

ARTIGO ORIGINAL

Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município do interior do Estado de São Paulo

Quality of life of community health workers of a municipality in the State of São Paulo

Luciano Garcia Lourenção¹; Carla Rainilda Back²; Claudinéia Brito dos Santos³; Cristiane Pereira de Sousa⁴

¹Enfermeiro, Professor Adjunto Doutor do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – DESC/FAMERP; ²Enfermeira, Responsável técnica da Estrutura de Saúde da Família I-Verde de Andradina/SP; ³Enfermeira do Hospital de Regional de Ilha Solteira/SP; ⁴Enfermeira, Auxiliar de Enfermagem da Equipe 3 da Unidade de Saúde da Família Jardim Aeroporto de Ilha Solteira/SP.

Resumo Objetivos: Avaliar a qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde de um município do interior do Estado de São Paulo. Método: Estudo transversal com 22 ACS. Os dados foram coletados no período de julho e agosto de 2009 com o WHOQOL-100. Os cálculos dos escores foram realizados conforme modelo disponibilizado pelo Grupo WHOQOL. Resultados: 27,30% profissionais consideraram a situação de saúde nem ruim, nem boa, 40,90% boa e 31,80%, muito boa; 54,50% dos profissionais não referiram problema de saúde. Os profissionais apresentaram-se satisfeitos com a qualidade de vida em geral. Os escores médios para os domínios variaram de 56,11 a 82,10. Os maiores escores foram para os domínios nível de independência e aspectos espirituais/religião. Conclusões: A avaliação da qualidade de vida mostrou que os profissionais apresentaram-se satisfeitos com a qualidade de vida, a vida e a saúde; apresentaram bom nível de independência e boa estrutura espiritual/religiosa. O menor escore obtido no domínio ambiente evidencia comprometimento na segurança física, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, recreação/lazer, ambiente físico e transporte.

Palavras-chave Qualidade de vida, Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Ambiente de Trabalho, Saúde da Família.

Abstract Objective: To evaluate the quality of life of community health workers of a municipality in the State of São Paulo. Methods: Cross-sectional study with 22 community health workers. Data were collected between July and August 2009 with the WHOQOL-100. The calculations were performed according to scores released by the statistical model WHOQOL Group. Results: It was observed that 27.30% of the professionals considered health situation neither bad nor good, 40.90% good, and 31.80% very good. Of these, 54.50% reported no health problem. In general, the professionals showed satisfaction with their quality of life. The mean scores for the domains ranged from 56.11 to 82.10. The following domains had the highest scores: independence and spiritual/religion levels. Conclusions: The assessment of quality of live showed that the professionals are satisfied with their quality of life; they are also satisfied with their life and health; they have a good level of independence, and good spiritual/religious structure. The lowest score obtained in the domain environment demonstrates commitment to physical security, home environment, financial resources, health care, and social opportunity to acquire new information and skills, recreation/leisure, physical environment, and transportation.

Keywords Quality of life, Family health program, Primary health care, Working environment, Family health.

Introdução

Sabe-se que a primeira etapa de implantação do Programa Saúde da Família iniciou-se em junho de 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.¹

O PACS e o PSF foram criados com o objetivo de contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. Os programas atacam de maneira objetiva e direta os problemas cruciais da saúde materno-infantil, e o agente comunitário de saúde (ACS) atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade.^{2,3,4}

Recebido em 11.10.2011

Aceito em 25.01.2012

Não há conflito de interesse

Embora o ACS represente um importante elo dos usuários com a equipe por ter um vínculo especial com a comunidade, devido à dinâmica e periodicidade das visitas domiciliares (VD), a regulamentação da profissão ocorreu somente em 2002 (Lei 10.501).⁵ De acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica/SPS do Ministério da Saúde, em outubro de 2002, estimava-se, no Brasil, a existência de 173.593 agentes comunitários em atuação, com maior concentração na Região Nordeste (75.138 ACS).⁴

Para realizarem as VD, os ACS enfrentam, muitas vezes, inúmeras barreiras que vão desde as geográficas até barreiras socioculturais. Precisam, assim, de grande motivação e comprometimento pessoal e profissional para executarem suas atividades. Dessa forma, estudos que focam o perfil e a qualidade de vida desses profissionais representam uma importante contribuição para a elaboração de propostas e ações que possam melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos mesmos, permitindo, a toda a equipe, consolidar as atividades do PSF na comunidade e, em âmbito geral, consolidar a implantação, a estruturação, o funcionamento e o sucesso do PSF no Brasil.

Para avaliar Qualidade de Vida (QV) desses profissionais é importante, antes de tudo, entender sua conceituação. Entretanto, sabe-se que o termo qualidade de vida é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista o seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Ter qualidade de vida depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. Assim, há uma conotação diferente de qualidade de vida para cada indivíduo, que é decorrente da inserção destes na sociedade. Não é possível padronizar qualidade de vida, pois ela tem conotação individual, dependendo dos objetivos, das metas traçadas e das pretensões de cada um.⁶ Não deve ser medida apenas pelo prolongamento da existência, pois influem diversos fatores, tais como saúde, moradia, trabalho, lazer e satisfação, além de outros.⁷ Nesse aspecto, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças.⁸

Ante o exposto, este estudo avaliou a qualidade de vida de agentes comunitários de saúde inseridos nas Unidades de Saúde da Família do município de Ilha Solteira, interior do Estado de São Paulo, nos domínios: físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso), psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos), nível de independência (mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho), relações sociais (relações pessoais, suporte social, atividade sexual), ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades e participação em atividades de recreação/lazer, ambiente físico, aspectos espirituais (religião e crenças pessoais)).

Casística e Método

Realizou-se um estudo transversal, descritivo, de base populacional, entre os Agentes Comunitários de Saúde inseridos nas Unidades de Saúde da Família do município de Ilha Solteira/SP.

Os sujeitos deste estudo foram todos os Agentes Comunitários de Saúde inseridos nas Unidades de Saúde da Família no município que consentiram participar da pesquisa, depois de informados sobre seus objetivos e finalidade, totalizando uma população de 22 ACS.

Para a coleta dos dados foi utilizado o WHOQOL-100, instrumento da Organização Mundial de Saúde que avalia Qualidade de vida. Precedendo às questões do Whoqol, foram coletados alguns dados pessoais como idade, sexo, estado civil, dados de escolaridade e classe sócio-econômica para elaboração do perfil dos ACS.

Respeitando os preceitos Éticos de Pesquisas envolvendo seres humanos, este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, sob Protocolo N.º 3827/2009 e aprovado em 13 de julho de 2009 com o Parecer N.º 229/2009.

Os dados foram coletados nos meses de julho e agosto de 2009. Os dados do estudo foram armazenados numa planilha, utilizando o programa Excel. A análise dos dados foi realizada com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

Os dados sociodemográficos foram utilizados para caracterizar a população do estudo. A confiabilidade do WHOQOL-100 foi testada através da análise da consistência interna das questões por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach, cujos valores maiores ou iguais a 0,70 foram considerados satisfatórios.⁹

Os cálculos dos escores foram realizados conforme modelo estatístico disponibilizado pelo Grupo WHOQOL que calcula os escores e determina os escores transformados 4-20 para cada faceta e cada domínio do questionário WHOQOL-100.

Resultados

Características sócio-demográficas

Não houve recusa dos profissionais em participar do estudo. Participaram do estudo 22 Agentes Comunitários de Saúde das 5 Equipes de Saúde da Família do Município, sendo que 21 (95,50%) eram do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 12 (54,40%) profissionais eram solteiros, 8 (36,40%) casados ou vivendo como casados e 2 (9,10%), divorciados. O tempo de atuação como ACS variou de 56 a 76 meses, sendo que 12 (54,50%) profissionais exercem a profissão há 76 meses, ou seja, 6 anos e 4 meses. Quanto à escolaridade, observou-se que 15 (68,20%) dos ACS tinham segundo grau completo e 6 (27,30%) profissionais possuíam nível superior completo. Entre os profissionais estudados, 6 (27,30%) consideraram a situação de saúde como nem ruim, nem boa, enquanto que 9 (40,90%) a consideraram boa e 7 (31,80%), muito boa. Quanto aos problemas de saúde, observou-se que 12 (54,50%) profissionais não referiram apresentar problema de saúde no momento. Os problemas de saúde referidos pelos demais profissionais foram: hipertensão arterial (2 ACS – 9,10%) e artrite/reumatismo,

diabetes, problemas crônicos no pé (joanete, unha encravada), depressão, doenças de pele, queimaduras, sinusite/rinite e menopausa (1 ACS - 4,55%).

Avaliação da qualidade de vida

O WHOQOL-100 foi submetido à avaliação de confiabilidade por meio da consistência interna, sendo considerados satisfatórios os valores maiores ou iguais a 0,7. A consistência interna do WHOQOL-100 foi avaliada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach para as 24 facetas do instrumento, para a qualidade de vida geral (faceta 25), para todos os domínios e para cada domínio, e está apresentada na Tabela 1. A análise de Alfa para as 24 facetas, para os domínios e para qualidade de vida geral (faceta 25) aponta valores que indicam boa consistência do instrumento (iguais ou superiores a 0,77).

Tabela 1: Valores obtidos para o Coeficiente Alfa de Cronbach para o WHOQOL-100 aplicado aos ACS. Ilha Solteira, 2009.

WHOQOL-100	ALFA DE CRONBACH
24 facetas	0,78
QV geral (faceta 25)	0,84
Domínios	0,84
Domínio físico	0,83
Domínio psicológico	0,77
Domínio nível de independência	0,78
Domínio relações sociais	0,80
Domínio ambiente	0,81
Domínio aspectos espirituais/religião	1,00

* QV: qualidade de vida

Qualidade de vida geral

Os resultados da avaliação da qualidade de vida geral são apresentados pela distribuição da frequência de respostas e os escores médios com o respectivo desvio-padrão para cada uma das quatro questões sobre qualidade de vida geral. A Tabela 2 mostra a distribuição das frequências de respostas e os escores médios para essas questões.

Observa-se que o número de profissionais muito insatisfeitos ou insatisfeitos é bem pequeno. Os profissionais estudados apresentaram-se satisfeitos com a qualidade de vida em geral.

Domínios e Facetas do Whoqol-100

Os valores médios obtidos para os seis domínios do WHOQOL estão apresentados na Tabela 3, juntamente com os desvios-padrão. Os escores médios para os domínios variaram de 56,11 a 82,10. Observa-se que os maiores escores foram dos domínios nível de independência e aspectos espirituais/religião, ou seja, nesses domínios os ACS apresentaram melhor qualidade de vida. Por outro lado, o domínio ambiente obteve menor escore, indicando qualidade de vida inferior para os profissionais neste domínio.

Tabela 2: Distribuição das frequências de respostas e os escores médios para as questões gerais de qualidade de vida. Ilha Solteira, 2009.

Questão	Opções de resposta	N	%
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1-muito ruim	-	-
	2-ruim	-	-
	3-nem ruim nem boa	8	36,40
	4-boa	11	50,00
	5-muito boa	3	13,60
	Média	3,77	
	Desvio-padrão	0,68	
Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?	1-muito insatisfeito	-	-
	2-insatisfeito	1	4,50
	3-nem satisfeito nem insatisfeito	11	50,00
	4-satisfeito	7	31,80
	5-muito satisfeito	3	13,60
	Média	3,55	
	Desvio-padrão	0,80	
Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?	1-muito insatisfeito	-	-
	2-insatisfeito	-	-
	3-nem satisfeito nem insatisfeito	10	45,50
	4-satisfeito	8	36,40
	5-muito satisfeito	4	18,20
	Média	3,73	
	Desvio-padrão	0,76	
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1-muito insatisfeito	-	-
	2-insatisfeito	1	4,50
	3-nem satisfeito nem insatisfeito	9	40,90
	4-satisfeito	10	45,50
	5-muito satisfeito	2	9,10
	Média	3,59	
	Desvio-padrão	0,73	

Tabela 3: Distribuição dos escores médios e respectivos desvios-padrão dos domínios do WHOQOL-100. Ilha Solteira, 2009.

DOMÍNIO	ESCORE MÉDIO	DESVIO-PADRÃO	r	p
Físico	56,63	13,78	-0,08	< 0,01
Psicológico	66,19	11,06	-0,72	< 0,01
Nível de independência	78,05	11,13	-0,66	< 0,01
Relações sociais	72,73	10,77	0,05	< 0,01
Ambiente	56,11	11,32	0,69	< 0,01
Aspectos espirituais / religião	82,10	11,62	-0,91	< 0,01

Correlação significativa ao nível 0,01.

Os valores médios e respectivos desvios-padrão para cada uma das facetas que compõem os domínios do Whoqol-100 são apresentados na Tabela 4, que também mostra os valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) entre cada uma das facetas e o escore médio do domínio.

No domínio físico, os ACS apresentaram melhor qualidade de vida para energia e fadiga, e sono e repouso (58,52). Os menores escores de qualidade de vida foram para a faceta dor e desconforto (47,16), evidenciando menor qualidade de vida dos ACS nesta faceta. Quanto à correlação entre cada questão e o escore médio obtido no domínio físico, os dados revelam que as facetas de energia e fadiga, e sono e repouso apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio deste domínio. A faceta dor e desconforto apresentou correlação negativa e estatisticamente significativa.

No domínio psicológico, destaca-se que o menor escore encontrado foi para sentimentos negativos (37,78), evidenciando dificuldades de enfrentamento e/ou adaptação aos fatores estressores/desgastantes da profissão. A faceta de sentimentos negativos apresentou correlação negativa e as demais apresentaram correlação positiva. A faceta pensar, aprender, memória e concentração apresentou correlação menor e estatisticamente não significativa com o escore médio do domínio psicológico e as demais facetas tiveram correlação maior e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio. No domínio nível de independência, observou-se que os maiores escores de qualidade de vida encontrados foram nas facetas mobilidade (78,12) e capacidade de trabalho (78,41). O menor escore observado foi para dependência de medicação ou de tratamento (15,91), mostrando um grande e importante comprometimento da qualidade de vida dos ACS nesta faceta. A menor correlação observada entre cada questão e o escore médio obtido no domínio foi na faceta de dependência de medicação ou de tratamento que apresentou correlação negativa e estatisticamente significativa. As demais facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa.

Quanto ao domínio relações sociais, o estudo evidenciou que o maior escore foi da faceta relações pessoais (78,41) e o menor escore o da faceta suporte social (65,06). Todas as facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio relações sociais.

Analisando os escores para qualidade de vida do domínio ambiente, observou-se que os ACS apresentaram melhor qualidade de vida na faceta transporte (escore 72,73). Houve baixo escore dos ACS na faceta recursos financeiros (46,59) e na faceta segurança física e proteção (48,29), índices que apontam importante déficit na qualidade de vida desses profissionais nessas facetas. Todas as facetas apresentaram correlação positiva e, com exceção da faceta oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, todas foram estatisticamente significativa com o escore médio do domínio. No domínio aspectos espirituais, religião, crenças pessoais, os ACS apresentaram escore de 82,10, apontando um ótimo nível de qualidade de vida nesta faceta.

Tabela 4: Escores médios e respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio dos domínios do WHOQOL-100. Ilha Solteira, 2009.

DOMÍNIO	FACETAS	ESCORE MÉDIO	DESVIO-PADRÃO	r	p
Físico	Dor e desconforto	47,16	14,27	-0,77	< 0,01
	Energia e fadiga	58,52	14,63	0,66	< 0,01
	Sono e repouso	58,52	25,04	0,82	< 0,01
Psicológico	Sentimentos positivos	70,45	10,06	0,75	< 0,01
	Pensar, aprender, memória e concentração	63,07	13,90	0,58	> 0,01
	Autoestima	71,02	10,12	0,80	< 0,01
	Imagem corporal e aparência	64,20	20,06	0,76	< 0,01
	Sentimentos negativos	37,78	18,45	-0,87	< 0,01
Nível de independência	Mobilidade	78,12	23,36	0,80	< 0,01
	Atividade da vida cotidiana	71,59	11,69	0,57	< 0,01
	Dependência de medicação ou de tratamento	15,91	18,17	-0,64	< 0,01
	Capacidade de trabalho	78,41	11,85	0,62	< 0,01
Relações Sociais	Relações pessoais	78,41	9,59	0,75	< 0,01
	Suporte social	65,06	15,75	0,75	< 0,01
	Atividade sexual	74,72	17,94	0,74	< 0,01
Ambiente	Segurança física e proteção	48,29	10,60	0,75	< 0,01
	Ambiente no lar	64,20	17,49	0,87	< 0,01
	Recursos financeiros	46,59	12,61	0,58	< 0,01
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	56,25	13,77	0,77	< 0,01
	Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades	52,56	18,46	0,52*	> 0,01
	Participação em/e oportunidades de recreação/lazer	50,28	16,42	0,55	< 0,01
	Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima	57,95	16,27	0,55	< 0,01
	Transporte	72,73	22,78	0,78	< 0,01
	Aspectos espirituais, religião, crenças pessoais	Espiritualidade, religião, crenças pessoais	82,10	11,62	1,000

Correlação significativa ao nível 0,01. * Correlação significativa ao nível 0,05.

Discussão

As questões referentes ao mundo do trabalho e suas repercussões na saúde dos indivíduos, especialmente os aspectos referentes à saúde dos trabalhadores na área da saúde, têm sido foco de uma série de estudos com esses profissionais. Mais recentemente, alguns autores têm demonstrado tal preocupação com as condições de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde, visto ser esta uma profissão nova, cuja regulamentação ocorreu somente em 2002, com a Lei 10.501.⁵ Entretanto, ainda são poucos os estudos que abordam a qualidade de vida desses profissionais.

Partindo do pressuposto que o processo de trabalho dos ACS se assemelha ao trabalho de outros profissionais da área da saúde, estudos com trabalhadores da área da saúde encontrados na literatura foram utilizados para discussão dos resultados deste estudo, considerando as variáveis abordadas, como segue:

Características sociodemográficas

O presente estudo encontrou uma prevalência de profissionais do gênero feminino entre os ACS. O predomínio absoluto de

mulheres jovens observado corrobora com diversos estudos a respeito do universo do ACS.¹⁰⁻¹⁹ Alguns autores atribuem o progressivo aumento de mulheres que atuam como ACS ao fato de elas desempenharem, instintivamente, o papel cuidador na sociedade^{10,12}, tendência esta já observada nos primórdios do PACS, no Ceará, no início da década de 90, quando 95% das contratações foram de mulheres.¹⁹ Soma-se a isto o fato de que a profissão de ACS significa, muitas vezes, uma oportunidade para ingressarem no mercado de trabalho, possibilitando um incremento salarial.¹⁵

Ao contrário dos achados de Ferraz e Aerts¹², Gessner¹³ e Kluthcovsky¹⁴, observou-se expressiva proporção de ACS solteiros, o que está de acordo com as atuais transformações sociais, que apontam para famílias monoparentais chefiadas por mulheres.²⁰

O tempo de atuação como ACS superior a 6 anos, apresentado por mais de 50% dos profissionais deste estudo é condição relevante, pois existe uma relação direta entre a idade, o tempo de moradia do ACS com a qualidade de seu trabalho no que se refere ao respeito da comunidade pelos mesmos, aderência às atividades propostas e diminuição de conflitos e agravos de saúde entre eles.¹²

A constatação de que a maioria dos ACS possuía segundo grau completo e 27,30% nível superior de escolaridade está além dos pré-requisitos estabelecidos pela Lei nº 11350/2006 sobre as atividades de ACS. Destaca-se que, quanto maior o nível de escolaridade, mais condições terá o ACS de incorporar novos conceitos e orientar as famílias sob sua responsabilidade.^{12,21} Para Oliveira *et al.*²², o aumento do nível de escolaridade induz à simultaneidade entre as atividades escolares, as do mercado de trabalho e ao processo de formação de família, podendo este evidenciar diferenças significativas de gênero.

Avaliação da qualidade de vida

A maioria dos participantes relatou não ter nenhum problema de saúde. Sabidamente, os problemas de saúde costumam interferir na QV de modo negativo e intenso em inúmeras dimensões dos seres humanos, particularmente no que diz respeito à funcionalidade social, no relacionamento interpessoal e na execução de atividades cotidianas. Contudo, as diferentes características individuais e estilos de vida fazem com que este impacto seja variado e difícil de ser analisado.²³

O WHOQOL-100 mostrou-se um instrumento adequado para avaliação da qualidade de vida ACS. Os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach apresentados na Tabela 4 mostram que o questionário WHOQOL-100 aplicado para avaliação da qualidade de vida desses profissionais apresentou um grau de consistência interna satisfatório neste estudo, com valores iguais ou superiores a 0,77.

Qualidade de vida geral

Quanto às questões gerais sobre qualidade de vida (qualidade de vida geral, satisfação com a qualidade de vida e satisfação com a vida), observou-se que as frequências das respostas positivas foram maiores ou muito próximas das respostas

negativas, em ambas as questões. Apenas na questão 2 (*Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?*), foi observado um índice de 50% de profissionais nem satisfeitos, nem insatisfeitos com a qualidade de vida. Esses resultados mostram que os profissionais estudados apresentam-se satisfeitos com a qualidade de vida, com a vida e com a saúde. Entretanto, de acordo com Kluthcovsky¹⁴, estes resultados podem ser vieses inerentes aos estudos transversais, já que proporcionam apenas um panorama instantâneo da situação investigada, selecionando “trabalhadores sadios” em atividade, em detrimento daqueles que, justamente por não estarem “sadios”, estariam afastados ou demitidos.

Domínios e Facetas do Whoqol-100

A média dos escores acima de 50 pontos e a ordem decrescente dos domínios pertencentes ao WHOQOL-100 encontrados (Aspectos espirituais/religião – 82,10; Nível de independência – 78,05; Relações Sociais – 72,73; Psicológico – 66,19; Físico – 56,63 e Ambiente – 56,11) são resultados semelhantes dos estudos de Kluthcovsky¹⁴ e Gessner¹³, à exceção dos mesmos terem observado que o domínio de maior média foi o das Relações Sociais, o que fortalece a proposta deste trabalho e a necessidade de se avaliar a QV dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) por regiões, considerando as discrepantes realidades sociais encontradas no Brasil.

Ao contrário dos achados deste estudo, Bernardes²⁴ verificou que o domínio físico apresentou maior escore entre agentes comunitários de saúde (73,8) em um município do oeste do Estado de São Paulo. Resultado semelhante ao de Bernardes foi encontrado por Vasconcellos *et al.*²⁵ entre agentes comunitários de saúde no Estado de Minas Gerais (escore 82,8). O domínio físico tem relação com algumas necessidades humanas básicas quando relaciona dor física, energia para o dia a dia, sono e desempenho de atividades diárias, para as quais os profissionais deste estudo apresentaram menor qualidade de vida, evidenciando que os agravos físicos estão interferindo na qualidade de vida destes profissionais.

Estudando residentes em medicina, Ratanawongsa *et al.*²⁶ verificaram que o bem-estar interfere nas relações com os pacientes, nas interações com os colegas, no desempenho e na motivação. Segundo os autores, ações que promovam maior bem-estar podem melhorar o desempenho profissional.

As facetas energia e fadiga, e sono e repouso, que compõem o domínio físico apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com seu escore médio, sendo as maiores correlações as questões relacionadas ao sono e repouso. A faceta de dor e desconforto apresentou correlação negativa e foi estatisticamente significante. Contudo, a ausência significativa de queixas relacionadas a condições dolorosas que necessitassem de tratamento e que causassem falta de energia ou limitação da mobilidade, sono/repouso e diminuição da capacidade do exercício da profissão ou na realização das atividades cotidianas, condiz com o estudo de Kluthcovsky¹⁴ e são de alta relevância, pois a profissão de ACS está diretamente relacionada com sua própria capacidade e aptidão física. Segundo Selligmann-Silva²⁷, a fadiga pode aparecer em

decorrência de situações da vida ou do trabalho ao longo dos meses ou anos e se caracteriza por cansaço constante que pode ser físico ou mental; pela má qualidade do sono, quando a pessoa desperta frequentemente e pode ter insônia; pela irritabilidade que pode resultar em conflitos em casa ou no trabalho e pelo desânimo, podendo desencadear um sentimento de desinteresse pela vida social e profissional.

Os baixos escores encontrados para a faceta sentimentos negativos do domínio psicológico evidenciam que os ACS apresentam dificuldades de enfrentamento e/ou adaptação aos fatores estressores/desgastantes da profissão, necessitando de um suporte emocional para melhorar suas atividades, o rendimento e a qualidade de vida.

Sabe-se que o profissional da saúde, assim como em qualquer atividade ocupacional, enfrenta regularmente situações estressantes e gratificantes, sendo o resultado final desta exposição constante fruto da interação entre os mesmos e as características específicas da natureza e da organização do trabalho no qual estão inseridos, além das próprias expectativas pessoais.²⁸ Segundo Diniz e Schor²⁹, existem situações capazes de gerar altas taxas de estresse psicológico nos profissionais da saúde, tais como o contato íntimo com pessoas doentes.

O estresse é reconhecido como “o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático”^{30,31} que pode se manifestar por sintomas físicos e ou psicológicos e é capaz de desencadear depressão, insônia, úlcera, hipertensão, herpes, tensão muscular e outras doenças. Camelo e Angerami³⁰ afirmaram que os ACS e os enfermeiros encontram-se em constante situação de alto risco para desenvolverem estresse ocupacional, já que são, de forma geral, o primeiro contato entre a população e a unidade de saúde.

Entretanto, para Reis¹⁶, o mal-estar sentido pelos ACS em relação à equipe tem, ainda, como fonte, a falta de reconhecimento pelo trabalho que desempenham com dedicação e esforço, o que afeta diretamente a saúde dos mesmos. Para o autor, não é o trabalho em si que gera sofrimento e adoecimento em um trabalhador, mas sim as condições em que esse trabalho acontece.

No domínio nível de independência, os resultados encontrados entre os profissionais deste estudo apontam péssimos níveis de qualidade de vida para dependência de medicação ou de tratamentos (15,91), mostrando um grande e importante comprometimento da qualidade de vida dos ACS nesta faceta. Esses resultados são extremamente preocupantes na avaliação das condições de trabalho e qualidade de vida dos ACS, e condizem com a literatura que mostra que o processo de trabalhado prejudicado na área da saúde traz uma série de fatores que podem desencadear expressões psicopatológicas, entre as quais a adição a drogas.³³

Contrariando os resultados de Gessner¹³ e Kluthcovsky¹⁴, observou-se que o domínio das relações sociais, que avalia a atividade sexual, as relações pessoais e o suporte/apoio social, obteve a segunda maior média com correlação positiva e estatisticamente significativa com a pontuação média do mesmo para todas as facetas que o compõem, sendo as duas últimas questões a que apresentaram maior correlação.

Para os ACS, a essência da sua função está nas relações e nos vínculos estabelecidos tanto na comunidade quanto na equipe. Seu papel como mediador é unânime e reconhecido como elemento fundamental para que as propostas da ESF sejam concretizadas. Portanto, suas ações dependem da boa relação entre as pessoas, pois vivem e trabalham com gente.

Quando isto ocorre de forma harmoniosa, gera-se um melhor rendimento profissional e um aumento na satisfação pessoal. Notório se faz ainda a ambivalência do achado de Cambuy¹¹ que afirmou o papel de super-herói atribuído ao ACS, visto como aquele que está sempre disposto a ajudar, inclusive fora do horário de trabalho, mas que é potencial gerador de grande expectativa tanto por parte dos mesmos, como também da própria comunidade. Este fato enfatiza como o ACS é fundamental não só na assistência à saúde, mas também na assistência social.

Por outro lado, Nogueira *et al.*¹⁵ identificaram como pontos conflituosos na atividade do ACS os fatores relacionados ao progresso tecnológico, cada vez mais marcante na assistência à saúde, por implicar muitas vezes no distanciamento interpessoal, desfigurando a essência desta função.

Para Silva e Dalmaso³⁴, o conflito aparece freqüentemente durante a prática cotidiana que coloca as contradições sociais e os problemas que escapam à dimensão estrita da saúde. As dificuldades iniciais de obter a confiança das famílias, inclusive pela demora da identificação, dificuldades relacionadas à rejeição, agressão dos candidatos não selecionados e a pressão das organizações locais sobre seu trabalho são muitas vezes resultados da aproximação com a comunidade onde as expectativas, os julgamentos específicos e a definição de papéis são muito particulares.^{4, 35, 36}

Soma-se a isso o fato de que o contato freqüente com a comunidade usuária da Unidade de Saúde da Família é capaz de resultar numa espécie de cumplicidade, através da qual, muitas vezes, os usuários revelam não só os aspectos de sua condição de saúde, mas também informações sigilosas capazes de por em risco suas próprias vidas.³⁷

Um dos aspectos mais marcantes da importância do aspecto relacional do ACS se revela no momento em que o agente indica a necessidade de aproximação com as pessoas a fim de expor suas estratégias para melhor alcançar os seus objetivos em relação à educação em saúde e à proposição de mudanças de hábitos de vida e comportamentais das pessoas que lhe são designadas. Dentre as dificuldades enfrentadas pelos ACS nestas circunstâncias, destacam-se a falta de concretização de propostas coletivas, as ações isoladas e, principalmente, o constrangimento ao tematizar questões diretamente relacionadas à situação da comunidade, como as condições do domicílio, acúmulo de lixo e falta de saneamento, o que pode gerar resistências e até atos de hostilidade da população em relação à equipe de saúde.^{4, 11, 36}

No domínio psicológico, as questões que apresentaram maior correlação dizem respeito à auto-estima dos indivíduos e aos sentimentos negativos. Isto demonstra que, apesar da existência desses pensamentos, os ACS estão satisfeitos consigo mesmos. Vale ressaltar ainda os bons resultados obtidos na faceta espiritualidade e também a boa avaliação da imagem corporal.

Alguns aspectos capazes de influenciar negativamente a esfera psicológica dos ACS residem no fato de os mesmos integrarem uma equipe de profissionais com maior nível educacional, hierárquico, salarial, maior prestígio social e maior liberdade de ações técnicas dentro do contexto assistencial à saúde, criando um ambiente propício para a degradação de sua autoestima.⁴ Dentro deste contexto, Reis¹⁶ identificou ainda que a exigência da produção, as prioridades impostas e a desvalorização pelos próprios profissionais da ESF têm causado sofrimento e adoecimento nos ACS.

Embora a literatura aponte que os ACS tenham clareza de que se situam como um elo entre os serviços de saúde e a comunidade, Cambuy¹¹ e Silva¹⁹ constataram que o ACS pende mais para um dos pólos, a saber: institucional ou comunitário. Mesmo assim, o ACS considera o seu trabalho gratificante, quer pela possibilidade de ser útil, quer pelo apoio a uma população carente, mesmo sendo isto motivo para um maior envolvimento e desgaste emocional.

Talvez por estarem submetidos às mesmas condições de vida da população, os ACS consigam ter um nível de sensibilidade em relação às demandas que lhes chegam, diferente dos demais membros da equipe. Entretanto, devem atender as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde e se comprometerem com a produção, o que pode ser outro fator de estresse e conflito pessoal.

No domínio ambiente, com exceção da faceta oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, todas as demais facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com a pontuação média do mesmo, tendo destaque às questões relacionadas ao transporte e ao ambiente do lar, achados semelhantes aos de Kluthcovsky.¹⁴

Neste estudo, a maioria dos entrevistados relatou sentir-se seguro fisicamente, o que pode advir da realidade do município, já que é um município que apresenta menores índices de violência em relação a outras cidades do Estado de São Paulo.³⁸ Por fim, a grande maioria dos ACS relatou não estar satisfeito com a sua situação financeira que, de maneira geral, assemelha-se à renda familiar da comunidade na qual estão inseridos. A insatisfação salarial e condições trabalhistas são pontos relativamente comuns em estudos prévios.^{11, 14, 36, 37} Portanto, a menor pontuação média obtida para este domínio torna-se bastante lógica e está ainda de acordo com outros estudos.^{13, 14} No domínio aspectos espirituais, religião, crenças pessoais, os ACS apresentaram escore de qualidade de vida satisfatório, superior a 82,0.

Costa *et al.*³⁹ também observaram grande satisfação com os aspectos espirituais entre acadêmicos de psicologia. Em seu estudo, 51% dos acadêmicos afirmaram estar extremamente satisfeitos com o aspecto espiritual.

Bernhoeft⁴⁰ refere que *a descoberta espiritual é de suma importância para localizar um sentido para a própria vida*. O autor ainda refere que existe o risco das pessoas chegarem à meia idade com profundas crises existenciais, em virtude de dificuldades encontradas para desenvolver o lado espiritual de suas vidas.

Conclusões

O presente estudo permitiu o conhecimento sobre aspectos sociodemográficos dos Agentes Comunitários de Saúde de Ilha Solteira/SP, que se caracterizavam por se constituírem, na grande maioria, de mulheres adultas e jovens, sem companheiro, com renda familiar baixa, escolaridade média e um longo tempo de atuação profissional na Unidade de Saúde da Família em que estão inseridos.

Em relação à qualidade de vida, o instrumento WHOQOL-100 evidenciou uma avaliação positiva para os domínios aspectos espirituais/religião, nível de independência e relações sociais e uma avaliação negativa para o domínio ambiente.

Os resultados obtidos permitem inferir que a Qualidade de Vida não deve ser estudada de maneira fragmentada e que devem ser considerados inúmeros aspectos a ela relacionados, tanto na esfera objetiva quanto na subjetiva.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência. Departamento de Assistência e Promoção da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família no Brasil. Linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002. Desenvolvimento de Recursos Humanos*. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.
2. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. *Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
3. Cunha J. *Estatísticas não perfilam desassistidos*. Jornal da Cidade, Bauru, 9 set. 2001, Jornal da Cidade nos Bairros, p. 2.
4. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. *O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico*. Cad Saúde Pública 2002; 18:1639-46.
5. Ministério da Saúde. *Lei no 10.507, de 10 de julho de 2002*. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Seidl EMF, Zannon CMLC. *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar-abr, 2004.
7. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):7-18, 2000.
8. Bowling A, Brazier J. *Quality of life in social science and medicine – Introduction*. Soc Sci Med 1995; 41:1337-8.

9. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34-42.
10. BEZERRA, AFB et al. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.5, p. 809-15, 2005.
11. Cambuy K. Vivências de trabalho de agentes comunitários de saúde de Campinas. 2005. 306f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)-Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2005.
12. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.2, p.347-355,
13. Gessner CLS. Qualidade de vida das equipes de Saúde da Família do município de Timbó-SC. 2006. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 17-28, jan./mar. 2008
14. Kluthcovsky ACGC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná. 2005. 127f. Dissertação (Mestrado de
15. Nogueira RP et al. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o Agente Comunitário da Saúde. Texto para discussão nº 735. Rio de Janeiro, 2000.
16. Reis LB. Uma análise de dimensão ético-política do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória. 2005. 224f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.
17. Santos LPGS. A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
18. Seabra DC. O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional. 2006. 133f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
19. Silva JA. O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: Agente institucional ou agente comunidade? 2001. 231f. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.
20. Borges A. Impactos do desemprego e da precarização sobre as famílias metropolitanas. *Rev. Bras. Est. Pop.*, v.23, n.1, p.109-127, jan./jun, 2006.
21. Fernandes JCL. Agentes de saúde em comunidades urbanas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 134 -139, 1992.
22. Oliveira EL et al. Transições dos jovens para o mercado de trabalho, primeiro filho e saída da escola: o caso brasileiro. *Rev. Bras. Est. Pop.*, v.23, n.1 p.109-127, jan./jun. 2006.
23. Berber JSS et al. Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*, v. 45, n. 2, p. 47-54, mar./abr., 2005.
24. Bernardes KAG. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do Estado de São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
25. Vasconcellos NPC, Costa-Val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. *Rev APS*. 2008;11(1):17-28.
26. Ratanawongsa N, Wright SM, Carrese JA. Well-being in residency: effects on relationships with patients, interactions with colleagues, performance, and motivation. *Patient Educ Couns*. 2008 Aug;72(2):194-200.
27. Selligmann-Silva E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: Mendes R. *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995. p.287-310.
28. Custódio LC. et al. Avaliação do estresse ocupacional em Agentes Comunitários de Saúde da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v.14, n.3, p.549-553, jul./set. 2006.
29. Diniz DP, Schor N. Qualidade de vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - UNIFESP – Escola Paulista de Medicina, 1 ed. São Paulo: Manole, 2006.
30. Camello SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, v.12, abr./jun. 2005.
31. Selye H. A Syndrome produced by diverse nervous agents. *Nature*, n. 148, 1936.
32. Maciel ES. Qualidade de vida: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida [dissertação]. Piracicaba: Universidade de São Paulo, Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz; 2006.
33. Tokarz JP, Bremer W, Peters K. Beyond survival: the challenge of the impaired student and resident physician. Chicago: American Medical Association; 1979.
34. Silva JÁ, Dalmaso ASW. O agente comunitário de

saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.6, n.10, p. 75-96, fev. 2002.

35. Levy FM et al. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 197-203, jan./fev. 2004.

36. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.35, n.3, p. 303-11, jun. 2001.

37. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1328-1333, set./out. 2004.

38. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso: 25.julho.2011.

39. Costa CC, Bastiani M, Geyer JG, Calvetti PU, Muller MC, Moraes MLA. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. *Psicol Estud*. 2008 abr-jun;13(2):249-55.

40. Bernhoeft R. *Empresa Familiar: sucessão profissionalizada ou sobrevivência comprometida*. 2. ed. São Paulo: Nobel, 1991.

Correspondência:

Luciano Garcia Lourenção

Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva FAMERP

Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Vila São Pedro

15.090-000 - São José do Rio Preto, SP

Tel.: (17)3201-5718

e-mail: lucianogarcia.famerp@hotmail.com
