamento novo mediante a experiência”, o que pode ocorrer por meio do condicionamento clássico, pelo ensaio e erro, ou pelo discernimento. É um processo pessoal, que pode ser influenciado por outras pessoas ou pelo ambiente.

Na memorização, ocorre uma “[...]aquisição de certas associações numa seqüência fixa e predeterminada. A motivação, o reforço e o exercício são fundamentais na atividade da memória” (TELES, 1983, p. 103).

A concentração refere-se ao ato ou efeito de concentrar, de estar atento (FERNANDES; LUFT; GUIMARÃES, 1999).

Essas funções acima descritas, foram avaliadas de forma positiva por pouco mais da metade (58,6%) dos ACS, porém, muitos ACS avaliaram esta faceta de forma intermediária (37,9%), ou negativa (3,6%), valores importantes, quando se considera a

importância tanto do pensar, como do aprender, da memória e também da concentração, tanto para a vida de modo geral como no momento do trabalho.

5.2.6 Domínio Meio Ambiente

O domínio Meio Ambiente foi o que obteve o menor escore médio, de 54,1, quando comparado aos demais domínios (Tabela 11).

Os escores médios das questões desse domínio variaram entre 38,6 e 66,0. As facetas que receberam as melhores avaliações médias foram, em ordem decrescente, aquelas relacionadas ao ambiente no lar (Q23), com escore médio de 66,0 e segurança física e proteção (Q8), com escore médio de 64,0.

A faceta transporte (Q25), recebeu escore médio de 61,7; cuidados de saúde e sociais (Q24), 56,8; ambiente físico, poluição, ruído, trânsito e clima (Q9), 52,8; e oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, com escore médio de 50,0. Esses valores demonstram que, em média, os ACS avaliaram estas facetas de forma intermediária.

A pior avaliação média (38,6) referiu-se à faceta recursos financeiros (Q12), seguida da participação em, e oportunidades de atividades de recreação/lazer (Q14), com escore médio de 43,2.

Com relação à correlação de cada questão com o escore médio do domínio (quadro 11), todas as facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa para o escore médio do domínio Meio Ambiente, sendo que as que tiveram maior influência, nesta ordem decrescente, foram o transporte (Q25), com $r=0,68$ e os cuidados de saúde e sociais (Q24), com $r=0,65$.

A questão que avaliou a satisfação quanto às condições do local de moradia (Q23), faceta ambiente no lar, obteve o maior escore médio domínio, de 66,0,

indicando uma avaliação com tendência positiva para este tema.

Cento e dois (60,3%) ACS optaram pela resposta *muito satisfeito* ou *satisfeito*, 50 (29,6%) pela resposta *nem satisfeito nem insatisfeito*, e 17 (10,1%) optaram pela resposta *insatisfeito* ou *muito insatisfeito*.

Amendola et al. (2003), em estudo sobre qualidade de vida de cuidadores de pacientes, relataram que o aspecto que mais contribuiu para melhor qualidade de vida no domínio Meio Ambiente foi também o ambiente físico do lar.

Na avaliação de qualidade de vida realizado por Cárdenas (2004), a faceta ambiente no lar foi a que obteve o segundo maior escore médio do domínio, tanto para o grupo de mulheres com trabalho doméstico (escore médio de 53,4) como para o grupo de mulheres com trabalho remunerado (escore médio de 51,8).

A concepção de ambiente é, atualmente, muito variável, e segue um conjunto de pressupostos teóricos e metodológicos, sendo que a Psicologia Ambiental tem enfatizado, recentemente, a percepção do sujeito em relação aos efeitos das características físicas ou sociais do ambiente (LORDELO, 2002). Desse modo, o conceito de ambiente englobaria, além dos aspectos do ambiente físico, também os fatores que compõem o ambiente social, considerando a inclusão do homem no ambiente (TAKAYANAGUI; CARNEIRO; QUINTINO, 2003).

A maioria dos ACS (60,3%) avaliaram de maneira positiva seu ambiente do lar. Porém muitos ACS não demonstraram satisfação com seu ambiente no lar, já que 29,6% avaliaram de forma intermediária e 10,1% avaliaram de forma negativa esta faceta. Esses valores são importantes, se considerarmos que o ambiente no lar é o local onde a pessoa descansa e pode compartilhar com os demais familiares os sentimentos, dificuldades, conquistas, problemas, etc., e até ser um lugar de refúgio das tensões do dia-a-dia.

A questão que avaliou o quão seguro os ACS sentiam-se em suas vidas diárias

(Q8), faceta segurança física e proteção, obteve o segundo maior escore médio do domínio, de 64,0, ou seja, uma avaliação média com tendência positiva sobre o tema.

Do total de respondentes, 94 (55,6%) avaliaram como *extremamente* ou *bastante*, 64 (37,9%) como *mais ou menos* e 11 (6,5%) como *muito pouco* sua segurança física e proteção. Nenhum agente optou pela resposta *nada* sobre o sentimento de segurança.

Nos dias de hoje, a sociedade vive em sentimento de medo, que não é fruto da imaginação ou dos meios de comunicação. A insegurança em nosso país pode ser considerada muito grave, tanto pelas taxas de criminalidade, como pela intensidade da violência envolvida, exclusão social, e a degradação institucional vinculada ao crescimento da criminalidade (SOARES, 2003).

A criminalidade e a violência afetam toda a população, independentemente de classe, raça, credo religioso, sexo ou estado civil, sendo as maiores vítimas as pessoas das classes menos favorecidas. Estes problemas ocorrem alterando o cotidiano das pessoas, sem mencionar nos custos diretos e indiretos que proporcionam (BEATO FILHO, 1999).

A violência e a criminalidade concentram-se nos grandes centros urbanos, sendo que o ritmo de crescimento da violência e criminalidade ocorrem principalmente em cidades com mais de 100 mil habitantes (BEATO FILHO, 1999).

Cabe ressaltar que os ACS realizam visitas domiciliares, como parte de seu trabalho, ficando mais suscetíveis à violência urbana, de qualquer natureza, em relação às pessoas que trabalham em ambientes fechados, com maiores possibilidades de utilizarem sistemas de segurança.

Apesar das considerações acima sobre violência e criminalidade, observa-se que pouco mais da metade dos ACS (55,6%) avaliaram de forma levemente positiva sua segurança física e proteção, sendo que 37,9% avaliaram esta faceta de forma

intermediária. Importante ressaltar que 6,5% dos ACS avaliaram esta faceta de forma negativa.

A faceta participação em, e oportunidades de recreação/lazer (Q14), que avaliou as oportunidades de atividades de lazer, foi, como já mencionado, a faceta que recebeu o segundo pior escore médio dentro do domínio Meio Ambiente, de 43,2.

Nenhum ACS respondeu *completamente*, 30 (17,7%) responderam *muito*, 70 (41,4%), *médio*, e 69 (40,8%) ACS optaram por *muito pouco* ou *nada*, com relação às oportunidades de recreação e lazer.

Resultados semelhantes foram obtidos por Cárdenas (2004), onde a avaliação da recreação e lazer também obteve o segundo pior escore médio do domínio Meio Ambiente, para ambos os grupos estudados (escore médio de 26,7 para o grupo de mulheres com trabalho doméstico e escore médio de 33 para o grupo com trabalho remunerado).

No estudo realizado por Amendola et al. (2003), em avaliação de qualidade de vida de cuidadores de pacientes, o aspecto que contribuiu para a pior qualidade de vida, foram as oportunidades de recreação/lazer.

Em avaliação de qualidade de vida de 218 alunos-trabalhadores graduandos em enfermagem, a maioria mulheres, realizada por Iglesias (2002), utilizando o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Power, um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, constatou-se que a ausência de lazer influenciou na qualidade de vida geral e nos domínios Saúde/funcionamento, Socioeconômico e Psicológico/espiritual. Os alunos que referiram não ter atividades de lazer obtiveram as menores pontuações em todos os aspectos que foram avaliados.

Segundo o Quality of Life Research Unit (2005), da Universidade de Toronto, lazer inclui atividades que proporcionem relaxamento e diminuição do estresse, como fazer caminhadas, jogar cartas, visitar familiares e ter atividades de mais longa

duração como um período de férias.

Além dessas atividades, muitas novas alternativas de lazer têm se expandido a partir da globalização, como o entretenimento virtual e atividades de turismo. Porém, este processo vem ocorrendo de modo desigual, dentro de uma mesma sociedade ou entre regiões (GUTIERREZ, 2004).

O lazer chamado passivo, como assistir televisão ou utilizar jogos eletrônicos, poderia reduzir o tempo destinado ao lazer ativo, como praticar esportes, dançar, fazer caminhadas, jogos ao ar livre, etc. Os primeiros, apesar de proporcionarem maior conforto e maior produtividade, não trazem os benefícios proporcionados pela atividade física (NAHAS, 2001).

Além das vantagens proporcionadas pelo lazer, a recreação também pode ter um papel muito importante tanto no controle do estresse como benefícios para a saúde das pessoas. Além disso, fornece oportunidades para a interação e o desenvolvimento sociais, e ajuda os indivíduos a se sentirem bem e desenvolverem seu potencial (KANTERS, 1996).

Segundo pesquisa do governo canadense, The Parks and Recreation Federation of Ontário (1992), os benefícios das atividades de recreação à qualidade de vida são inúmeros, tanto pessoais, como sociais, econômicos e ambientais.

Apesar das vantagens e benefícios proporcionados pelo lazer e recreação, existe, nos dias atuais, uma maximização de tudo que se faz e uma supervalorização do trabalho, além do ainda existente preconceito sobre o lazer, sendo que numerosos estudos nacionais e estrangeiros, propõem tanto a necessidade da educação para o lazer como da ludicidade (BRAMANTE, 2004).

Portanto, é evidente a necessidade de um equilíbrio entre o trabalho e o desfrute, que se constitui em um dos grandes aprendizados da vida adulta (BERNHOEFT, 1991). Nenhum ACS respondeu *completamente*, 30 (17,7%)

responderam *muito*, 70 (41,4%), *médio*, e 69 (40,8%) ACS optaram por *muito pouco* ou *nada*, quanto à participação e as oportunidades de recreação e lazer

A participação em atividades de lazer e recreação pelos ACS provavelmente é dificultada em função do próprio trabalho, que demanda oito horas durante o dia. Existiria ainda a possibilidade, apesar de não ter sido objeto de investigação neste estudo, da existência de atividades de estudo durante o período da noite ou mesmo a realização de trabalhos domésticos principalmente pelas mulheres ACS, em uma dupla jornada de trabalho, limitando ainda mais as atividades de lazer e recreação.

Estes fatores poderiam explicar o fato de nenhum agente ter avaliado como completa sua participação em lazer e recreação, bem como os valores de avaliação média (41,4%) e negativa (40,8%).

De qualquer modo, a avaliação que os ACS fizeram para esta questão, em média, resulta em uma preocupação, já que a participação em atividades de lazer e/ou recreação é um componente importante da qualidade de vida, e não pode ser deixado de lado.

Recursos financeiros (Q12), foi a faceta que avaliou se os ACS teriam dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades. Esta foi a faceta que recebeu o escore médio mais baixo, de 38,6, dentro do domínio Meio Ambiente.

Doze ACS (7,1%) optaram por *completamente* ou *muito*, 74 (43,8%) responderam *médio*, 75 (44,4%), *muito pouco*, e 8 ACS (4,7%) optaram por *nada*, em relação a terem dinheiro suficiente para suas necessidades.

Esses resultados assemelham-se aos de Cárdenas (2004), em avaliação sobre qualidade de vida, onde a faceta recursos financeiros obteve o pior escore médio do domínio Meio Ambiente, tanto para o grupo de mulheres com trabalho doméstico (escore médio de 23,9) como para o grupo de mulheres com trabalho remunerado (escore médio de 29,7).

Em trabalho de Pedrosa e Teles (2001) sobre consenso e diferenças em equipes do PSF, os ACS acharam o salário que recebiam insuficiente diante do trabalho por eles realizado.

Segundo dados do IBGE (2004), apesar do aumento de postos de trabalho formais entre 2002 e 2003, não houve um aumento do rendimento médio da população ocupada, confirmando a tendência de queda do rendimento observada nos últimos anos.

Os resultados obtidos no presente estudo, em relação aos recursos financeiros, revelam que a maioria demonstrou insatisfação quanto aos recursos financeiros disponíveis para eles (43,8% de forma intermediária e 49,1% de forma negativa).

Considerando a classe ocupacional estudada, que exerce uma função fundamental dentro do contexto de mudança nos paradigmas tradicionais em atenção à saúde no Brasil, salienta-se a importância de uma política de incentivo salarial, bem como a garantia de direitos trabalhistas, pois um funcionário que recebe um salário digno sente-se valorizado, satisfeito, e apresenta, conseqüentemente, maior produtividade e melhor desempenho em sua função.

A Tabela 12 apresenta uma síntese dos resultados do presente estudo, em relação aos escores médios dos domínios e as questões com os maiores e menores escores médios, em cada domínio.

6 CONCLUSÃO

Analisando-se os dados sócio-demográficos, concluiu-se que a maioria dos ACS neste estudo foi constituída por mulheres (89,3%), com idade entre 19 e 30 anos incompletos (47,9%) e idade média de 31,1 anos (DP=8,8), sendo que a maioria (61,5%) possuía o segundo grau completo, e com predomínio (42,6%) de

casados(as).

A confiabilidade do *WHOQOL-bref*, neste estudo, foi testada pela análise da consistência interna, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach, e foi considerada satisfatória.

Quanto à qualidade de vida, em uma variação possível de 0 a 100, onde maiores escores indicam melhor avaliação da qualidade de vida, a QVG (Q1 e Q2) obteve um escore médio de 69,6. O domínio Relações Sociais obteve o maior escore médio entre os domínios, de 75,8 (DP=14,2). O domínio Físico obteve escore médio de 74,2 (DP=13,2) e o domínio Psicológico, 74,0 (DP=11,4).

Os resultados indicaram que os ACS apresentaram avaliação média positiva para a QVG e para os domínios Relações Sociais, Físico e Psicológico, diferentemente do que se esperava.

O domínio Meio Ambiente obteve o menor escore médio entre os domínios, de 54,1 (DP=12,0).

As facetas que obtiveram os maiores escores médios em cada domínio foram: relações pessoais para o domínio Relações Sociais; mobilidade e capacidade de trabalho para o domínio Físico; espiritualidade/religião/crenças pessoais e auto-estima para o domínio Psicológico e ambiente no lar e segurança física e proteção para o domínio Meio Ambiente.

As facetas que obtiveram os menores escores médios em cada domínio, não significando necessariamente escores baixos, foram: suporte, apoio social para o domínio Relações Sociais; energia e fadiga para o domínio Físico; pensar, aprender, memória e concentração para o domínio Psicológico, e, recursos financeiros e participação em, e oportunidades de recreação/lazer para o domínio Meio Ambiente.

Pela correlação entre cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio, observou-se que todas as facetas do questionário apresentaram

correlações positivas e estatisticamente significativas, em maior ou menor proporção, para os escores médios dos respectivos domínios.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho ofereceu uma avaliação sobre qualidade de vida geral de 169 ACS de um município do interior do Paraná. Esta avaliação põe em evidência a importância do tema estudado, especialmente em uma população de trabalhadores tão importantes no contexto atual dos serviços de atenção em saúde no Brasil.

A avaliação da qualidade de vida apresenta muitas controvérsias tanto do ponto de vista teórico quanto metodológico, em função das diferentes abordagens utilizadas pelos pesquisadores ao estudarem qualidade de vida (CÁRDENAS, 1999).

O instrumento utilizado neste estudo, para a avaliação da qualidade de vida, o *WHOQOL-bref*, da OMS, considera a qualidade de vida como um construto subjetivo, multidimensional e composto por questões positivas e negativas (FLECK et al., 1999a; GRUPO WHOQOL, 1998; PASCHOAL, 2001; ROCHA, 2002; SEIDL; ZANNON, 2004; TAMAKI, 2000).

A subjetividade implica na avaliação, feita pela própria pessoa, em um determinado momento de sua vida, de maneira geral e em alguns aspectos em particular, qualificando-os como bons, regulares ou ruins. A multidimensionalidade refere-se à multiplicidade de questões relativas a temas diferentes e independentes, reunidas em um mesmo domínio, podendo influenciar no escore médio do domínio, tanto para mais quanto para menos.

Neste estudo, a subjetividade e a multidimensionalidade do construto qualidade de vida puderam ser confirmadas, quando se verificaram escores médios positivos de avaliação da qualidade de vida, apesar de dificuldades inerentes e reconhecidamente

presentes no exercício da profissão dos ACS.

A hipótese inicial deste estudo, de que haveria comprometimento da qualidade de vida dos ACS, talvez tenha sido formulada em função da experiência prática vivida pela pesquisadora em uma equipe de PSF, onde os ACS acabavam por relatar suas queixas e dificuldades, e por uma visão sobre qualidade de vida onde fatores como renda, bens de consumo e aparência têm muita importância.

Assim, a hipótese inicial de um comprometimento da qualidade de vida geral e dos domínios, avaliada pelos ACS, em média, não se confirmou para a QVG e para os domínios Relações Sociais, Físico e Psicológico, e confirmou-se para o domínio Meio Ambiente.

As questões ambientais vêm ganhando cada vez mais espaço e importância nas políticas públicas e também para a comunidade em geral, principalmente na área da saúde, a partir da Carta de Ottawa elaborada na Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde promovida pela OMS, em 1986 (BRASIL, 1996).

Outro fato observado neste estudo foi o intervalo nas avaliações individuais dos ACS, para as questões gerais, onde foram encontrados alguns respondentes cujas avaliações foram máximas, ao passo que outros ficaram com escores iguais ou muito próximos do mínimo.

A dificuldade em mensurar qualidade de vida é um fato real, tanto que muitas vezes os resultados podem ser conflitantes. Assim, resultados esperados podem não ser encontrados e hipóteses podem não ser confirmadas, quando se avalia qualidade de vida.

Apesar das dificuldades existentes em avaliar a qualidade de vida, este estudo possibilitou uma reflexão a respeito da qualidade de vida dos ACS. Esse estudo, bem

como outros nessa direção, podem dar sustentação para a implementação de novas estratégias para a melhoria das condições de vida e trabalho dos ACS, o que, sem dúvida, poderá trazer um impacto nas ações desempenhadas por esses profissionais e, conseqüentemente, na saúde pública do Brasil.

Os resultados deste estudo também são uma importante fonte de informação sobre a qualidade de vida dos ACS, nas diferentes facetas avaliadas, evidenciando suas reais demandas, além de poder servir de motivação para novas pesquisas, utilizando-se grupos para comparação, além da combinação de outros instrumentos para coleta de dados, bem como outras abordagens metodológicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUARYOL, M. Z. Metodologia da pesquisa epidemiológica. In: ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUARYOL, M. Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. Belo Horizonte/ Salvador/Rio de Janeiro: CCOPMED/APCE/ABRASCO, 1992. cap. IV, p. 79-101.

AMATO, M. S.; AMATO NETO, V.; UIP, D. E. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos à transplante de coração. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 30, n. 2, p. 159-160, mar.-abr. 1997.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; SPORTELLO, E. F.; KIMURA, M. Caracterização do perfil e da qualidade de vida de cuidadores de pacientes atendidos pelo Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da USP (PAD-HU/USP). In: Simpósio Internacional de Iniciação Científica, 11., 2003, São Paulo. **Resumos. Ciências biológicas**, n.117. São Paulo: Pró-Reitoria de Pesquisa da USP, 2003. p. 115.

ANDRADE, C. A. N. G; DÉCIA, A. C. M. **Qualidade de vida no trabalho** – uma abordagem preventiva de acidentes fatais. Disponível em: <www.saudeetrabalho.com.br>. Acesso em: 31 jul. 2004.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; GOYA, N.; MARTINS JÚNIOR, T. Estratégia Saúde da Família: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n.1, p. 9-20, jan.-mar. 2004.

ANDREU, J. C. Comentário: distrés crônico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. **Atención Primaria**, v. 31, n. 9, p. 572-574, may. 2003.

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, ago. 2003.

AUGUSTO, L. G. S. Qualidade de vida: necessidade reflexiva da sociedade contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 27-28, 2000.

BARROS, R. C. M. **Variação da qualidade de vida após a internação na Unidade de Terapia Intensiva**: instrumento de medida World Health Quality of Life (WHOQOL-bref), 2002. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BEATO FILHO, C. C. Políticas públicas de segurança e a questão policial. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n.4, p. 13-27, out.-dez. 1999.

BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. A. “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 249-252, out. 2003.

*De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BERNHOEFT, R. **Trabalhar e desfrutar** – equilíbrio entre vida pessoal e profissional. São Paulo: Nobel, 1991. 126p.

BERTOLLI FILHO, C. B. Na República o Brasil “civiliza-se”. In: BERTOLLI FILHO, C. B. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996. 71 p.

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total**: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 226 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BONASSA, E. C.; CAMPOS, C. V. A. Ministério da Saúde. CONASS. CONASEMS. Programas incentivados. In: BONASSA, E. C.; CAMPOS, C. V. A. **Saúde mais perto**: os programas e as formas de financiamento para os municípios. Projeto Mais Saúde: Municipalização com qualidade. Brasília: Ipsis, 2001. cap. 2, p. 27-43.

BORGES, L.O.; ARGOLO, J. C. T.; PEREIRA, A. L. S.; MACHADO, E. A. P.; SILVA, W. S. A síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BRAMANTE, A. C. Qualidade de vida e lazer. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e atividade física**: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004. p. 185-205.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. IEC Informação Educação e Comunicação. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde. 1996. cap. 1, p. 11-18.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde e comunidade. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 119 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 87 p.

_____. Ministério da Saúde. Projeto mais saúde – Municipalização com qualidade. Saúde da família (PSF) e agentes comunitários de saúde (PACS). **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. cap. 7, p. 193-199.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Apresentação. **Avaliação da implantação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. p. 13-20.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise de reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades:** padrões de custos e forma de financiamento. Brasília:

Ministério da Saúde, 2002b. 98 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde:** um pacto tripartite. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, n. 69, 2002c. 43p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portal da Saúde.** Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação – competência setembro/2004 Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 02 dez. 2004.

BURCKHARDT, C. **Quality of life compendium.** Measuring of life. 2000. Disponível em: <<http://www.uib.no/isf/people/doc/qol/comp0002.htm>>. Acesso em: 07 abr. 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Promoção da saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 6, p. 50-63, dez. 2002.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 14-21, jan.-fev. 2004.

CANUTO, O.; SILVA, M. T.; LOPES, F.; LIMA, N.; FARIAS, R.; BELEZA, W.; LAVOR, J.; SOUSA, O. A inserção do serviço social na estratégia saúde da família em Sobral-CE. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n.1, p. 65-76, jan.-mar. 2004.

CÁRDENAS, A. M. C. **Qualidade de vida da mulher “do lar” em uma comunidade de baixa renda**, 1999. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

CÁRDENAS, A. M. C. **Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade de baixa renda:** estudo comparativo entre mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado, 2004. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos *campi* de São Paulo e Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CARVALHO, I. M. M. C.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-122, abr.-jun. 2003.

CESAR, J. A.; CAVALETI, M. A.; HOLTHAUSEN, R. S.; LIMA, L. G. S. Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1647-1654, nov.-dez. 2002.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 7, ed. especial, p. 42-49, jan. 2003-abr. 2004.

CIDADES BRASILEIRAS. **Tribunal Regional Eleitoral**. Disponível em: <<http://www.guiadoeleitor.com.br/cidades/75833.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2004.

COELHO, C. M. A.; ANDRADE, L. O. M. Impacto provocado pela implantação do Programa Saúde da Família sobre as ações dos agentes comunitários de saúde: o caso de Sobral/CE. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n.1, p. 159-173, jan.-mar. 2004.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2. ed. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1998. 117 p.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Programa de informação e apoio técnico às novas equipes gestoras estaduais do SUS de 2003. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003a. 604 p.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Programa de informação e apoio técnico às novas equipes gestoras estaduais do SUS de 2003. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003b. 248 p.

CORDEIRO, C. A. R. **A importância da orientação sexual na escola**, 1996. 70 f. Monografia (Especialização em Orientação Educacional) – Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Paraná, 1996.

COSTA, P. C. G. Escala de autoconceito no trabalho: construção e validação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 75-81, jan.-abr. 2002.

DALLA, M. D. B. Saúde e educação médica – voltando ao caminho pela Medicina de Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 17-23, abr. 2004.

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

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Social Science Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1383-1394, 1995.

ELKAN, R.; BLAIR, M.; ROBINSON, J.A. Evidence-based practice and health: the need for theoretical underpinnings for evaluations. **Journal of Advanced Nursing**, University of Nottingham, England, v. 31, n. 6, p. 1316-1323, jun. 2000.

EVERS, G. Comments on “The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients”. **International Journal of Nursing Studies**, v. 40, p. 521-523, 2003.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Multi-item scales. In: FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. New York: John Wiley, 2000. cap. 4, p. 72-90.

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

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Social Science Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1439-1446, 1995b.

FERNANDES, J. C. L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 134-139, jan.-abr. 1992.

FERNANDES, F.; LUFT, C. P.; GUIMARÃES, F. M. **Dicionário brasileiro Globo**. 52^a ed. São Paulo: Globo, 1999. n. p.

FERREIRA, C. A.; LOUREIRO, C. A.; ARAÚJO, V. E. Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p.445-452, 2004.

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

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. 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. 1999a.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, abr. 1999b.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FONSECA, C. D. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite**. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, n. 69, 2002. p. 5. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e meio urbano. A cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 75-86, 1991.

FRANKLIN, A. Iguatu – água grande, muita água, água boa. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, p. 22-29, nov. 1999.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Org.). Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e atividade física** - explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004. p. 3-25.

GRUPO WHOQOL. Organização Mundial da Saúde. Divisão de Saúde Mental. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**, 1998. Disponível em : <www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>. Acesso em: 12 mar. 2004.

GUTIERREZ, G. L. Aspectos organizacionais e lúdicos da qualidade de vida: abordagem multidisciplinar. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e atividade física**: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004. p. 165-183.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK D. L. Measuring Health-related Quality of Life. **Annals of Internal Medicine**, v. 118, n. 8, p. 622-629, apr. 1993.

HOLMES, S.; DICKERSON, J. The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. **International Journal of Nursing Studies**, v. 24, p. 25-33, 1987.

IGLESIAS, R. B. **Qualidade de vida de alunos-trabalhadores que cursam a graduação em enfermagem**, 2002. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

INFORMATIVO CONASEMS. **Escolaridade dos ACS por estado**. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/Escolaridade.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Síntese de indicadores sociais**. 2004. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2004/default.shtm>. Acesso em: 05 abr. 2005.

JACOB FILHO, W. Editorial. Envelhecimento e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 18, n. 1, p. III, jan.-mar. 2003.

KANTERS, M. A. Os benefícios de saúde dos parques e da recreação. **Illinois Periodicals Online (IPO) Project**. Disponível em: <<http://www.lib.niu.edu/ipo/ip960127.html>>. Acesso em: 02 mar. 2005.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n. 1, p. 121-128, jan.-mar. 2004.

LEAL, P. R. M. Grandes cidades, grandes desafios. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 6, p. 44-49, dez. 2002.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan.-fev. 2004.

LOPES, B. C.; CHAGAS, D. M. N. M.; TORRES, Z. F. Regulação profissional do agente comunitário de saúde: natureza do trabalho, qualificação e vínculo. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 6, p. 28-31, dez. 2002.

LORDELO, E. R. Interação social e responsividade em ambientes doméstico e de creche: cultura e desenvolvimento. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, p. 343-350, jul.-dez. 2002.

MALASCH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 397-442, 2001.

MARCIER, M. H. F. C. Para que a expansão do PSF seja consistente. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 6, p. 32-35, dez. 2002.

MARTÍN, M. A. C.; FERNÁNDEZ, F. B.; GÓMEZ, R. N.; MARTÍNEZ, F. C. Prevalência y factores asociados al burnout en un área de salud. **Atención Primaria**, v. 27, n. 5, p. 313-317, mar. 2001.

MARTÍNEZ, J. C. A. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout em personal sanitario. **Revista Española de Salud Pública**, v. 71, n. 3, p.293-303, may. – jun. 1997.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. R. D. O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 55-61, 2004.

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 – Área de Ergonomia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MATTOS, A. T. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 36-43, abr. 2004.

MCDAVID, J. W.; HARARI, H. **Psicologia e comportamento social**. Tradução Pe. Francisco da Rocha Guimarães. Rio de Janeiro: Interciência, 1980. 118 p.

MEEBERG, A.G. Quality of life: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 18, p.32-38, 1993.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social e mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993. cap. 1, p. 19-92.

_____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. cap. 1, p.17-55.

_____. A evolução histórica da atenção primária à saúde no Brasil. In: MENDES, E. V. . **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. cap. III, p. 23-29.

MICHAELIS, A. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998. 2.267 p.

MICHELONE, A. P. C.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p.875-883, dez. 2004.

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

MORAES, L. F. R.; FERREIRA, S. A. A.; ROCHA, D. B. **Trabalho e organização: influências na qualidade de vida e estresse na Polícia Militar do Estado de Minas Gerais**. Disponível em: <www.saudeetrabalho.com.br>. Acesso em 31 jun. 2004.

MORAES, L. F. R.; PEREIRA, L. Z.; SOUZA, K. O.; GUSMÃO, L. V. N. **Implicações do gênero na qualidade de vida e estresse no trabalho da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais**. Disponível em: <www.saudeetrabalho.com.br>. Acesso em: 31 jun. 2004.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 128 p.

MUNIZ, J. N. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na identificação de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde**. 2004. 148 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MURARO, R. M. Corpo e sexualidade. In: MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira – corpo e classe social no Brasil**. 4ªed. Petrópolis: Vozes, 1983. cap. 1, p. 19-25.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001. 238p.

NEGRI, B. Um ideal em construção. Editorial. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 6, p. 3. dez. 2002.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. 2003. 225 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

NUNES, C. A. Introdução. In: NUNES, C. A. **Desvendando a sexualidade**. Campinas: Papyrus, 1987. p. 13-32.

NUNES, M. O; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1639-1646, nov.-dez. 2002.

OLIVEIRA, S. L. Fazendo a ciência. In: OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 1997. cap. III, p.105-132.

OLIVEIRA, R. G.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 95-101, 2003.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Processo de trabalho da equipe da saúde da família. **Saúde da Família** - uma estratégia de mudanças do modelo de assistência à saúde. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 1998. p. 3.

PARREIRAS, P. C.; MARTINS JÚNIOR, T. A proposta político-pedagógica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n.1, p. 21-32, jan.-mar. 2004.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida no idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Práticas de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.

PELICIONI, M. C. F. **Qualidade de vida das mulheres trabalhadoras das creches conveniadas do bairro Bela Vista do município de São Paulo**. 1994. 275 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

POCHMANN, M.; AMORIM, R. Organizadores. **Atlas da exclusão social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003. 221 p.

PUSTAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1996. cap. 3. p. 17-21.

QUALITY OF LIFE RESEARCH UNIT. University of Toronto. Disponível em: <<http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>>. Acesso em: 26 fev. 2005.

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 & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr.-jun. 2004.

QUEIJO, A. F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.)**, 2002. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

REZENDE, C. B. Mágoas de amizade: um ensaio em antropologia das emoções. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 69-89, out. 2002.

RIBEIRO, L. L. S.; ANDRADE, L. O. M. A enfermagem e a construção de novos saberes e práticas a partir da estratégia Saúde da Família. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n.1, p. 101-111, jan.-mar. 2004.

ROCHA, L. E.; DEBERT-RIBEIRO, M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n. 6, p. 539-547, dez. 2001.

ROCHA, S. S. L. **Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem: percepção de enfermeiros docentes de uma universidade privada**, 2002. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RUFFINO-NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde em Debate**, n. 35, p. 63-67, jul. 1992.

SAUPE, R.; NIETCHE, E. A.; CESTAN, M. E.; GIORGI, M. D. M.; KRAHL, M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 636-642, 2004.

SAVONITTI, B. H. R. A. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados**. 2000. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SAXENA, S.; CARLSON, D.; BILLINGTON, R.; ORLEY, J. The WHO quality assessment instrument (WHOQOL-bref): the importance of its items for cross-cultural research. **Quality of Life Research**, v. 10, p. 711-721, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório sobre agentes comunitários de saúde**, dez. 2004.

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

SELLIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. cap. 12, p. 287-310.

SILVA, J. V. **Ser idoso e ter qualidade de vida: as representações de idosos residentes em cidades do sul de Minas Gerais**, 2003. 202 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 6, p. 36-43, dez. 2002.

SOBREQUÉS, J.; CEBRIÁ, J.; SEGURA, J.; RODRIGUEZ, C.; GARCIA, M.; JUNCOSA, S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. **Atención Primaria**, v. 31, n. 4, p. 227-233, mar. 2003.

SOARES, L. E. Novas políticas de segurança pública. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 46, p. 75-96, 2003.

SOUZA, H. M. Reforma da reforma. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 4, p. 2-3, jan. 2002a.

SOUZA, H. M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 6, p. 10-15, dez. 2002b.

STARFIELD, B. Responsabilidade na atenção primária. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. cap. III, p. 205-363.

SULMASY, D. P. A Biopsychosocial-Spiritual model for the care of patients at the end of life. **The Gerontologist**, v. 42, special issue III, p. 24-33, 2002.

SVITONE, E. C.; GARFIELD, R.; VASCONCELOS, M. I.; CRAVEIRO, V. A. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the *Agentes de Saúde* Program. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 7, n. 5, p. 293-302, may. 2000.

TAKAYANAGUI, A. M. M.; CARNEIRO, R. M. A.; QUINTINO, W. Patrimônio ambiental (físico e social) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: um novo objeto de trabalho para a enfermagem. In. Simpósio Internacional Inovação e Difusão do Conhecimento em Enfermagem, 2003, Ribeirão Preto-SP. **Livro de Resumos**. Ribeirão Preto: Maxicolor Gráfica e Editora Ltda, 2003. v. 1, p. 222.

TAMAKI, E. M. Qualidade de vida: individual ou coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 20, 2000.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 37-46, 2002.

TELES, A. X. **Psicologia moderna**. 23. ed. São Paulo: Ática, 1983. 239p.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 7, ed. especial, p. 10-23, jan. 2003-abr. 2004.

TENA, P. S.; SORIANO, J. S.; BERNAL, J. S.; MULET, E. M.; MUÑOZ C. R.; GARCÍA, M. G.; CEBRIÁ, J. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. **Medifam**, v. 12, n. 10, p. 613-619, dic. 2002.

TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of quality of life outcomes. **The New England Journal of Medicine**, v. 334, n. 13, p. 835-840, mar. 1996.

THE AUSTRALIAN CENTRE FOR POSTTRAUMATIC MENTAL HEALTH. The University of Melbourne. **Trauma related research, training and policy development**. 2003. Disponível em: <www.acpmh.unimelb.edu.au/whoqol/whoqol-bref_5.html>. Acesso em: 30 abr. 2005.

THE PARKS AND RECREATION FEDERATION OF ONTÁRIO. The benefits of parks and recreation: a catalogue 1992. **Lifestyle information network**. Disponível em: <<http://www.lin.ca/resource/html/bencat.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2005.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. **Social Science Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

_____. The world Health Organization Quality of Life Instruments Programme on Mental Health. **Measuring quality of life**. 1997. Disponível em: <www.who.int/mentol_health/media/en/68.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2004.

_____. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

VASCONCELOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. cap. 6, p.155-172.

VELARDE-JURADO, E.; AVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública do México**, México, v. 44, n. 4, p. 349-361, jul.-aug. 2002.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. (Org.). Qualidade de vida: concepções básicas voltadas à saúde. In: VILARTA, R.; GONÇALVES, A. (Org.). **Qualidade de vida e atividade física** - explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004. p. 27-62.

WAGNER, H. L.; WAGNER, A. B. P.; TALBOT, Y. Aplicação do pensamento sistêmico no trabalho em Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 29-35, abr. 2004.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? **Journal Clinical Epidemiology**, v.52, n. 4, p. 355-363, 1999.

WHOQOL. The World Health Organization Quality of Life Instruments. **Measuring Quality of Life**. Disponível em: < <http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/ql6.htm>>. Acesso em: 30 abr. 2005.

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da EERP-USP



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 055/2004

Ribeirão Preto, 22 de julho de 2004

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 64ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de julho de 2004.

Protocolo: nº 0459/2004

Projeto: Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde de um Município do Interior do Paraná

Pesquisadores: Ângela Maria Magosso Takayanagui
Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Ângela Maria Magosso Takayanagui
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Ficha de informações sobre o respondente



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
 DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL
 GRUPO WHOQOL
VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE

SEXO Masculino (1)
 Feminino (2)

IDADE (em anos completos) ____/____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
 d m a

NÍVEL EDUCACIONAL

Analfabeto	(1)
I grau incompleto	(2)
I grau completo	(3)
II grau incompleto	(4)
II grau completo	(5)
III grau incompleto	(6)
III grau completo	(7)
Pos-Graduação incompleto	(8)
Pos-Graduação completo	(9)

ESTADO CIVIL

Solteiro (a)	(1)
Casado (a)	(2)
Vivendo como casado (a)	(3)
Separado (a)	(4)
Divorciado (a)	(5)
Viúvo (a)	(6)

COMO ESTÁ A SUA SAÚDE

muito ruim (1) fraca (2) nem ruim nem boa (3) boa (4) muito boa (5)

FORMA DE ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Auto-administrado (1)
 Assistido pelo entrevistador (2)
 Administrado pelo entrevistador (3)

PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somente uma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

Nenhum problema	00	Problema nervoso crônico	
Problema de coração	01	ou emocional	10
Pressão alta	02	Problema crônico de pé	
Artrite ou reumatismo	03	(joanete, unha encravada)	11
Câncer	04	Hemorróidas ou sangramento	
Enfisema ou bronquite	05	no ânus	12
Diabetes	06	Doença de Parkinson	13
Catarata	07	Gravidez	14
Derrame	08	Depressão	15
Osso quebrado ou fraturado	09	Doença de pele	16
		Queimaduras	17
		Problema de álcool ou drogas	18
		Outros (especificar).....	

DIAGNÓSTICO (CID-10) (preenchido pelo entrevistador)

REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE

Sem tratamento (1)
 Ambulatório (2)
 Internação (3)

ANEXO C – Questionário *WHOQOL-bref*

WHOQOL - ABREVIADC

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre - RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO