

Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde

Life quality of community health agents

Claudio Henrique Meira Mascarenhas¹; Marcos Henrique Fernandes²; Fabio Ornellas Prado³; Livia Lessa de Oliveira⁴; Rainna Fontes Gonçalves Costa⁵; Damiana Catiúscia Lima Santos⁶

¹Fisioterapeuta. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Professor do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

²Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Professor do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Professor do PPGES da UESB.

³Odontólogo. Doutor em Estomatopatologia pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP. Professor do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Professor do PPGES da UESB.

⁴Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

⁵Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

⁶Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Resumo **Introdução:** O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um importante articulador entre a comunidade e o sistema de saúde. No entanto, esses profissionais vêm suportando cargas de trabalho cada vez maiores, alto grau de frustração e descontentamento em relação à responsabilidade e exercício profissional, exposição a fatores de risco pertinentes ao ambiente, baixa remuneração, dificuldades de relacionamento interpessoal, dentre outros aspectos ocupacionais, o que pode gerar agravos a sua saúde e prejuízos em sua qualidade de vida (QV). **Objetivo:** Avaliar a QV dos ACS do município de Jequié/BA. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, tipo censo, do qual participaram 316 ACS. Os instrumentos utilizados foram o WHOQOL-Bref, e um questionário contendo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Os dados foram submetidos à estatística descritiva, com determinação de médias, frequências e desvio-padrão. **Resultados:** Observou-se na autopercepção da QV que 55,4% dos ACS avaliaram como positiva; enquanto que na análise subjetiva sobre o estado de saúde, 58,8% dos indivíduos apresentaram percepção negativa ou indefinida. Na avaliação dos domínios da QV, o domínio relações sociais obteve o maior escore médio (76,90), seguido pelo domínio psicológico (74,33), e domínio físico (64,04). O domínio meio ambiente (47,45) foi o mais comprometido, indicando que os ACS demonstraram preocupação e insatisfação com os cuidados de saúde e sociais, recursos financeiros, e oportunidades de recreação/lazer. **Conclusão:** De forma geral, este estudo possibilitou uma melhor compreensão dos aspectos relacionados à QV dos ACS, sendo constatada a necessidade de estratégias voltadas para a melhoria da QV desses trabalhadores de saúde, principalmente nos domínios físico e meio ambiente.

Palavras-chave Qualidade de vida, saúde do trabalhador, agente comunitário de saúde.

Abstract **Introduction:** The Community Health Agents (CHA) is an important articulation between the community and the health system. However, these professionals have been withstanding an increasing workload, high degree of frustration and dissatisfaction with the duties and professional practice, exposure to risk factors associated to the environment, low income, difficulties in interpersonal relationship, and other aspects. These can result some damages to their health as well as their quality of life (QL). **Objective:** To evaluate the QL of the CHAs in the city of Jequié/BA. **Methods:** Three hundred sixteen CHAs have participated in this cross-sectional study of census type. The instruments used were the WHOQOL-Bref and a questionnaire with demographic and occupational variables. Descriptive statistic with determination of averages, frequencies and standard deviation was used for data analysis. **Results:** According to self-perception of QV, 55.4% of these agents considered as positive; while in subjective analysis on the health state, 58.8% of them have negative perception or undefined. In the assessment of LQ, the social relationships domain had the highest mean score (76.90), followed by the psychological domain (74.33) and the physical domain (64.04). The environmental domain (47.45) was the most affected, indicating that the CHAs presented concern and dissatisfaction with health and social care, financial resources and opportunities for recreation / leisure.. **Conclusion:** In general, this study provided a better understanding of issues related to QL of the CHAs and showed some needs for strategies aimed at improving the QL of these health workers, especially in the physical and environment domains.

Keywords Quality of life, worker's health, community health agent.

Não há conflito de interesse
Apoio: CNPq Pibic Processo 119.992/2009-4

Introdução

As necessidades nas relações de trabalho e os diversos problemas que envolvem o trabalhador são estabelecidos a partir das transformações sociais e tecnológicas vivenciadas numa sociedade globalizada ¹. Na área da saúde, assim como em outras áreas, os impactos relacionados à saúde do trabalhador são frutos do sistema capitalista vigente.

As dificuldades encontradas no exercício profissional dos trabalhadores da área da saúde são inúmeras, as quais abrangem um ambiente formado por intensos estímulos emocionais, como o contato com a dor e o sofrimento, e o lidar com as limitações do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares ². Soma-se a isto o fato de que muitos profissionais possuem mais de um vínculo empregatício, o que gera um intenso desgaste físico; além das insatisfatórias condições de trabalho em decorrência da baixa remuneração, hierarquização, diversidade e complexidade dos procedimentos técnicos ³.

Dentro desse contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) surge como um importante articulador entre a comunidade e o sistema de saúde. Esse profissional é potencialmente capaz de agregar diferentes conhecimentos em torno da questão do processo saúde-doença, incorporando outros saberes que perpassam a perspectiva biomédica⁴ além de possuir uma situação singular, visto a obrigatoriedade de residir na área de atuação da equipe, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde.

Assim, observa-se que esses profissionais vêm suportando cargas de trabalho cada vez maiores, alto grau de frustração e descontentamento em relação à responsabilidade e exercício profissional, exposição a fatores de risco pertinentes ao ambiente, baixa remuneração, dificuldades de relacionamento interpessoal, dentre outros aspectos ocupacionais, o que pode gerar agravos a sua saúde e prejuízos em sua qualidade de vida (QV).

Neste sentido, alguns estudos têm buscado compreender o trabalho dos ACS sob diferentes olhares, contribuindo assim, para a melhoria das condições de trabalho e QV desses profissionais ⁵⁻⁶.

O termo QV é de difícil conceituação, e apesar dos debates nas últimas décadas, ainda não se chegou a um consenso. No entanto, mesmo com as dificuldades conceituais, é crescente o interesse e a ênfase de pesquisadores sobre a necessidade e a importância da avaliação da QV, principalmente na área da saúde ⁷⁻⁸.

Na tentativa de propor uma definição abrangente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁹, compreende QV como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e com relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Este conceito é considerado abstrato, subjetivo e multidimensional por envolver vários aspectos como trabalho, meio ambiente, relações sociais, saúde, família, dentre outros; além de estar relacionado com aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais ^{3,10}.

Apesar da QV ter sido amplamente pesquisada, nos últimos anos, especialmente relacionada com doenças crônicas, efeitos de medicamentos e outros tratamentos não medicamentosos, poucos são os estudos voltados para os trabalhadores da área da saúde, especialmente para os ACS.

Nesta perspectiva, as informações relacionadas à QV dos ACS podem dar sustentação à implantação de estratégias voltadas para melhorar as condições de vida e trabalho dessa população e, conseqüentemente, garantir uma melhoria na qualidade da assistência prestada à comunidade. Assim, este estudo objetivou avaliar a QV dos ACS do município de Jequié/BA.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, tipo censo. A população alvo foi constituída pelos 361 ACS do município de Jequié/BA, da qual foram excluídos os sujeitos que por algum motivo estiveram afastados de suas atividades profissionais no período de coleta de dados, àqueles que desenvolviam apenas atividades administrativas, e àqueles que não aceitaram participar voluntariamente do estudo.

Para a realização do estudo foi utilizado um questionário composto por três blocos de informação: a) variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e escolaridade); b) variáveis relacionadas à ocupação (tempo de atuação como ACS, tipo de unidade em que trabalha, local de atuação – urbano/rural, número de visitas domiciliares por dia, número de famílias cadastradas, e exercício de outra função remunerada); c) avaliação da qualidade de vida.

A qualidade de vida foi avaliada através do instrumento World Health Organization Quality Of Life/Bref – WHOQOL-Bref, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, validado no Brasil por Fleck e colaboradores ¹¹. Este instrumento de rápida aplicação considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes, e é constituído por 26 questões. As duas primeiras questões são gerais e examinadas separadamente, onde a primeira questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e a segunda questão a satisfação do indivíduo com a própria saúde.

As demais 24 questões estão distribuídas em quatro domínios e suas respectivas facetas, tais como: a) domínio físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e de tratamentos, capacidade de trabalho; b) domínio psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais; c) domínio relações sociais: relações pessoais, apoio social, e atividade sexual; d) domínio meio ambiente: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações, oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), e transporte¹¹.

O WHOQOL-Bref fornece um perfil da QV obtido através dos escores dos quatro domínios, onde quanto mais alto os escores melhor é a QV. Os escores dos domínios foram calculados para cada sujeito e o desempenho coletivo obtido pelo agrupamento

das respostas conforme as facetas e os domínios numa escala de 0 a 100¹².

Antes de iniciar a coleta dos dados, foi realizado um estudo-piloto através da aplicação de 14 questionários respondidos pelos ACS de um município situado em região vizinha (Itabuna/BA), o que possibilitou testar o instrumento de pesquisa e adequar algumas questões relacionadas à ocupação.

Após os esclarecimentos feitos pelo pesquisador e aceitação em participar do estudo, os ACS responderam o instrumento que foi aplicado sob forma de entrevista. A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2011, nas unidades de saúde e nos espaços onde aconteciam as reuniões dos agentes e das equipes de saúde.

A análise dos dados foi realizada através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) - versão 15.0, os quais foram submetidos à estatística descritiva com determinação de médias, frequência e desvio-padrão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o Protocolo nº 099/2010, sendo que os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 361 ACS vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié/BA, 16 encontravam-se de licença médica, 10 de licença maternidade, 1 encontrava-se em afastamento

administrativo e 1 desenvolvia atividades administrativas. Dos 333 ACS elegíveis, 316 (94,89%) participaram do estudo.

Observou-se que 84,5% dos indivíduos eram do sexo feminino, 55,4% encontravam-se na faixa etária entre 25 e 40 anos, e 69,0% dos ACS viviam com companheiro. No que se refere à escolaridade, 74,4% apresentavam nível médio completo (Tabela 1).

Em relação à ocupação, a média de tempo do exercício como ACS foi de 8,91 ($\pm 4,79$) anos, sendo que 54,1% tinham de 9 a 14 anos de profissão. Entre os sujeitos do estudo, 51,9% atuavam em unidade de saúde da família, e 74,7% trabalhavam na zona urbana. A média de visitas domiciliares por dia foi de 8,31 ($\pm 1,51$), sendo que 61,7% realizavam 8 visitas diárias; e a média de famílias cadastradas foi de 119,45 ($\pm 42,44$), sendo que 78,2% tinham até 150 famílias (Tabela 1).

Na avaliação da QV, as duas primeiras questões do WHOQOL-Bref foram analisadas separadamente por não fazerem parte do cálculo dos domínios específicos. A percepção sobre a QV foi analisada na primeira questão (Q1) e a satisfação com a própria saúde na segunda questão (Q2).

Tabela 2. Autopercepção da qualidade de vida e da saúde dos ACS de Jequié/BA.

Variável	N	%
Autopercepção da qualidade de vida		
Muito ruim	5	1,6
Ruim	10	3,2
Nem ruim nem boa	126	39,9
Boa	150	47,5
Muito boa	25	7,9
Satisfação com a saúde		
Muito insatisfeito	20	6,3
Insatisfeito	55	17,4
Nem satisfeito, nem insatisfeito	111	35,1
Satisfeito	110	34,8
Muito satisfeito	20	6,3

Conforme dados apresentados na Tabela 2, a maior parte dos ACS (55,4%) avaliou sua QV como “boa” ou “muito boa”, enquanto que na percepção do grau de satisfação com a saúde, 58,8% avaliaram como “nem satisfeito nem insatisfeito”, “insatisfeito” e “muito insatisfeito”.

Na avaliação dos domínios da QV, o domínio relações sociais (76,90) obteve o escore mais alto, seguido pelo domínio psicológico (74,33), domínio físico (64,04) e, por último, o domínio meio ambiente (47,45), conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos domínios do WHOQOL-Bref obtidos pelos ACS de Jequié/BA.

Domínios	N	Média	Desvio Padrão	IC (95%)
Relações Sociais	316	76,90	14,22	75,33 – 78,47
Psicológico	316	74,33	11,94	73,01 – 75,65
Físico	316	64,04	14,91	62,40 – 65,68
Meio Ambiente	316	47,45	13,90	45,92 – 48,98

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e ocupacionais dos ACS de Jequié/BA.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	49	15,5
Feminino	267	84,5
Faixa Etária		
Até 25 anos	15	4,7
Entre 25 até 40 anos	175	55,4
Entre 40 até 55 anos	106	33,6
Mais de 55 anos	20	6,3
Estado Civil		
Vive com companheiro (a)	218	69,0
Vive sem companheiro (a)	98	31,0
Escolaridade		
Fundamental	20	6,3
Médio incompleto	15	4,7
Médio completo	235	74,4
Superior incompleto	26	8,2
Superior completo	20	6,3
Tempo de atuação profissional		
2 a 8 anos	145	45,9
9 a 14 anos	171	54,1
Tipo de unidade		
Unidade Básica de Saúde	152	48,1
Unidade de Saúde da Família	164	51,9
Local de atuação		
Zona rural	80	25,3
Zona urbana	236	74,7
Número de visitas por dia		
Abaixo de 8 visitas	37	11,7
8 visitas	195	61,7
Acima de 8 visitas	84	26,6
Número de famílias cadastradas		
Até 150 famílias	247	78,2
Acima de 150 famílias	69	21,8

Entre as questões avaliadas no domínio físico, a dependência por medicação ou tratamento (55,30), foi a que apresentou menor escore no aspecto da QV. No domínio psicológico, as questões mais comprometidas foram: sentimentos positivos (62,10); e pensar, memória, concentração, aprender (66,38), conforme Tabela 4.

Em relação às questões do domínio relações sociais, a atividade sexual obteve o menor escore médio (73,66); enquanto que no domínio meio ambiente, o qual apresentou menor escore médio no geral, as questões mais comprometidas foram: cuidados de saúde e sociais (27,77), recursos financeiros (35,92); e recreação/lazer (40,74) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos resultados das questões de cada domínio da QV dos ACS de Jequié/BA.

Facetas do WHOQOL-Bref	Escore Médio	DP
Domínio Físico		
Q3 (dor e desconforto)	64,68	27,83
Q4 (dependência de medicação ou tratamento)	55,30	28,83
Q10 (energia e fadiga)	65,35	21,86
Q15 (mobilidade)	66,14	22,99
Q16 (sono e repouso)	64,56	26,76
Q17 (atividade da vida cotidiana)	65,90	22,05
Q18 (capacidade para o trabalho)	66,38	20,96
Domínio Psicológico		
Q5 (sentimentos positivos)	62,10	23,10
Q6 (espiritualidade)	86,31	15,95
Q7 (pensar, memória, concentração, aprender)	66,38	19,59
Q11 (imagem corporal)	79,91	22,00
Q19 (auto-estima)	76,74	19,03
Q26 (sentimentos negativos)	74,53	23,05
Domínio Relações Sociais		
Q20 (relacionamentos pessoais)	80,70	16,16
Q21 (atividade sexual)	73,66	24,56
Q22 (suporte e apoio social)	76,34	17,26
Domínio Meio Ambiente		
Q8 (segurança física e proteção)	66,53	22,13
Q9 (ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima)	48,73	26,09
Q12 (recursos financeiros)	35,92	18,67
Q13 (oportunidades de adquirir novas informações)	51,19	21,47
Q14 (recreação/lazer)	40,74	24,06
Q23 (moradia)	53,24	30,20
Q24 (cuidados de saúde e sociais)	27,77	28,07
Q25 (transporte)	55,46	29,61

Discussão

Diversos estudos voltados para a avaliação da QV dos ACS apresentaram características sociodemográficas semelhantes aos achados no presente estudo, no qual os ACS apresentaram-se predominantemente constituídos por mulheres, adultos jovens, que viviam com companheiro e apresentavam ensino médio completo¹³⁻¹⁶.

A predominância das mulheres atuando como ACS pode ser atribuída ao aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, possibilitando o incremento da renda familiar e o avanço social; assim como pelo fato de desempenharem,

instintivamente, o papel de cuidador na sociedade; bem como pela resistência da comunidade ao agente do sexo masculino em função do constrangimento das famílias em revelar particularidades do universo feminino¹⁷⁻¹⁸.

Quanto ao elevado percentual de adultos jovens encontrados no estudo, alguns autores destacam que, para muitos ACS, foi uma oportunidade de ingresso no mercado de trabalho e, para outros, representou o reconhecimento de um trabalho voluntário já desenvolvido na comunidade¹⁹. Outro fator a se destacar é que os jovens por estarem mais habituados às avaliações por provas da rotina escolar podem ter sido favorecidos no concurso público para a profissão¹⁵.

Em relação à escolaridade, todos os ACS atendiam os pré-requisitos estabelecidos pela Lei nº 11350/2006 sobre as atividades de ACS, ou seja, haver concluído o ensino fundamental. A maioria dos ACS (74,4%) apresentava ensino médio completo, sendo que 8,2% apresentavam ensino superior incompleto e 6,3% o superior completo. Segundo Ferraz e Aerts²⁰, quanto maior o grau de escolaridade do agente, maiores condições ele terá para incorporar novos saberes e orientar as famílias sob sua responsabilidade.

A média de tempo de atuação como ACS foi de 8,91 anos, sendo que 54,1% tinham entre 9 e 14 anos de profissão. Esses dados mostram que os ACS do presente estudo apresentaram tempo de atuação superior ao tempo encontrado em diversos estudos envolvendo atividades desses profissionais^{6,16,20}. É importante destacar que quanto maior tempo de atuação, maior é o contato com a comunidade, favorecendo o diagnóstico demográfico e a definição do perfil da comunidade, a identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, a descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, a realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da área de abrangência sob sua responsabilidade; além de facilitar o entendimento do papel do agente construído nas práticas cotidianas.

A média de visitas domiciliares realizadas por dia foi de 8,3, estando de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, que é de no mínimo oito visitas diárias. No entanto, 11,7% (37) dos ACS realizavam uma média abaixo de 8 visitas. Isso pode ser devido ao fato de que 25,3% (80) dos ACS atuavam na zona rural, onde os domicílios são mais distantes do que na zona urbana demandando assim maior tempo para percorrer de um domicílio ao outro. Outro evento a ser lembrado é que algumas famílias necessitam de mais cuidados que outras, exigindo assim, mais atenção e tempo por parte desses profissionais.

Verificou-se que a média de famílias cadastradas foi de 119,45, no entanto, 21,8% (69) dos ACS acompanhavam um número de famílias acima do recomendado pelo Ministério da Saúde, que é de, no máximo, 150 famílias²¹.

Com relação à autopercepção da QV foi possível observar que as frequências das respostas positivas foram maiores que das respostas negativas, sendo que 55,4% avaliaram como “boa” ou “muito boa”. No estudo de Kluthcovsky⁶, envolvendo a avaliação da QV dos ACS a partir do WHOQOL-Bref, observou-se que entre os 169 indivíduos, 75,1% avaliaram como “boa” ou

“muito boa”. No trabalho de Vasconcellos e Costa-Val¹⁴ realizado com 60 ACS, e no trabalho Bernardes¹⁶ com 198 ACS, os quais utilizaram o mesmo instrumento, foram encontrados elevados percentuais de respostas positivas, 78,3% e 70,7%, respectivamente.

Os resultados supracitados demonstraram que apesar da maioria dos ACS do presente estudo apresentar uma boa percepção de sua QV, a proporção de indivíduos com autopercepção positiva é considerada baixa quando comparada à outros estudos realizados com estes trabalhadores. Este é um fator preocupante, uma vez que a compreensão do significado de QV que esses sujeitos têm pode interferir de forma negativa na sua vida e no seu trabalho.

A análise subjetiva sobre o estado de saúde revelou um elevado percentual de ACS com percepção negativa ou indefinida, sendo que apenas 41,1% apresentaram-se “satisfeito” ou “muito satisfeito” com seu estado de saúde. Estes resultados também se apresentaram abaixo da média quando comparados com os resultados encontrados em vários estudos envolvendo ACS, nos quais foi utilizado o WHOQOL-Bref.

Em estudo realizado com ACS como o de Vasconcellos e Costa-Val¹⁴, kluthcovsky⁶, Bernardes¹⁶, foram encontrados elevados percentuais de satisfação com a saúde, 78,3%, 75,1%, e 70,7%, respectivamente. Em estudo realizado com trabalhadores da equipe de saúde da família¹³, 76% apresentaram-se “satisfeitos” ou “muito satisfeito” com sua saúde.

A percepção do estado de saúde prejudicada por parte dos investigados deste estudo pode gerar comprometimentos na realização de suas atividades funcionais, o que sugere a necessidade de investigação mais dirigida à individualidade desses sujeitos.

Em relação à escala de qualidade de vida, a partir do WHOQOL-Bref, o escore varia de 0 a 100 e nela os maiores escores médios indicam melhor avaliação da QV. Os escores médios dos domínios variaram de 47,45 a 76,9, sendo que o domínio relações sociais obteve o maior escore médio, seguido pelos domínios psicológico, físico e meio ambiente.

No estudo de Neves¹, o domínio relações sociais obteve o maior escore médio (72,5), seguido pelos domínios psicológico (70,6), físico (69,2) e meio ambiente (60,7).

Gessner¹³, em seu estudo, observou que o maior escore médio foi encontrado no domínio relações sociais (75), seguidos pelos domínios físico (73), psicológico (72), e meio ambiente (63).

No trabalho de kluthcovsky⁶, o domínio relações sociais obteve o maior escore médio (75,8), seguido pelos domínios físico (74,2), psicológico (74), e meio ambiente (54,1).

Na avaliação das questões que compõem o domínio das relações sociais, todas obtiveram uma média de escores elevados variando entre 76,34 a 80,70. A questão “relações pessoais” apresentou maior escore médio, onde 56% dos ACS apresentaram-se “satisfeitos” e 33,9% “muito satisfeitos” com suas relações com parentes, amigos, conhecidos e colegas. Segundo Nunes et al.²⁵, o relacionamento do indivíduo consigo mesmo e com as pessoas à sua volta constitui um dos componentes fundamentais para o bem-estar e, por consequência, para a QV.

Para Bernardes¹⁶, a avaliação positiva desta questão é de grande importância para os ACS, já que este profissional é bastante conhecido na comunidade e lhe é exigido um alto grau de comunicação e relacionamentos, a fim de facilitar o trabalho juntos às famílias e ao território de saúde.

A essência da função dos ACS está nas relações e nos vínculos estabelecidos com a equipe e comunidade, sendo assim, suas ações dependem da boa relação entre as pessoas e quando isso ocorre de forma harmoniosa, gera-se um melhor rendimento profissional e um aumento na satisfação pessoal¹⁴.

No domínio psicológico, as questões obtiveram escores médios variando entre 62,10 a 86,31. A espiritualidade, a imagem corporal e a auto-estima foram as questões mais bem pontuadas.

Em estudo realizado por Amendola et al.²⁶, envolvendo cuidadores de pacientes, foi observado que a espiritualidade contribuiu para melhor QV no domínio psicológico. No presente estudo, na questão referente à espiritualidade, 94,3% dos ACS escolheram “bastante” ou “extremamente” como resposta para a avaliação do sentido da sua vida, contribuindo positivamente para o elevado escore encontrado neste domínio.

No trabalho desenvolvido pelos ACS, alguns fatores podem influenciar negativamente no aspecto psicológico como a presença de situações na relação trabalhador-usuário, que demandam energia e adaptação em virtude do contato direto com a realidade; o fato de residirem na área de abrangência de trabalho; a necessidade de se produzir muito em pouco tempo, bem como a repetição de tarefas²⁷⁻²⁸. Outro fator a ser considerado é que estes trabalhadores integram uma equipe de profissionais com maior nível educacional, hierárquico, salarial e de maior prestígio social criando ambiente propício para deterioração de sua auto-estima. Entretanto, apesar da existência desses fatores, a questão relacionada à auto-estima mostrou que 81,3% dos ACS estavam “satisfeito” ou “muito satisfeito” consigo mesmos.

Outra questão para a qual também deve ser chamada a atenção é a existência de um cenário conflitante de modo a atender e superar as expectativas reais e as idealizadas. Muitas das vezes os ACS não são capazes de discernir seus limites quanto à criação de vínculos, doação de tempo e empenho, e reciprocidade, levando-os a vivenciar diversos sentimentos como impotência, cansaço e solidão, e, conseqüentemente a criar um terreno de tensões na vida pessoal de difícil manejo²⁹. Esse quadro é condizente com a baixa pontuação obtida na questão referente aos sentimentos positivos, bem como na alta pontuação obtida na questão sobre sentimentos negativos.

No domínio físico, as médias de escores variaram de 55,3 a 66,38, sendo a capacidade para o trabalho e a mobilidade as questões mais bem pontuadas. Este dado é bastante relevante, visto que a atuação do ACS está diretamente relacionada com a sua aptidão e capacidade física. Segundo kluthcovsky⁶, a locomoção tem importante papel no cotidiano dos ACS, visto que seu trabalho é realizado, principalmente, em função das visitas domiciliares.

No domínio meio ambiente, as questões apresentaram escores médios que variaram de 27,77 a 66,53. Na questão referente aos cuidados de saúde e sociais, foi possível verificar que 37%

apresentaram-se “muito insatisfeito” e 32,3% “insatisfeito” com seu acesso aos serviços de saúde. Em relação aos recursos financeiros para satisfação das necessidades, 45,3% consideraram “muito pouco” e 41,1% “médio”. Já a questão referente à recreação/lazer, 33,9% considerou “muito pouco” e 38,6% “médio”.

No estudo realizado por Pedrosa e Teles³⁰, os ACS acharam insuficiente o salário que recebiam diante do trabalho por eles realizado. A baixa remuneração dificulta o acesso adequado aos serviços de saúde, opções de lazer e recreação, dentre outros serviços, o que interfere diretamente na QV dos indivíduos.

Segundo Martins²⁴, as questões relacionadas ao meio ambiente são consideradas componentes fundamentais sobre o qual se pode edificar uma vida com qualidade, no entanto, essas questões que não dependem somente do trabalhador para serem solucionadas.

É importante ressaltar as limitações provenientes do estudo transversal, o qual produz uma imagem instantânea ou de um curto período do que se pretende avaliar, onde se leva em consideração apenas os trabalhadores saudáveis, e exclui aqueles que estavam afastados das atividades laborais por problemas de saúde.

Conclusão

De modo geral, foi observado que na autopercepção da QV a maioria dos ACS avaliou como positiva; no entanto, a análise subjetiva sobre o estado de saúde revelou um elevado percentual de indivíduos com percepção negativa ou indefinida. Dentre os domínios da QV, o maior escore médio foi para o domínio relações sociais, o que revela fator positivo na articulação desses trabalhadores com a comunidade e com os serviços de saúde; sendo que o domínio meio ambiente foi o mais comprometido, indicando que os ACS demonstraram preocupação e insatisfação com os cuidados de saúde e sociais, recursos financeiros, e oportunidades de recreação/lazer.

Este estudo demonstrou que apesar da QV ser um tema de grande complexidade, foi relevante estudá-la para compreensão dos fenômenos que envolvem uma população de trabalhadores de fundamental importância para o sistema de saúde deste país. Nesta perspectiva, espera-se que estas informações possam servir de subsídio para a definição de estratégias voltadas para a melhoria da qualidade de vida desses profissionais e, conseqüentemente, garantir uma assistência com qualidade à população atendida por eles.

Referências bibliográficas

1. Neves SF. Trabalho docente e qualidade de vida na rede pública de ensino de Pelotas [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Católica de Pelotas; 2008.
2. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc Med Bras* 2010;56(1):81-91.
3. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* 2007;20(3):305-10.
4. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O

agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* 2002;18(6):1639-46.

5. Bornestein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008;13(1):259-68.
6. Kluthcovsky ACGC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
7. Paschoal SMP. Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2001.
8. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2004;20(2):580-8.
9. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
10. Rocha VM, Fernandes MHJ. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. *J Bras Psiquiatr* 2008;57(1):23-7.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
12. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assessment. Psychol Med* 1998; 28:551-8.
13. Gessner CLS. Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó-SC [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade Vale do Itajaí; 2006.
14. 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.
15. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev Psiquiatr RS* 2007;29(2):176-183.
16. Bernardes KAG. Qualidade de vida de agentes comunitário de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto (SP). Universidade de São Paulo; 2008.
17. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública* 2005;39(5):809-15.
18. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Textos para discussão, 735).
19. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
20. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente

comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(2):347-55.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006. 4. ed. Brasília, DF, 2007. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006). p 9-55.

22. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, Damázio Filho O, Teles AJF. Avaliação da qualidade de vida dos anestesiológicos da cidade do Recife. *Rev Bras Anesthesiol* 2010;60(1):42-51.

23. Carmo IC, Soares EA, Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. Fatores associados à sintomatologia dolorosa e qualidade de vida em odontólogos da cidade de Teresina – PI. *Rev Bras Epidemiol* 2011;14(1):141-50.

24. Martins MM. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

25. Nunes MF, Freire MC, Leles CR. Quality of life of public health service dental hygienists in Goiania, Brazil. *Int J Dent Hyg* 2008;6:19-24.

26. Amendola F, Oliveira MAC, Sportello EF, 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 (PADHU/ USP). In: Simpósio Internacional de Iniciação Científica, 2003, São Paulo. Resumos. Ciências biológicas, n.117. São Paulo: Pró-Reitoria de Pesquisa da USP, 2003. p. 115.

27. Camelo SH. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2004; 12(1):14-21.

28. Custódio LC, Prata FS, Sanábio G, Braga JF, Silva LA, Morreale PG, et al. Avaliação do estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. *Rev Bras Med Fam e Com* 2006;2(7):189-94.

29. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(3):426-33.

30. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2001;35(3):303-11.

Correspondência:

Claudio Henrique Meira Mascarenhas
Avenida Rio Branco, 1373, Joaquim Romão. 45200-585
Jequié-BA. Tel. (73) 9142-7798.
E-mail: claudio12fisio@hotmail.com
