

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA**

CLAUDIO HENRIQUE MEIRA MASCARENHAS

JEQUIÉ/BA
2011

CLAUDIO HENRIQUE MEIRA MASCARENHAS

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa - Vigilância à Saúde.

Orientador: Prof. DSc. Fabio Ornellas Prado

Co-orientador: Prof. DSc. Marcos Henrique Fernandes

**JEQUIÉ/BA
2011**

M361 Mascarenhas, Claudio Henrique Meira.
Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde do município de Jequié-Ba/Claudio Henrique Meira Mascarenhas .- Jequié, UESB, 2011.
133 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011. Orientador Prof. DSc. Fabio Ornellas Prado.

1. Agente comunitário de saúde – Qualidade de vida 2. Saúde do trabalhador– Qualidade vida do agente comunitário de saúde I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614

FOLHA DE APROVAÇÃO

Claudio Henrique Meira Mascarenhas. **Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde do município de Jequié-BA.** 2011. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia.

Prof. DSc. Fabio Ornellas Prado

Doutor em Estomatopatologia pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP.
Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Orientador e Presidente da Banca

Prof^a. DSc. Edna Maria de Araújo

Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia-UFBA.
Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Prof. DSc. Djanilson Barbosa dos Santos

Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia-UFBA.
Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Jequié/BA, 05 de Dezembro de 2011.

A **Deus** pelo dom da vida e pelas bênçãos concedidas durante esta árdua trajetória, tornando possível a superação dos obstáculos e o alcance dos objetivos.

AGRADECIMENTOS

- Aos **meus pais** pelo apoio, incentivo, ensinamentos e por compartilhar comigo sonhos e ideais.
- A **minha irmã** pelo apoio e incentivo e por estar presente nos momentos mais importantes de minha vida.
- A **minha esposa** que soube compartilhar com muita paciência e compreensão este desafio a que me impus, me apoiando e incentivando durante a construção deste estudo.
- Aos **familiares e amigos** por acompanharem a minha trajetória e por partilharem momentos importantes da minha vida.
- Ao meu orientador **Prof. Dr. Fabio Ornellas Prado** pela confiança, disponibilidade e por ajudar a superar os desafios desse estudo.
- Ao meu co-orientador **Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes** pela amizade, pelos ensinamentos e por todas as sugestões construtivas que contribuíram para a consolidação desse estudo.
- As discentes **Lívia Lessa de Oliveira, Rainna Fontes Gonçalves Costa e Damiana Catiúscia Lima Santos** pelo importante auxílio e empenho prestado na coleta de dados.
- Aos **Agentes Comunitários de Saúde** do município de Jequié/BA por tornarem possível a realização desse estudo.
- Ao **Sindicato dos ACS (SINDACS)** pelo apoio, incentivo e prontidão nas informações.
- Aos **enfermeiros e coordenadores** das unidades de saúde pela disponibilidade e colaboração com o estudo.
- A **Secretaria Municipal de Saúde** do município de Jequié/BA pela colaboração com o estudo.
- A **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia** pelo apoio e liberação para a realização do mestrado.
- Aos **colegas e amigos** do mestrado pela convivência e partilha de experiências, em especial à Sumaya, Tatiane e Thaís que muito contribuíram para o meu entendimento e com quem pude contar em diversos momentos do curso.

- Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde que muito contribuíram com a minha formação.
- Aos **funcionários** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde que sempre atenderam as minhas solicitações com gentileza e presteza.
- Aos professores **Raildo Coqueiro** e **Jefferson Cardoso** pelas contribuições que vieram enriquecer este trabalho.
- Aos professores **Djanilson Barbosa** e **Edna Araújo** pelas valiosas contribuições na qualificação deste estudo.
- A **todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo.

Meus sinceros agradecimentos...

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um importante articulador entre a comunidade e os serviços 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 ao exercício profissional, exposição aos fatores de risco pertinentes ao ambiente, baixa remuneração, dificuldades de relacionamento interpessoal, dentre outros aspectos ocupacionais que podem gerar agravos à sua saúde e prejuízos em sua qualidade de vida. Neste sentido, este estudo objetivou analisar a associação dos fatores sociodemográficos, ocupacionais, de comportamentos de risco e de saúde com o comprometimento da qualidade de vida dos ACS do município de Jequié, Bahia, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo-analítico com corte transversal, do qual participaram 316 ACS. Como instrumentos foram utilizados um questionário contendo informações sociodemográficas, ocupacionais, relacionadas aos comportamentos de risco e à saúde, e o World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref). Os dados foram submetidos às estimativas das razões de prevalência brutas e ajustadas, com intervalo de confiança de 95%, a partir do modelo de regressão de Poisson. Os resultados evidenciaram que o domínio físico apresentou maior comprometimento entre os ACS do sexo feminino ($p = 0,001$), idade maior que 38 anos ($p = 0,003$), presença de dor musculoesquelética ($p = 0,001$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p < 0,001$). O domínio psicológico apresentou maior comprometimento entre os ACS com ensino fundamental ($p = 0,007$), alta exigência no trabalho ($p = 0,023$), tabagistas ($p = 0,001$), presença de dor musculoesquelética ($p = 0,005$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p < 0,001$). O domínio relações sociais apresentou maior comprometimento entre os indivíduos do sexo feminino ($p = 0,036$), situação conjugal sem união estável ($p = 0,014$), com ensino fundamental ($p = 0,018$), alta exigência no trabalho ($p = 0,007$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p = 0,019$). Para finalizar, o domínio meio ambiente apresentou maior comprometimento entre os ACS do sexo feminino ($p = 0,005$), renda familiar menor/igual a 1.200,00 reais ($p = 0,015$), local de trabalho zona urbana ($p = 0,007$), alta exigência no trabalho ($p < 0,001$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p = 0,001$). Esses resultados possibilitaram detectar problemas significativos que estão prejudicando a qualidade de vida dos ACS. Espera-se que esse estudo possa despertar a atenção desses profissionais de modo a adotar atitudes necessárias à prevenção e ao enfrentamento dos aspectos que comprometem sua qualidade de vida; bem como subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas destinadas à melhoria das condições de vida e trabalho desse grupo de trabalhadores.

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

ABSTRACT

The community health agent (ACS) is an important articulator between the community and health services. However, these professionals come supporting increasing workloads, high degree of frustration and discontent in relation to liability and to professional practice, exposure to risk factors relevant to the environment, low pay, difficulties in interpersonal relationship, among other occupational aspects that can generate grievances to their health and losses in their quality of life. In this sense, this study aimed to analyze the association of sociodemographic factors, occupational, risk behaviors and health with the commitment of ACS quality of life of the city of Jequié, Bahia, Brazil. It is a descriptive-analytical study with cross-section, which participated 316 ACS. As instruments were used a questionnaire containing demographic information, occupational, related to risk behaviors and health, and the World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref). The data were subjected to the estimates of prevalence ratios gross and adjusted, with 95% confidence interval, from the Poisson regression model. The results showed that the physical domain presented greater commitment among the ACS females ($p = 0,001$), age greater than 38 years ($p = 0,003$), presence of musculoskeletal pain ($p = 0,001$), and negative/undefined health satisfaction ($p < 0,001$). The psychological domain presented greater commitment among the ACS with basic education ($p = 0,007$), high demand on the job ($p = 0,023$), smokers ($p = 0,001$), presence of musculoskeletal pain ($p = 0,005$), and negative/undefined health satisfaction ($p < 0,001$). The social relations domain presented greater commitment among the females ($p = 0,036$), marital situation without stable union ($p = 0,014$), basic education ($p = 0,018$), high demand on the job ($p = 0,007$), and negative/undefined health satisfaction ($p = 0,019$). Finally, the environment domain presented greater commitment among the ACS females ($p = 0,005$), family income less/equal to 1.200,00 real ($p = 0,015$), workplace urban area ($p = 0,007$), high demand on the job ($p < 0,001$), and negative/undefined health satisfaction ($p = 0,001$). These results enabled detect significant problems that are impairing the quality of life of ACS. It is hoped that this study may arouse the attention of these professionals in order to take necessary action to prevent and confront the aspects that compromise their quality of life; as well as subsidize the development of public policies aimed at improving conditions of life and work of this group of workers.

Keywords: Quality of Life. Workers ' Health. Community Health Agent.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

- Figura 1 Esquema do Modelo Demanda-Controle de Karasek..... 40
- Figura 2 Modelo hierárquico simplificado, em blocos, para o comprometimento dos domínios de qualidade de vida em ACS..... 61

Quadro

- Quadro 1 Descrição, categorias e classificação das variáveis utilizadas no estudo..... 58

Tabelas

- Tabela 1 Distribuição dos resultados das variáveis categóricas sociodemográficas e ocupacionais dos ACS investigados. Jequié/BA, Brasil, 2011..... 63
- Tabela 2 Distribuição dos resultados das variáveis quantitativas sociodemográficas e ocupacionais dos ACS investigados. Jequié/BA, Brasil, 2011..... 63
- Tabela 3 Distribuição dos resultados das variáveis relacionadas aos comportamentos de risco e à saúde dos ACS investigados. Jequié/BA, Brasil, 2011..... 64
- Tabela 4 Distribuição dos resultados dos domínios do WHOQOL-Bref dos ACS investigados. Jequié/BA, Brasil, 2011..... 64
- Tabela 5 Distribuição dos resultados das questões de cada domínio do WHOQOL-Bref dos ACS investigados. Jequié/BA, Brasil, 2011..... 65
- Tabela 6 Prevalência do comprometimento do domínio físico da qualidade de vida e análise bruta de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011..... 67
- Tabela 7 Modelo de regressão de Poisson múltiplo hierarquizado da associação entre comprometimento do domínio físico da qualidade de vida e as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011..... 68

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 8 | Prevalência do comprometimento do domínio psicológico da qualidade de vida e análise bruta de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011..... | 70 |
| Tabela 9 | Modelo de regressão de Poisson múltiplo hierarquizado da associação entre comprometimento do domínio psicológico da qualidade de vida e as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011..... | 71 |
| Tabela 10 | Prevalência do comprometimento do domínio relações sociais da qualidade de vida e análise bruta de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011..... | 72 |
| Tabela 11 | Modelo de regressão de Poisson múltiplo hierarquizado da associação entre comprometimento do domínio relações sociais da qualidade de vida e as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011..... | 73 |
| Tabela 12 | Prevalência do comprometimento do domínio meio ambiente da qualidade de vida e análise bruta de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011..... | 75 |
| Tabela 13 | Modelo de regressão de Poisson múltiplo hierarquizado da associação entre comprometimento do domínio meio ambiente da qualidade de vida e as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011..... | 76 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------------------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CDC | Center for Disease Control |
| CELAFISCS | Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DORT | Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho |
| DP | Desvio padrão |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IC | Intervalo de confiança |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| IPAQ | International Physical Activity Questionnaire |
| JCQ | Job Content Questionnaire |
| LER | Lesão por Esforço Repetitivo |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PIASS | Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento |
| PNACS | Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| RP | Razão de prevalência |
| SESP | Serviços Especiais de Saúde Pública |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UESB | Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia |
| USF | Unidade de Saúde da Família |
| WHO | World Health Organization |
| WHOQOL | World Health Organization Quality Of Life |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 OBJETIVOS | 16 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 16 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 16 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 17 |
| 3.1 O Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família..... | 17 |
| 3.2 A identidade e a práxis do Agente Comunitário de Saúde..... | 22 |
| 3.3 A relação entre trabalho e saúde..... | 27 |
| 3.4 Qualidade de vida: aspectos conceituais e instrumentos de avaliação da Organização Mundial de Saúde..... | 31 |
| 3.5 Fatores que interferem na qualidade de vida..... | 36 |
| 3.5.1 Estresse ocupacional e aspectos psicossociais..... | 36 |
| 3.5.2 Comportamentos de risco à saúde..... | 41 |
| 3.5.3 Dor musculoesquelética..... | 47 |
| 4 METODOLOGIA | 50 |
| 4.1 Tipo de estudo..... | 50 |
| 4.2 Campo de estudo..... | 51 |
| 4.3 População do estudo..... | 51 |
| 4.4 Instrumentos do estudo..... | 52 |
| 4.5 Procedimentos de coleta de dados..... | 57 |
| 4.6 Definição das variáveis do estudo..... | 58 |
| 4.7 Análise dos dados..... | 59 |
| 4.8 Questões éticas..... | 60 |
| 5 RESULTADOS | 62 |
| 5.1 Caracterização da população em estudo..... | 62 |
| 5.2 Associação entre as variáveis independentes do estudo e os domínios da qualidade de vida..... | 66 |
| 6 DISCUSSÃO | 77 |
| 6.1 Avaliação da Qualidade de Vida..... | 77 |
| 6.2 Associação entre as variáveis independentes do estudo e o Domínio Físico..... | 80 |
| 6.3 Associação entre as variáveis independentes do estudo e o Domínio Psicológico..... | 85 |
| 6.4 Associação entre as variáveis independentes do estudo e o Domínio Relações Sociais..... | 92 |
| 6.5 Associação entre as variáveis independentes do estudo e o Domínio Meio Ambiente..... | 97 |
| 7 CONCLUSÃO | 105 |

| | |
|---|-----|
| REFERÊNCIAS | 107 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 128 |
| APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados..... | 130 |

1 INTRODUÇÃO

As necessidades nas relações de trabalho e os diversos problemas que envolvem o trabalhador são estabelecidos a partir das profundas transformações tecnológicas e sociais vivenciadas numa sociedade globalizada (NEVES, 2008). Na área da saúde, indiferentemente das outras áreas, os impactos relacionados à saúde do trabalhador são frutos do sistema capitalista vigente.

Esta reestruturação do modelo socioeconômico mundial tem levado a consequências negativas, tais como condições precárias de trabalho, intensificação das atividades profissionais e aumento da exposição aos fatores de risco à saúde, que, por sua vez, resulta na exclusão social e no declínio progressivo das condições de saúde da classe trabalhadora (ASSUNÇÃO, 2003).

Em decorrência de um processo de construção de um sistema de saúde que exige uma prática ampliada, crítica e reflexiva, que necessita de condições salubres para que se consolide, juntamente com a inserção de novos saberes e fazeres no âmbito da saúde coletiva, vem também o debate sobre “a saúde de quem produz saúde”, ou seja, a mudança do sistema de saúde e de suas práticas também promoveu, de certa forma, uma preocupação com a qualidade do trabalho em saúde (GUIMARÃES; GRUBITS, 2004).

Dentre os trabalhadores da área da saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem se tornado um profissional de extrema importância para o modelo de atenção primária em todo o Brasil, uma vez que atua dentro das políticas públicas de saúde como idéia essencial de elo envolvendo a comunidade e os serviços de saúde. Sua relevância no contexto das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) demanda reconhecê-los como trabalhadores merecedores de um olhar voltado para suas condições de vida e trabalho, visando à ampliação do conhecimento das situações de exposição ocupacional, assim como dos comportamentos que podem representar riscos à saúde e à qualidade de vida desses sujeitos.

Em se tratando de qualidade de vida, esta é a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, que podem ser modificáveis ou

não, caracterizando assim, as condições em que vive o ser humano. Em relação aos parâmetros socioambientais, destacam-se: condições de trabalho, moradia, transporte, assistência médica, segurança, educação, opções de lazer e meio ambiente; enquanto que entre os parâmetros individuais estão: hereditariedade e estilo de vida (NAHAS, 2003).

Embora a qualidade de vida seja um tema amplo e complexo e que está ligado a diversos aspectos e momentos da vida do investigado, este construto tem instigado profissionais de inúmeras áreas, sendo, atualmente, um dos conceitos mais utilizados no cenário da saúde, direcionando e determinando condutas e tratamentos específicos, desde os mais simples aos mais complexos (KLUTHCOVSKY, 2005; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida 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 a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Essa definição deixa implícita a idéia de que o conceito desse construto é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Estudos têm demonstrado que o ACS tem sido cada vez mais acometido por problemas de ordem ocupacional que interferem diretamente na sua qualidade de vida, como a ansiedade, depressão, estresse, dentre outros (SOUSA, 2003; NASCIMENTO; DAVID, 2008). Segundo Vasconcelos e Costa-Val (2008), o comprometimento da qualidade de vida dos ACS pode ser reflexo das condições de trabalho aos quais são submetidos.

Para Nogueira, Silva e Ramos (2000), as funções do ACS transcendem o campo da saúde, exigindo-lhe atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Theisen (2004) e Kluthcovsky (2005), afirmam que o trabalho desse profissional é comprometido por vários fatores como aumento de tarefas e de responsabilidades; condições salariais inadequadas; resistência da população com relação às orientações; conflitos e dificuldades de relacionamento com membros da comunidade; além da inexistência de limites entre o ambiente de trabalho, seu

conteúdo e o local de moradia do agente, implicando assim, sobrecarga física e mental em função da “contaminação” da vida cotidiana pelo trabalho.

Os problemas ocupacionais que envolvem esses profissionais, além de afetar a saúde, comprometem o rendimento e a eficiência no trabalho, com consequentes repercussões na qualidade assistencial da comunidade por eles assistida (SOUSA, 2003; KLUTHCOVSKY, 2005; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008). Como resultado desses problemas, diversos estudos têm procurado compreender o trabalho dos ACS sob diferentes enfoques, o que vem contribuindo para um melhor entendimento, valorização e proteção contra doenças ocupacionais (NUNES et al., 2002; BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Outros fatores como os sociodemográficos, os comportamentos de risco e relacionados à saúde também podem interferir na qualidade de vida do trabalhador. Estudos têm demonstrado a influência das variáveis sociodemográficas na avaliação desse construto, assim como tem sido evidenciado a interferência dessas variáveis nos comportamentos de risco como a inatividade física associada às dietas inadequadas, obesidade, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, demonstrando a importância da mensuração desses fatores em estudos relacionados a esta temática (MATSUDO et al., 2002; KLUTHCOVSKY et al., 2007; GORDIA et al., 2010).

Em relação aos comportamentos de risco, estudos têm verificado que a inatividade física, e as dependências do álcool e do tabaco estão associadas a uma maior predisposição para doenças e incapacidades, resultando em prejuízos à saúde e à qualidade de vida da população em geral (MITRA et al., 2004; GORDIA et al., 2010).

Quanto aos fatores relacionados à saúde, Gerdle et al. (2004) e Walsh et al. (2004) destacam os impactos desfavoráveis gerados pela dor musculoesquelética na qualidade de vida dos indivíduos, provocando alterações fisiológicas, psicológicas e psicossociais; bem como sua interferência na capacidade de executar as atividades de vida diária. No entanto, é importante ressaltar que ainda existem lacunas quanto ao conhecimento dos fatores associados à qualidade de vida dos ACS.

A proposta de se estudar esta temática surgiu a partir de observações e experiências vivenciadas junto a estes profissionais no seu cotidiano, os quais apresentavam diversas dificuldades que poderiam estar comprometendo a sua

qualidade de vida, como problemas de saúde, financeiros, e de relacionamentos com a equipe de saúde e a comunidade. Concomitante a este fato, as diversas leituras acerca de assuntos relacionados à qualidade de vida de profissionais da saúde também contribuíram para a escolha da mesma.

Salienta-se que a escassez de pesquisas envolvendo essa temática fez com que este trabalho vislumbrasse uma melhor compreensão sobre o objeto de estudo abordado. Nessa perspectiva, tal investigação pode evidenciar as repercussões dos fatores sociodemográficos, ocupacionais, dos comportamentos de risco e de saúde na qualidade de vida dos ACS, tornando-se ponto de partida para a sensibilização desses profissionais de modo a adotar atitudes necessárias à prevenção e ao enfrentamento dos aspectos que podem comprometer sua qualidade de vida.

Acredita-se também que as informações deste estudo possam dar sustentação ao desenvolvimento de políticas públicas destinadas à melhoria das condições de vida e trabalho desses profissionais e, conseqüentemente, gerar um impacto positivo na saúde desse grupo de trabalhadores, assim como na população por eles assistida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as associações dos fatores sociodemográficos, ocupacionais, de comportamentos de risco e de saúde com o comprometimento da qualidade de vida dos ACS do município de Jequié-BA.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas, ocupacionais, dos comportamentos de risco e de saúde dos ACS do município de Jequié-BA;
- Avaliar a qualidade de vida dos ACS do município de Jequié-BA;
- Verificar a existência de associação dos fatores sociodemográficos, ocupacionais, de comportamentos de risco e de saúde com o comprometimento da qualidade de vida dos ACS do município de Jequié-BA.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

Na década de 80, o movimento de reforma sanitária juntamente com forças democráticas conquistou importantes mudanças nas formas de intervenção estatal sobre as práticas e problemas de saúde, reforçando a idéia de se promover a unificação do sistema de saúde brasileiro (BARROS et al., 2010).

Nesse período, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu-se no maior fórum de debates sobre a situação de saúde no Brasil, na qual foi proposta uma reforma administrativa e a unificação das instituições e serviços de saúde em um único Ministério, responsável pela gestão e condução de toda a política de saúde (BRASIL, 1990).

Nesta Conferência também foi elaborado o conceito ampliado de saúde, sendo definido como resultante das condições de habitação, educação, alimentação, emprego, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Essa definição reconhece o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida (BRASIL, 1990).

Em 1988, tendo como base as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, a nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, a partir daquele momento, todo brasileiro tinha garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado e instituído a criação do SUS, cuja base era pautada nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990).

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), da promulgação da Constituição Federal (1988), e do processo de implementação do SUS, a saúde amplia seu espaço no âmbito político/governamental e nas arenas decisórias. A partir destes dispositivos legais, a saúde ganha grande notoriedade e passa a ser vista como um importante aspecto na conjuntura administrativa pelo poder público, uma vez que, de

acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, o Estado torna-se responsável pelas políticas de saúde (THEISEN, 2004).

Dessa forma, houve uma reformulação do modelo assistencial vigente através da criação de um sistema sob comando único – o SUS, com as mesmas doutrinas e princípios adotados em todo o país (BRASIL, 1990). Este sistema surge como instrumento para promover o acesso universal e igualitário à população brasileira, onde as ações e serviços públicos de saúde fazem parte de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada, com a participação social, bem como a participação supletiva do setor privado (BRASIL, 1990; THEISEN, 2004).

As diretrizes - descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, e os princípios - universalidade, equidade e integralidade, amparadas pelas Leis 8.080 e 8.142 do SUS, publicadas em 1990, começaram a direcionar as políticas e ações de saúde (THEISEN, 2004). Nessa proposta de reorganização dos serviços de saúde, a atenção primária, ou seja, as ações assistenciais de baixa complexidade passaram a ser desenvolvidas em unidades básicas, consideradas, a partir daí, como porta de entrada para um sistema de saúde hierarquizado segundo níveis de complexidade. Essa reestruturação promoveu a ampliação da rede de serviços no nível primário, sob a responsabilidade dos municípios, gerando a necessidade de um incremento na formação de profissionais de saúde (BRASIL, 1990).

Em 1991, foi institucionalizado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) pelo Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias municipais e estaduais, o qual um ano depois passou a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (SOUSA, 2003; CAMPOS, 2006). Este programa surgiu a partir de experiências de programas anteriormente implantados em várias regiões do país, como o Médico da Família, em Niterói; os Agentes Pastorais (da criança) da Igreja Católica; as visitadoras sanitárias da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Fundação SESP), entre outros de menor dimensão.

Entretanto, a experiência mais sistematizada, e que mais contribuiu para o desenho da execução do PACS nacionalmente, foi desenvolvida no Estado do Ceará, em 1987, com o Programa de Agentes de Saúde, inicialmente um programa

emergencial para um período de seca, onde foram contratados 6.113 trabalhadores, preferencialmente os mais pobres, dos quais a grande maioria eram mulheres, que passaram a realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense, e que, dado seu êxito na redução da mortalidade infantil, foi transformado em programa permanente (BRASIL, 2002c).

A partir das experiências acumuladas no Ceará, o Ministério da Saúde percebeu a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde dos municípios e começou a priorizar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando apenas o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANA; DAL POZ, 2005).

A expansão deste programa ocorreu, primeiramente, nas regiões Nordeste e Norte do país, principalmente, na periferia das capitais e áreas carentes, com a finalidade de contribuir para a redução dos elevados indicadores de morbi-mortalidade materno-infantil (SOUSA, 2003; CAMPOS, 2006).

De acordo com as normas e diretrizes, o PACS teve como objetivo incorporar ao SUS os ACS com a finalidade de desenvolver ações básicas de saúde, identificar os fatores determinantes do processo saúde/doença, além de desencadear ações de promoção de saúde e prevenção de doença (THEISEN, 2004). Vale destacar que, desde o surgimento do PACS em âmbito nacional, a avaliação, principalmente da população assistida, assinalava o trabalho do ACS como um ganho na política pública de saúde e uma contribuição para consolidação do SUS (SOUSA, 2003).

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

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia do Ministério da Saúde para superar o paradigma dominante no campo da saúde, ou

seja, mudar a forma tradicional de prestação de assistência, saindo do pólo habitual de oferta de serviços voltada para a doença para investir em ações que articulam a saúde com condições de vida, incorporando a prática da vigilância à saúde (CAMPOS, 2006). Nesse período, formaram-se as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF), nas quais foi incorporada e ampliada a atuação dos ACS. Cerca de 328 equipes foram formadas, cobrindo em torno de 55 municípios e 1,1 milhão de habitantes (NEGRI; VIANA, 2002).

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

Inicialmente considerado um programa, o saúde da família é alçado à condição de estratégia para a organização e o fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. Esta estratégia visa à reorganização do modelo de atenção à saúde a partir da ampliação do acesso e da qualificação das ações da atenção básica, centrando-as no modelo de Promoção da Saúde, construídas com base na reorientação das práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

A proposta da Estratégia de Saúde da Família fundamenta-se na universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social, reafirmando e incorporando os princípios constitucionais do SUS. A Saúde da Família constitui em uma estratégia inovadora no cenário dos serviços de saúde, pois prioriza as ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral, contínua e proativa (BRASIL, 2005).

A diferença dessa estratégia para o modelo tradicional de organização da atenção básica dá-se pelo modo com o qual a Saúde da Família atua, ou seja, pela forma como planeja e desenvolve suas ações de saúde; como se insere e se vincula a uma comunidade adscrita; como lida com as mais variadas necessidades e demandas, sejam elas individuais ou coletivas; como acolhe, vigia e cuida dos cidadãos; como se antecipa ao surgimento dos agravos à saúde, lidando com as questões familiares e socioambientais; como interage e promove o desenvolvimento comunitário; e estimula

e pauta toda sua atividade na realidade local, por meio da participação popular e do controle social (BRASIL, 2005).

Sua atenção está centrada na família, a qual é entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, levando também em consideração suas crenças e valores identificados, o que possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Essa estratégia está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), composta por uma equipe multiprofissional, que passa a ser responsável pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2005).

As ESF são constituídas, no mínimo, pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS (BRASIL, 2006b). Outras especialidades têm sido inseridas nas equipes, como dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros. Sua estrutura é flexível conforme a necessidade local e tem o compromisso de assumir a cobertura de, no máximo, 4.000 habitantes por equipe (BRASIL, 2006b).

A implantação da Saúde da Família por si só não garante a modificação do modelo assistencial médico-centrado. Esta estratégia depende da mudança na forma de se produzir o cuidado, como também, dos diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários. O “campo do cuidado” e a interação abrem a possibilidade para que cada profissional use todo o seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado (CAMPOS, 1994).

O trabalho em equipe no contexto do PSF atinge uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades, contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. A concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, valorizando as diversas disciplinas que contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado. Neste sentido, a responsabilidade da atenção que antes era centralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no

modelo hospitalocêntrico, passa a ser dividida entre todos os membros da equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

3.2 A identidade e a práxis do Agente Comunitário de Saúde

O ACS, nos últimos anos, representou um segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político, tanto no cenário da assistência à saúde quanto na sua organização. Esse protagonismo se deu em função da expansão em âmbito nacional e, principalmente, em áreas metropolitanas, do PSF, estratégia que se sustenta em bases já conhecidas de extensão de cobertura, mas cuja pretensão era levar a equipe de saúde para ações diretas na comunidade, envolvendo uma equipe multiprofissional com uma atenção de qualidade aos usuários do programa (SILVA; DALMASO, 2002a).

Esse profissional surge dentro das políticas públicas de saúde como idéia essencial de elo envolvendo a comunidade e o sistema de saúde (SILVA; DALMASO, 2002b). Sua identidade comunitária e seu papel social o diferencia dos demais trabalhadores da saúde, principalmente ao atuarem como mediadores entre diversas esferas de organização da vida social (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). Segundo Nunes et al. (2002), a posição estratégica de mediador os inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação do novo modelo de saúde, atribuindo-lhes um caráter híbrido e polifônico.

A inserção do ACS como força de trabalho no SUS contribuiu para a prestação de cuidados primários de saúde, aumentou a cobertura do atendimento à população, como também, ajudou na concretização do processo de municipalização da saúde pelo Ministério da Saúde (THEISEN, 2004).

De acordo com Bachilli, Scavassa e Spiri (2008), este profissional é um cidadão que emerge das comunidades e se integra às equipes de saúde, sem trazer qualquer bagagem cultural ou técnica, específicas à área da saúde. Esse papel é atribuído ao ACS pela instituição executora das políticas públicas de saúde, dando-lhe acesso a novas práticas, mediante incipientes dinâmicas de capacitação, a partir de um processo

que envolve uma parceria com outros espaços institucionais pertinentes ao contexto social onde esse agente atuará.

Assim, desde a proposição do Auxiliar de Saúde, no Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, até o PSF, com as especificidades de uma metrópole, em 2001, como ACS, duas dimensões da proposta de atuação desses profissionais são identificadas: uma dimensão técnica, relacionada ao atendimento dos indivíduos e famílias, e intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos; e outra dimensão política, voltada não apenas para a solidariedade à população e inserção da saúde no contexto geral de vida, mas para a organização da comunidade e transformação dessas condições (SILVA; DALMASO, 2002b).

Vale ressaltar que, inicialmente, o ACS não tinha nem qualificação nem regulação profissional, e em decorrência de seu papel estratégico no fortalecimento da atenção básica enquanto política pública para a saúde e em função de sua importância no PSF houve a necessidade de capacitá-lo (BARROS et al., 2010).

Ao longo do tempo, surgiram propostas de formação profissional do ACS, bem como projetos de regulamentação da prática profissional e da vinculação institucional desses trabalhadores. Nesse cenário, no ano de 1987, o Programa de Agentes de Saúde do Ceará se destacou por ter sido a primeira vez em que se trabalhou em ampla escala com os ACS e por ter transformado um plano emergencial para a seca em um programa de promoção da saúde, utilizando os mesmos recursos de fundos emergenciais do governo federal (BRASIL, 2002c).

O Programa do Ceará teve a intenção de contratar mulheres nas regiões mais pobres, buscando melhorar a condição social desse grupo. Os agentes eram eleitos pela comunidade, os quais deveriam residir na comunidade assistida, permitindo assim, que houvesse participação popular. Esses trabalhadores tinham uma capacitação inicial com duração de dois meses, a cargo da supervisão municipal, cujo enfoque eram as ações de educação e de promoção da participação comunitária (FONSECA; STAUFFER, 2007).

Mais tarde, nos anos de 1991 e 1992, no PNACS e no PACS foi institucionalizada uma série de experiências práticas em saúde, porém, de forma

isolada e focal, atendendo as populações em situação de maior risco à saúde. Naquele momento, o PACS tinha como foco a questão da assistência ao grupo materno-infantil, sendo assim, o elenco de ações básicas de saúde propostas para o ACS estava mais fortemente vinculado à saúde das gestantes e crianças do que à atenção às necessidades de saúde da população como um todo. Posteriormente, com a entrada da cólera no Brasil, entre os anos de 1992 e 1994, o programa passou a dar mais ênfase às ações relacionadas ao controle e à prevenção desta doença (FONSECA; STAUFFER, 2007).

O sucesso alcançado pelos municípios que implantaram o PACS criou condições que possibilitaram a formulação do PSF, cujas primeiras equipes começaram a ser formadas em janeiro de 1994, incorporando e ampliando a atuação do ACS (FONSECA; STAUFFER, 2007).

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

Essa portaria vedava ao ACS a realização de atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde, no intuito de fortalecer a inserção desses profissionais nas ações educativas desenvolvidas fora da unidade de saúde, bem como a sua participação nas atividades comunitárias (BRASIL, 1997). Em 4 de outubro de 1999, o Decreto Federal nº 3.189 fixou as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 1999).

Após disputas de interesses sobre o mercado de trabalho e controle do exercício profissional, o ACS tornou-se categoria profissional em 10 de julho de 2002, sendo instituída pela lei 10.507. Essa lei reiterava que os agentes deveriam morar nas comunidades de sua atuação, já preconizado no PSF, como também era necessário ter

o ensino fundamental completo, com exceção daqueles que já exerciam essa ocupação antes daquela data, e ter concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002b).

Em 28 de março de 2006, através da Portaria nº 648, as diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o PSF e o PACS foram atualizadas, preservando a centralidade das atividades de prevenção e promoção da saúde na concepção do trabalho do ACS, permitindo ao agente o desenvolvimento de ações de saúde nas unidades básicas desde que vinculadas às atribuições definidas na referida portaria; além de estabelecer a necessidade de um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por profissional (BRASIL, 2006b).

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

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

Estes profissionais são de fundamental importância para o funcionamento do PACS e do PSF, por estarem inseridos em suas comunidades, aproximarem-se dos mesmos valores, costumes e linguagem, e desempenharem um papel de liderança para a melhoria das condições de vida através de ações políticas, educativas e preventivas, junto a esses conjuntos comunitários (NASCIMENTO; DAVID, 2008). Segundo

Sousa (2003), este grupo de trabalhadores apoiados pela ação governamental torna-se atores indispensáveis para a consolidação do SUS.

É importante ressaltar que as atividades desenvolvidas pelos agentes são planejadas, gerenciadas, coordenadas e avaliadas pelo enfermeiro lotado em uma unidade de saúde. Esse enfermeiro também é responsável pela supervisão, coordenação e realização de atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções (BRASIL, 2006b).

Atualmente, no Brasil, existem mais de duzentos e quarenta e oito mil ACS atuantes, distribuídos em 5.391 municípios, presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente industrializados e urbanizados, cobrindo 63,70% da população do país (BRASIL, 2011).

Apesar dos avanços em relação às políticas de profissionalização e regulação, o trabalho desenvolvido pelo ACS é extremamente diversificado e amplo, frequentemente contraditório e ambíguo, e tende a extrapolar suas atribuições (SILVA; DALMASO, 2002b; TRINDADE et al., 2007). Segundo Nogueira, Silva e Ramos (2000), o ACS é considerado um trabalhador “sui generis” com identidade comunitária, que realiza tarefas que não se restringem apenas ao campo da saúde, como, por exemplo, a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de forma geral.

Muitos agentes consideram o seu trabalho gratificante, justamente pela possibilidade de ser útil e pelo apoio à população carente; entretanto, sua atuação implica envolvimento pessoal e desgaste emocional. Espera-se desses profissionais uma atuação no contexto social que escapam à dimensão estrita da saúde biológica, como a violência. O agente muitas vezes refere ansiedade, entre outros problemas de saúde, especialmente quando se sente pressionado tanto pela comunidade quanto pela equipe de saúde (SILVA; DALMASO, 2002b).

Para Tomaz (2002), existe uma “super-heroização” e “romantização” do ACS quando lhe é atribuído o papel de ser a “mola propulsora da consolidação do SUS”. Segundo este autor, suas atribuições e seu papel têm sido distorcidos, sobrecarregando seu trabalho.

Bornstein e Stotz (2008) afirmam que apesar do papel de mediador exercido pelo ACS seja uma unanimidade na literatura, esta mediação parece implicar em

contradições que significam, por um lado, prestígio e poder junto à população de sua área de atuação e, por outro lado, desgaste ao absorver a pressão da comunidade insatisfeita com os serviços de saúde ou que procuram conseguir favorecimentos em termos de acesso.

Outra perspectiva em relação ao trabalho do ACS é que o desvio de função deste trabalhador, no sentido de responsabilizá-lo pela realização de atividades burocráticas, além de desvalorizar o seu trabalho como mediador no processo educativo, denota uma compreensão do seu trabalho como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Neste sentido, as implicações e sobrecargas aos quais os ACS são submetidos comprometem tanto sua vida profissional quanto pessoal, representando uma preocupante situação, potencialmente causadora de doenças, e que interfere diretamente na sua qualidade de vida.

3.3 A relação entre trabalho e saúde

O trabalho constitui uma das práticas mais importantes da vida do ser humano, visto que, a partir dessa atividade o homem consegue os elementos para sua própria subsistência e de sua família. Entretanto, o trabalho não significa apenas obter salário, mas também, satisfação pessoal na sua realização (MUCCI, 2005). Dejours e Molinier (2004), afirmam que muitos indivíduos que saem da infância com uma identidade incerta, encontram na relação com o trabalho uma segunda chance de obter um fortalecimento de sua identidade.

O trabalho é um dos poucos fatores essenciais na criação de recursos e de desenvolvimento das sociedades, a partir do qual nascem a tecnologia, as organizações produtivas, os sistemas de troca que constituem os mercados, além dos recursos que possibilitam a vida individual e coletiva (RIO, 1998).

De acordo com Marx (2006), o trabalho é considerado a objetivação do ser humano, um momento de criação, de relação homem-natureza-homem, de aprendizado, transformação e de relação social. Entretanto, para Martins (2001), o papel contemporâneo do trabalho na vida humana evidencia paradoxos, ou seja, o trabalho estrutura o tempo, enquanto o consome cada vez mais intensamente; fornece uma rede central de relações, da mesma forma que retira o indivíduo do convívio de seus familiares e de outros círculos sociais; oferece significado e um papel a desempenhar, enquanto reduz a dignidade humana a sua utilidade nas engrenagens econômicas; além de ser um direito disputado por muitos, ao mesmo tempo em que se torna um dever indesejado por outros tantos.

Segundo Dejours e Molinier (2004), o trabalho jamais é neutro, ou pode favorecer a saúde ou, pelo contrário, contribuir para sua desestabilização e levar o sujeito para a descompensação. Neste sentido, o fato do indivíduo ter uma atividade laboral não lhe garante somente crescimento, desenvolvimento psicossocial, realização profissional e pessoal, mas também pode ser fonte geradora de sofrimento e adoecimento.

Para Sato (1995), o trabalho é penoso para o trabalhador quando seu contexto gera incômodo, esforço e sofrimento excessivos, e sobre o qual o trabalhador não tem controle. Todavia, deve-se considerar a subjetividade na compreensão que cada sujeito expressa sobre o que é sofrimento, incômodo e esforço excessivos.

Ao longo da história da civilização mundial o trabalho tem passado por intensas e profundas transformações, sendo que sua finalidade econômica tornou-se dominante na escala de toda a sociedade depois do surgimento do capitalismo industrial, há aproximadamente duzentos anos (GESSNER, 2006).

No ano de 1844, Marx (2006), ao debater sobre a alienação do trabalho, dizia que o trabalhador fugia do trabalho como fugia da peste. Isso significava que o trabalho, antes de ser considerado um meio de satisfação das necessidades humanas, era tido como fonte de infelicidade, de esgotamento, de mortificação e de negação da condição de humanidade do próprio trabalhador (BORSOI, 2007).

Naquele momento, os trabalhadores eram submetidos a jornadas extensas e condições de trabalho extremamente duras para conseguir uma produção necessária

para atender às expectativas e desejos de lucros dos donos das fábricas. A preocupação dos trabalhadores estava voltada para a sua própria sobrevivência, independentemente de sua condição de saúde; visto que seus salários eram muito baixos e irregulares, além da exploração desmedida do trabalho de homens, mulheres e crianças (BORSOI, 2007).

De acordo com Borsoi (2007), no século XIX, o trabalho foi marcado por jornadas extensas, condições laborais degradantes e pouca regulamentação das relações de trabalho, enquanto que o século XX foi marcado por um intenso processo de industrialização, além de um acelerado avanço tecnológico, associado à adoção de modelos de gestão dos processos produtivos cada vez mais exigentes em termos da capacidade física e psíquica dos trabalhadores. Os resultados ocorridos com essas transformações justificaram as lutas pela manutenção da saúde nas situações de trabalho e a exigência de maior regulamentação das condições laborais por parte do Estado.

Como pode ser visto, somente no segundo milênio o trabalho encontrou condições mais favoráveis para a sua valorização, alcançando o requisito de cidadania a partir do século XX. No final da década de 60 e início dos anos 70, os processos crescentes de automação do trabalho juntamente com os novos modelos de gerenciamento provocaram, em parte, o deslocamento do eixo de exigências postas para os trabalhadores. As demandas pela capacidade física do trabalhador não foram eliminadas, entretanto, houve um aumento significativo das exigências da sua capacidade psíquica, razão pela qual se pode afirmar que é principalmente sobre esta dimensão do trabalhador que passa a se dar o impacto do trabalho (BORSOI, 2007).

Segundo Marx (2006), na sociedade capitalista, o trabalho é marcado pela alienação e estranhamento, e muitas vezes, acaba conformando um grau de extrema negatividade para a realização humano-genérica. Nesse processo, o homem é reduzido a sua condição de força de trabalho, ou seja, mercadoria permutável na sociedade salarial, onde a partir da sua exploração e espoliação há uma transformação da sua capacidade de criação em mercadoria/objeto (MARX, 2006; LOURENÇO; BERTANI, 2009).

Nas últimas décadas, as transformações ocorridas no mundo do trabalho repercutiram na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores de forma intensiva. Com a incorporação cada vez maior da tecnologia, somadas a um novo e complexo conjunto de inovações organizacionais houve uma modificação na estrutura produtiva dos países capitalistas provocando mudanças profundas na organização, nas condições e nas relações de trabalho (ELIAS, NAVARRO, 2006).

A lógica do mercado de trabalho moderno é a redução do número de trabalhadores centrais e o emprego cada vez maior de uma força de trabalho que entra facilmente e é demitida sem custos quando as coisas ficam ruins. Essas mutações no processo produtivo promovem impactos decisivos como a desregulamentação dos direitos do trabalho, terceirização e precarização da classe trabalhadora, níveis relativamente altos de desemprego estrutural e enfraquecimento do sindicalismo de classe e das ações de resistência individual e coletiva dos trabalhadores (HARVEY, 2007).

A intensificação das atividades laborais é uma das características da atual fase do capitalismo, o que tem levado ao consumo desmedido das energias físicas e psicológicas dos trabalhadores. Além disso, a insegurança provocada pelo medo do desemprego faz com que os trabalhadores se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, recebendo baixos salários e arriscando sua saúde e vida em ambientes de alto risco (ELIAS, NAVARRO, 2006).

Segundo Lourenço e Bertani (2009), a problemática das doenças relacionadas ao trabalho deve ser compreendida não como resultante dos instrumentos de trabalho e, por vezes, dos recursos tecnológicos, mas na sua apropriação, incorporação e uso. A nova gestão do trabalho que intensifica os ritmos, as cobranças e, ainda, os salários associados ao cumprimento de metas, implica em maiores tensões, angústias e estresses.

A ocorrência de manifestações de doenças em um ambiente de trabalho é um fator importante para se verificar o nível de saúde desse ambiente, tanto em termos higiênicos e sanitários, quanto em termos de saúde social, que pode comprometer o indivíduo biologicamente (GESSNER, 2006).

As condições nas quais o trabalho é realizado podem transformá-lo em algo penoso e doloroso, e que pode levar ao sofrimento. Esse sofrimento se dá a partir do confronto entre a subjetividade do trabalhador e as restrições das condições ambientais e socioculturais, além das relações sociais e organização do trabalho, que por sua vez, são reflexo de um modo de produção específico, no caso atual, de uma acumulação flexível do capital (MENDES; MORRONE, 2002).

Assim como qualquer outro profissional, o ACS está sujeito aos impactos do trabalho sobre sua saúde. Em seu cotidiano de trabalho, este sujeito está exposto a cargas físicas, químicas, orgânicas, mecânicas e psíquicas, como: exposição contínua a temperaturas muito altas ou muito baixas; exposição ao pó e à fumaça; exposição aos fungos e bactérias, no contato com indivíduos e animais da comunidade; realização de longas caminhadas; tensão vivenciada tanto na comunidade quanto na unidade de saúde em que trabalha, entre outras (TRINDADE et al., 2007).

É notório o fato de que o trabalho, nas condições e na forma como vem sendo realizado, em grande parte das vezes, tem sido prejudicial à saúde dos trabalhadores. O trabalhador de modo geral ainda não está mobilizado suficientemente para aplicar medidas em favor da produtividade do serviço, do seu melhor desempenho, de sua satisfação no trabalho, e principalmente, de sua saúde (MUCCI, 2005). Logo, o trabalho deve ser alvo das mais sérias, competentes e responsáveis abordagens, tanto por questões éticas de respeito pelos seres humanos, quanto por questões pragmáticas relacionadas à obtenção de resultados produtivos e financeiros (RIO, 1998).

3.4 Qualidade de vida: aspectos conceituais e instrumentos de avaliação da Organização Mundial de Saúde

Qualidade de vida é uma expressão de difícil conceituação em função do seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. São variados os conceitos em todo o mundo e específicos de cada área, com abordagens relacionadas ao trabalho, à saúde e à visão holística da vida humana (MARTINS, 2002; FLECK et al., 2008).

O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente compartilhado por cientistas sociais, políticos e filósofos. O

desenvolvimento tecnológico nas áreas da medicina e ciências afins trouxe como consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, surge um movimento dentro das ciências humanas e biológicas preocupado com o conceito de “qualidade de vida” (FLECK et al., 1999).

Na área da saúde, a introdução do conceito de qualidade de vida encontrou outros construtos com desenvolvimento independente e cujos limites não são claros. Alguns construtos apresentam uma visão eminentemente biológica e funcional, outros são eminentemente sociais e psicológicos, e ainda um terceiro grupo apresenta origem econômica. A qualidade de vida apresenta intersecção com vários desses conceitos, porém seu aspecto mais genérico tem sido considerado como seu diferencial e sua particular importância (FLECK et al., 2008).

A fronteira entre os conceitos e sua definição depende de fatores como: objetivos da avaliação, motivação dos fomentadores, preocupações dos usuários e, sobretudo, das evidências ou dos dados sobre o conceito e os construtos (FLECK et al., 2008). Bullinger et al. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Segundo Paschoal (2001), 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. Afirma ainda que este conceito tenha variado, para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo. O que hoje é uma boa qualidade de vida para um indivíduo, 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 seu estado de espírito ou de humor. Essa multiplicidade de conceitos, colocados de forma tão heterogênea, dificulta comparações.

Para Nahas (2003), qualidade de vida refere-se ao nível de satisfação com a vida, a autoestima e percepção de bem-estar psicológico, às condições de trabalho e ao bem-estar geral. Segundo este autor, pelo menos duas realidades são importantes e devem ser consideradas no estudo dessa temática: a vida social e familiar, inclusive o lazer, e a realidade do trabalho.

Ultimamente, tem-se valorizado fatores como satisfação, amor, felicidade, realização pessoal, relacionamentos com qualidade, percepção de bem-estar, emprego, acesso aos serviços públicos, comunicação, urbanização, ambiente social, liberdade, solidariedade, 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, o trabalho, a saúde e o lazer (NAHAS, 2003; KLUTHCOVSKY, 2005).

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

A ausência de um consenso ou uma definição amplamente adotada de qualidade de vida e a grande variedade de instrumentos que se propõem a avaliá-la acabaram trazendo elevada quantidade de dados sem saber-se ao certo o que, de fato, estão medindo. Neste sentido, a OMS através do Grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) propôs uma definição que melhor traduz a abrangência desse construto, o qual foi definido como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que se vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Este grupo considera o conceito de qualidade de vida como amplo, abrangendo, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais dos indivíduos e suas relações com aspectos predominantes do meio ambiente (FLECK et al., 2008).

As mudanças que a vida moderna e o sistema capitalista tem imposto ao homem fez com que a avaliação da qualidade de vida se tornasse muito importante nos dias

atuais. Entre os trabalhadores da área da saúde, a relação qualidade de vida e trabalho é ainda maior devido às dificuldades encontradas no exercício profissional, as quais abrangem um ambiente formado por intensos estímulos emocionais, como o contato com a dor e o sofrimento, o lidar com pacientes terminais, deprimidos, queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, e o lidar com as limitações do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

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 (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007).

É importante destacar que o comprometimento da qualidade de vida dos trabalhadores de saúde pode influenciar diretamente na prestação de serviços, afetando a dinâmica do atendimento e trazendo prejuízos à assistência dos pacientes. Diante da necessidade de investigar essa temática em diferentes grupos populacionais, a OMS, a partir dos anos 90, constatou que as medidas desse construto apresentavam grande importância na avaliação de saúde, não só dentro de uma perspectiva individual como também social (ORLEY; KUYKEN, 1994).

A existência de múltiplos instrumentos de avaliação de qualidade de vida, com diferentes abordagens em relação aos aspectos conceituais, à importância dada à subjetividade em detrimento da objetividade na escolha dos itens, bem como à natureza e ao peso de cada domínio como recurso gerador de conceitos pertinentes à população em questão, fez com que o Grupo WHOQOL desenvolvesse uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir a qualidade de vida, inicialmente em adultos, considerando a subjetividade e sua natureza multidimensional como características fundamentais (FLECK et al., 2008).

Dessa forma, foi desenvolvido o instrumento WHOQOL-100, de acordo com uma metodologia transcultural, do qual participaram 15 centros em diferentes localizações geográficas, e com situações econômicas, de desenvolvimento social e contextos culturais diferenciados. Este instrumento é composto por 100 questões que avaliam seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais,

meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais). Embora considerado um instrumento adequado e potente para avaliações individuais de qualidade de vida, o WHOQOL-100, por vezes, pode ser muito longo para outros usos (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al., 2008).

Após a elaboração do WHOQOL-100, outros centros foram incorporados para a utilização desse instrumento. No Brasil, a versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. O estudo apresentou desempenho psicométrico, consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste satisfatórios para os critérios exigidos (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O interesse em utilizar medidas de qualidade de vida em estudos de base populacional e epidemiológicos, assim como em utilizá-las conjuntamente com outras medidas clínicas, fez com que a OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref. O teste de campo para a validação desse instrumento contou com 20 centros em 18 países. Este é um instrumento genérico de aferição da qualidade de vida de curta extensão, aplicável a uma grande variedade de populações, com características psicométricas satisfatórias, o qual é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al., 2000).

Posteriormente, o Grupo WHOQOL desenvolveu outros instrumentos específicos para avaliação desse construto em populações com características peculiares como o WHOQOL-OLD (para idosos), o WHOQOL-HIV (para pessoas com HIV/AIDS), e o WHOQOL-SRPB (voltado para a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais) (FLECK et al., 2000, 2008).

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

Vasconcelos e Costa-Val (2008), ao utilizarem o WHOQOL-Bref em seu estudo para avaliar a qualidade de vida de ACS do interior de Minas Gerais, evidenciaram uma avaliação negativa para o domínio meio ambiente. Em estudo realizado por Kluthcovsky et al. (2007), no qual foi utilizado o WHOQOL-Bref entre os ACS do interior do estado do Paraná, foi observado que o domínio relações sociais não contribuiu significativamente para a qualidade de vida geral dessa população. Os autores supracitados ressaltam a importância desse estudo para a implementação de novas estratégias visando a melhoria das condições de vida e trabalho dos ACS, além do impacto nas ações desempenhadas por esses profissionais.

3.5 Fatores que interferem na qualidade de vida

3.5.1 Estresse ocupacional e aspectos psicossociais

As transformações tecnológicas, econômicas e institucionais que vêm ocorrendo, principalmente nas últimas décadas, têm gerado profundas mudanças nas formas de conduzir as organizações, inclusive no que diz respeito à gestão de pessoas. Essas mudanças têm provocado repercussões na saúde e na integridade do trabalhador (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

Em geral, os novos modelos de gestão promovem a eliminação das cargas de trabalho físicas e mecânicas, no entanto, expõem os trabalhadores a novas cargas de trabalho, tanto no aspecto cognitivo como no psicoemocional (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde, o surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas como o estresse, a fadiga física e mental, além de outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho tem forte relação com os processos internos de reestruturação da produção, com o enxugamento de quadro de funcionários e com a incorporação tecnológica (BRASIL, 2002a).

Com o aumento na complexidade das tarefas laborais, tornou-se necessário entender melhor o modo como a saúde pode ser afetada quando as condições

psicossociais de trabalho são predominantemente adversas, gerando o estresse ocupacional (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; ELIS; NAVARRO, 2006).

O estresse é considerado um dos males do século, já que afeta diretamente a qualidade de vida dos seres humanos, comprometendo-os em todos os aspectos, dentre eles o ocupacional (CUSATIS NETO, 2007). De acordo com Silva e Yamada (2008), o estresse é quase sempre visualizado como algo negativo, que produz prejuízos no desempenho das atividades ocupacionais, sociais e afetivas dos indivíduos.

Para Dejours e Molinier (2004), o estresse ocupacional constitui uma das mais importantes formas de manifestação do estresse, visto que a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, gerando impacto ao aparelho psíquico. Em determinadas condições emerge o sofrimento no trabalho, que pode ser atribuído ao choque entre a história individual, com desejos, projetos e esperanças, e uma organização do processo de trabalho que os ignora.

Nas últimas décadas, o estresse ocupacional se transformou num problema altamente custoso e cada vez mais comum para os empregadores e seus empregados em todo o mundo, sendo considerado nos últimos anos como um problema de saúde pública de extrema importância (GUIMARÃES; GRUBITS, 2004). Segundo estimativa da OMS, os transtornos mentais menores atingem aproximadamente 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, de 5 a 10%. No Brasil, os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar entre as causas de ocorrências referentes à concessão de benefícios previdenciários de auxílio-doença, por incapacidade para o trabalho superiores a 15 dias e de aposentadoria por invalidez ou incapacidade definitiva para o trabalho (BRASIL, 2002a).

Nos últimos anos, diversos estudos foram desenvolvidos buscando investigar a relação específica entre o estresse ocupacional e uma grande variedade de doenças. Distúrbios de humor e sono, distúrbios estomacais e dores de cabeça, dificuldade de relacionamento com familiares e amigos são considerados exemplos de problemas relacionados ao estresse que se desenvolvem rapidamente (AREIAS; COMANDULE, 2006). Além disso, pesquisas apontam que o estresse ocupacional possui um importante papel em diversos problemas crônicos de saúde, especialmente nas doenças

cardiovasculares, distúrbios musculoesqueléticos e transtornos mentais (CAMELO; ANGERAMI, 2004; SILVA; YAMADA, 2008).

Os indivíduos submetidos ao estresse ocupacional podem não atender adequadamente às demandas do trabalho e geralmente se encontram ansiosos, irritáveis e deprimidos. A cronificação dos altos níveis de estresse faz com que estes indivíduos se tornem vulneráveis ao surgimento da Síndrome de Burnout (INOCENTE, 2005).

Essa síndrome, também conhecida como síndrome do esgotamento profissional ou estafa profissional, é um processo de enfraquecimento decorrente de um período prolongado de estresse profissional. Constitui numa resposta à tensão crônica no trabalho, gerada a partir do contato direto e excessivo com outras pessoas, devido à tensão emocional constante, atenção concentrada e grande responsabilidade profissional (INOCENTE, 2005).

Em estudo realizado por Telles e Pimenta (2009), voltado para a avaliação da Síndrome de Burnout em ACS, verificou-se que esses profissionais estavam iniciando um processo em que a percepção da própria competência para a realização do trabalho estava sendo comprometida, já que demonstraram estar emocionalmente esgotados. Ainda, segundo os autores, essa situação poderia levar os ACS a uma avaliação negativa de si mesmo e, com isso, ocorrer uma perda de grande parte de sua autoestima.

Ao se considerar que o estresse tem múltipla etiologia, diferentes modelos para explicar suas causas têm sido desenvolvidos e validados e, na atualidade, grande parte dos estudos voltados para o estresse ocupacional tem incorporado os aspectos psicossociais do trabalho como elementos presentes nesse contexto (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010; SANTOS; DAVID, 2011).

Os aspectos psicossociais têm sido definidos com relação à qualidade subjetiva experienciada pelos trabalhadores no ambiente organizacional e são estruturados a partir de modelos específicos de organização de trabalhos específicos (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002). Esses aspectos englobam fatores como altas cargas (pressão de tempo, excesso de tarefas, e repetitividade); baixas cargas (baixa demanda, monotonia, falta de criatividade); falta de controle sobre o trabalho (baixo poder de

decisão sobre as tarefas); conflitos interpessoais; isolamento social no ambiente de trabalho; falta de apoio social, dentre outros (SAUTER et al., 1998).

Para Villalobos (2004), os aspectos psicossociais do trabalho consistem num conjunto de percepções e experiências que compreendem as interações entre o trabalho, o ambiente laboral, as condições da organização e as características pessoais do trabalhador, suas necessidades, cultura, experiências, estilo de vida e sua percepção de mundo. Este autor inclui ainda, entre os principais fatores psicossociais do trabalho causadores de estresse, os aspectos da organização, do processo e da gestão do trabalho e as relações humanas.

A avaliação do estresse ocupacional e dos aspectos psicossociais tem sido objeto de estudo nas áreas da saúde e do trabalho, sendo assim, diversas propostas teóricas e metodológicas vêm sendo elaboradas para estudar essa dimensão (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

Dentre os modelos e teorias propostos para avaliar os estressores ocupacionais, destaca-se o Modelo Demanda-Controle, elaborado por Robert Karasek (1979). Este modelo avalia os aspectos psicossociais do trabalho através do Job Content Questionnaire - JCQ (Questionário sobre o Conteúdo do Trabalho), o qual foi desenvolvido para aferir aspectos relacionados às dimensões da demanda psicológica e do controle sobre as atividades realizadas pelo trabalhador (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A demanda psicológica relaciona-se com as exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador na execução das tarefas. Esta demanda envolve nível de concentração, volume de trabalho, tempo para realizar as tarefas, interrupção das tarefas e a necessidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores. O controle sobre a atividade relaciona-se com as habilidades do trabalhador (grau pelo qual o trabalho envolve aprendizagem de coisas novas, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e o desenvolvimento de habilidades especiais individuais) e a participação na tomada de decisões no ambiente de trabalho (habilidade individual para a tomada de decisões sobre as próprias tarefas, a influência no grupo de trabalho e na política gerencial) (KARASEK; THEORELL, 1990; KARASEK et al., 1998; ARAÚJO et al., 2003; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

aqueles com baixo grau de controle estão mais propensos a relatar queixas psicossomáticas.

A situação ideal à resposta ao estresse ocorre quando um grande nível de exigência na execução da tarefa está associado à capacidade interna do trabalhador em responder a essa demanda. O estado de tensão gerado em cada indivíduo influencia na capacidade de realizar ou não as tarefas, e isso forma uma curva que é diferente para cada pessoa, pois elas apresentam diferentes limites (REIS et al., 2005).

A área de saúde é sabidamente caracterizada por uma atividade profissional estressante, sendo comum a queixa de estresse por parte dos profissionais deste setor. No cotidiano, muitas situações vivenciadas pelos ACS comprometem a saúde mental deste trabalhador, acarretando problemas no desempenho de suas atividades profissionais, pessoais e nas relações interpessoais. Em estudo realizado por Simões (2009) com ACS, foram identificados vários fatores causadores de estresse como baixo nível salarial, falta de estrutura física e de material para desenvolvimento do seu trabalho, cobranças excessivas da população e dos supervisores e falta de apoio da equipe de saúde.

Camelo e Angerami (2004), ao estudarem o estresse ocupacional em trabalhadores das ESF, constataram a presença de estresse em 62% dos indivíduos, sendo que a predominância dos sintomas de estresse ocorreu na área psicológica (48%), seguida da área física (39%). O estudo apontou os enfermeiros e os ACS como as categorias em situação de risco.

3.5.2 Comportamentos de risco à saúde

A adoção de comportamentos de risco à saúde como a inatividade física, o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas representa um fator desencadeador para o surgimento de vários agravos à saúde dos indivíduos, sendo também responsável por uma parcela significativa de mortes prematuras (BARROS; NAHAS, 2001).

A inatividade física e um estilo de vida sedentário estão relacionados aos fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas não

transmissíveis mais prevalentes na população, representando além do risco pessoal de enfermidades, um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade (MATSUDO et al., 2002). De acordo com U.S. Department of Health and Human Services (2008), o século vinte foi marcado pelo crescimento progressivo de inatividade física atingindo atualmente prevalências extremamente elevadas, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.

Evidências científicas consistentes têm sido produzidas sobre diferentes benefícios proporcionados à saúde pela prática de atividade física (SHIBATA et al., 2009). Desde os textos clássicos gregos, romanos e orientais, a atividade física tem sido mencionada como instrumento de recuperação, manutenção e promoção da saúde. No entanto, só há pouco tempo, estudos epidemiológicos com melhor delineamento conseguiram demonstrar essa associação com maior clareza (MATSUDO et al., 2002).

Para Nahas (2003), a atividade física e aptidão têm sido associadas ao bem estar, à saúde e à qualidade de vida das pessoas em todas as faixas etárias, principalmente na meia idade e na velhice, quando os riscos potenciais da inatividade se materializam, o que leva a perda precoce de vidas e de muitos anos de vida útil.

Estudos têm demonstrado que a prática de atividade física apresenta-se como uma estratégia para a manutenção e melhoria da saúde e, teoricamente, da qualidade de vida de diversas populações (WHO, 2004b; FERREIRA; NAJAR, 2005). Segundo Gordia et al. (2010), a preocupação com o nível de atividade física da população, mais do que um simples indicador de saúde física, também está relacionado à mudanças nos aspectos relacionados à qualidade de vida individual.

As pesquisas evidenciam que indivíduos praticantes de atividades físicas regulares apresentam menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer, obesidade e quadros de depressão e ansiedade, entre outras morbidades (SHIBATA et al., 2009; SIQUEIRA et al., 2009). Segundo Fonseca et al. (2008), trabalhadores praticantes de atividades físicas regulares apresentam maior capacidade para o trabalho, além de uma autopercepção positiva de saúde.

Em estudo realizado por Ursine, Trelha e Nunes (2010), foi verificada uma elevada prevalência de sedentarismo (53,4%) entre os ACS do município de Londrina/PR. Outro estudo mostrou que a prevalência de sedentarismo em

profissionais da saúde de duas regiões pesquisadas foi de 27,5%, sendo que entre os profissionais da região Sul, o percentual foi de 28,2%, enquanto que entre os profissionais da região Nordeste, o valor foi 27% (SIQUEIRA et al., 2009).

A atividade física tende a ser dependente de vontade, de desejos e, principalmente, de motivação, o que contribui para a boa saúde mental e física. Essa motivação é consequência da elevação dos neurotransmissores liberados por meio da atividade física durante os exercícios, servindo como uma descarga de agressividade pela liberação de endorfinas através do sistema nervoso central, melhorando assim, o humor e promovendo maior tranquilidade para o indivíduo (ANTUNES et al., 2006). Portanto, a prática de atividade física tornou-se um importante recurso a ser utilizado na prevenção e controle das doenças e vem ganhando relevância nas políticas públicas propostas para a promoção da saúde (FERREIRA; NAJAR, 2005).

Outro comportamento de risco à saúde é o tabagismo, que atualmente é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica, resultante da dependência de nicotina e classificado pela OMS no grupo dos transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (WHO, 2008).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a experimentação de cigarros tem crescido muito nos últimos anos, principalmente entre os jovens. Em pesquisa realizada com escolares de 12 capitais brasileiras, nos anos de 2002-2003, a prevalência da experimentação nessas cidades variou de 36 a 58%, no sexo masculino, e de 31 a 55%, no sexo feminino (BRASIL, 2004b). Nos dias atuais, mais de um bilhão de pessoas são fumantes no mundo, e na década de 2030, a estimativa é que esse total poderá chegar a dois bilhões, sendo que a maioria destes fumantes estará nos países em desenvolvimento (WHO, 2009).

Em inquérito realizado sobre tabagismo em maiores de 15 anos de idade, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em conjunto o INCA, constataram que 17,2% da população brasileira faziam uso regular de tabaco, equivalente a 25 milhões de pessoas. A região Sul do Brasil (19%) foi a que obteve a maior prevalência de fumantes, enquanto que no Centro-Oeste e Sudeste (16,9%) foram encontrados os menores percentuais (BRASIL, 2009).

O tabagismo está associado à elevada morbi-mortalidade, e constitui a principal causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo, sendo o seu controle considerado pela OMS como um dos maiores desafios da saúde pública na atualidade (WHO, 2008). Aproximadamente 5 milhões de pessoas morrem por ano no mundo por doenças relacionadas ao tabaco. Se a tendência atual for mantida, no ano 2030, serão 8 milhões de vítimas do tabaco por ano no mundo, ocorrendo principalmente nos países em desenvolvimento (MATHERS; LONCAR 2006).

Segundo Schmitz, Kruse e Kugler (2003), a dependência do tabaco está associada a uma maior predisposição para doenças e incapacidades, resultando em piora da saúde e da qualidade de vida da população em geral. Essa dependência expõe seus consumidores a cerca de 4.720 substâncias tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (BRASIL, 2004b; WHO, 2008).

O tabagismo também está associado à queda de rendimento intelectual e à inatividade física (SILVA et al., 2006). Os fumantes passivos também sofrem consequências como: irritação dos olhos e das vias aéreas superiores, problemas alérgicos, redução da capacidade respiratória, infecções respiratórias, aumento do risco de aterosclerose, infarto do miocárdio e câncer (WHO, 2008).

Dentre as comorbidades do tabagismo, os transtornos de ansiedade, depressão e os relacionados a outras substâncias psicoativas são as mais comuns. No que diz respeito à depressão, alguns autores consideram que a qualidade de vida possa ser prejudicada em função das consequências desta patologia (BRESLAU; NOVAK; KESSLER, 2004).

No que concerne à área da saúde, estudos revelaram que a prevalência do tabagismo entre os membros de uma equipe de enfermagem foi de 50,8%, entre dentistas, de 37%, e entre médicos, de 29,9% (VIEGAS; ANDRADE; SILVESTRE, 2007; RODRIGUES; GALVÃO; VIEGAS, 2008; CUSTÓDIO et al., 2011).

Nos últimos anos, têm-se observado um aumento no número de estudos mensurando a qualidade de vida em tabagistas, e um ponto em comum encontrado é a melhor qualidade de vida dos não tabagistas quando comparados aos tabagistas

(MITRA et al., 2004). Segundo Nahas (2003), as intervenções que mais afetam esse construto estão centradas na eliminação do fumo, no aumento da atividade física e na melhoria dos padrões nutricionais.

Em relação à outras drogas, o álcool é uma substância largamente utilizada, e seu uso já responde por 95% dos resultados de morbidez e mortalidade relatados pelo abuso dessa substância (SOUZA; ARECO; FILHO, 2005).

Aproximadamente 2 bilhões de pessoas no mundo fazem uso de álcool. Esta substância tem sido apontada como agente de mais de 60 tipos de doenças, sendo responsável por 3,8% das mortes e 4,6% dos casos de doença em todo o mundo (LARANJEIRA et al., 2007). Seu uso problemático é um dos principais fatores que contribuem para as precárias condições de saúde mundial e responde por 4% dos anos perdidos de vida útil. Estima-se que nos países da América Latina 16% dos anos de vida útil perdidos estão relacionados ao consumo de álcool (WHO, 2004a).

Segundo a OMS, a população brasileira encontra-se entre os maiores consumidores de álcool, com estimativa de consumo anual de aproximadamente nove litros de álcool absoluto entre residentes maiores de quinze anos de idade (WHO, 2004a). De acordo com o levantamento nacional sobre os padrões de uso de álcool na população brasileira, 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem pelo menos uma vez ao ano, sendo que 65% dos homens e 41% das mulheres consomem bebidas alcoólicas. No grupo dos adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram cinco doses ou mais, na ocasião em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de uma a quatro vezes por semana (LARANJEIRA et al., 2007).

No referido levantamento, o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil foi considerado como um importante problema de saúde pública, principalmente entre os jovens. Este estudo apontou que beber precoce e regularmente está realmente acontecendo entre os jovens, de tal forma que a primeira vez de uso tem ocorrido aos 13,9 anos; enquanto que o consumo regular é realizado aos 14,6 anos. Ainda foi verificado que cerca de 16% da amostra de adolescentes relataram um comportamento de beber intenso em um curto espaço de tempo, o que predispõe o adolescente a uma série de problemas sociais e de saúde (LARANJEIRA et al., 2007).

Esta droga psicoativa é a mais usada na maioria dos países, tanto para celebração como para aliviar o sofrimento, pois libera as inibições. Entretanto, há uma série de problemas que podem resultar de seu consumo cotidiano, entre eles diversos danos sociais e individuais, uma vez que, esse risco não é facilmente percebido, pois o consumo de álcool é lícito e socialmente aceito na maioria dos países (STRONACH, 2004).

Os problemas mais comuns em curto prazo associados ao consumo de álcool são violências e agressões, acidentes de trânsito, atividade sexual não planejada ou não desejada, conflitos com a lei ou no trabalho. Geralmente esses episódios são resultados de um exagerado consumo de bebidas principalmente entre pessoas mais jovens. Os problemas em longo prazo são resultados de consumo excessivo de álcool por um período maior de tempo, podendo ocorrer não somente danos a diversos órgãos, entre eles, fígado e coração, mas também perda de relacionamentos pessoais, de emprego e problemas financeiros (STRONACH, 2004).

Para Abreu et al. (2010), o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil é um dos principais fatores responsáveis pela alta incidência dos acidentes com vítimas. Em aproximadamente 70% dos acidentes violentos com mortes, no trânsito, o álcool é o principal responsável.

Estudos mostraram que o consumo de álcool atinge pessoas de todas as classes sociais e das mais diversas profissões. Em uma equipe de enfermagem portadora de hipertensão arterial, 43,8% dos entrevistados referiram consumir álcool etílico, e 20,8% informaram que pararam de ingerir essa substância (CUSTÓDIO et al., 2011). Outro estudo, envolvendo profissionais de saúde de uma unidade hospitalar, verificou que 35,6% dos indivíduos relataram o hábito de consumo de álcool (RAMOS et al., 2006).

A redução da exposição aos comportamentos de risco à saúde (inatividade física, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas) constitui um desafio para a saúde pública, tanto no aspecto da diminuição da morbidade e mortalidade para as doenças crônicas não transmissíveis, quanto por questões econômicas relacionadas ao tratamento destas (MATSUDO, 2002; WHO, 2004a; WHO, 2008). Apesar do desenvolvimento, nos últimos anos, de levantamentos com o objetivo de identificar e

acompanhar os comportamentos de risco entre profissionais da área da saúde, ressalta-se a escassez de estudos dessa natureza envolvendo os ACS.

3.5.3 Dor musculoesquelética

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável e que, geralmente, está associada ou é descrita em termos de lesões teciduais. Essa sensação varia desde uma leve irritação até uma dor intensa, e apesar de provocar desconforto, ela constitui-se em um mecanismo protetor do corpo humano que fornece informações sobre a localização e intensidade dos estímulos dolorosos aos tecidos do organismo (SOKKA, 2003).

A dor musculoesquelética é considerada um problema de saúde pública mundial, sendo a principal causa de dor em toda a sociedade. Este sintoma pode atingir níveis epidêmicos em determinadas populações, com importantes consequências negativas do ponto de vista social e econômico como os elevados custos à sociedade em função do absenteísmo ao trabalho, licenças médicas, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas, benefícios previdenciários e pensões, além de provocar baixa produtividade no emprego (VON KORFF; DUNN, 2008).

O impacto desfavorável promovido pela dor musculoesquelética na qualidade de vida dos indivíduos interfere nas atividades diárias de até dois terços dos sujeitos, especialmente na capacidade de realizar exercícios, praticar esportes, desempenhar tarefas da vida diária, bem como executar atividades laborais (GERDLE et al., 2004; WALSH et al., 2004). Estima-se que 40% dos indivíduos manifestarão dor musculoesquelética em algum momento da vida. Dentre as principais fontes de dor crônica no aparelho locomotor, pode-se destacar: dor na coluna, dor miofascial, osteoartrose, periartrites, fibromialgia, entre outras (MARTINEZ et al., 2004).

De acordo com Soares e Jablonska (2004), a dor quando se prolonga, torna-se um problema, pois além de redução da atividade laboral, possibilita o desenvolvimento de quadros de depressão. Segundo esses autores, vários fatores como os

sociodemográficos, psicossociais, físicos e organizacionais estão relacionados ao desencadeamento, desenvolvimento e manutenção da dor musculoesquelética.

Para Santos e Vogt (2009), as algias nas estruturas musculoesqueléticas estão associadas a fatores como a sobrecarga decorrente das atividades profissionais, seja por movimentos repetitivos ou permanência em postura estática, assim como por tarefas que exigem esforço físico. A permanência em posturas inadequadas, principalmente por tempo prolongado, durante a jornada de trabalho, é um dos fatores que predispõe a dor e desconforto. A dor decorrente do desequilíbrio musculoesquelético tende a ser localizada e manifesta-se frequentemente nas regiões da coluna cervical e lombar.

O primeiro relato na literatura envolvendo queixas dolorosas e tipos de atividades no trabalho surgiu em 1713. Entretanto, essa questão despertou o interesse da sociedade apenas na década de 1980, na Austrália, em função de uma epidemia de sintomas dolorosos na região cervicobraquial. A partir daí, vários estudos nessa área da saúde foram realizados, sendo então estabelecido o termo Lesões por Esforços Repetitivos (LER) como forma de reportar essas lesões laborais, e que atualmente é conhecido como Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) (MONTROYA-DIAZ, 2008).

As LER/DORT configuram-se como uma doença que merece destaque no cenário de adoecimento das mais variadas profissões, visto que as afecções relacionadas ao sistema musculoesquelético têm se tornado cada vez mais comuns em todo o mundo, principalmente nas últimas décadas, e estão entre as mais importantes causas de morbidade e incapacidade em adultos (LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007).

Segundo Pessoa, Cardia e Santos (2010), a dor em indivíduos com LER/DORT é decorrente das alterações morfofuncionais adaptativas dos tecidos, quando expostos aos fatores de risco no ambiente laboral. De acordo com Sousa e Silva (2005), o primeiro sintoma evidenciado nos indivíduos com LER/DORT é a dor, que pode se iniciar com pontadas intermitentes, sendo muitas vezes, acompanhada de fadiga muscular e desconforto, cuja recuperação se dá por meio de curtos períodos de repouso.

Em função da não remoção dos fatores agressivos, a dor que a princípio é leve ou moderada e sempre relacionada aos movimentos, passa a ser semicontínua ou contínua, muito intensa, irradiada e difusa, com períodos de exacerbação quando são executados determinados movimentos, ao final da jornada de trabalho ou mesmo quando fora do trabalho. Neste estágio, uma das queixas mais frequentes é a dor noturna e de remissão demorada, que dificulta o sono e promove o desgaste psíquico (SOUSA; SILVA, 2005).

As alterações fisiológicas, psicológicas e psicossociais podem ser evidenciadas em indivíduos com dor musculoesquelética; entretanto, a percepção dos estímulos dolorosos pode ser modificada pelo estado psíquico de cada indivíduo, cabendo ressaltar que a dor crônica pode produzir incapacidade para as atividades profissionais, sociais e familiares (PESSOA; CARDIA; SANTOS, 2010).

Em estudo envolvendo fisioterapeutas foi verificado que 71% dos indivíduos relataram ter experimentado alguma dor de origem musculoesquelética constante ou intermitente por, pelo menos, 3 dias após o início de suas atividades profissionais (SOUZA d'ÁVILA; FRAGA SOUSA; SAMPAIO, 2005). Segundo estudo realizado por Carmo et al. (2011), a sintomatologia dolorosa foi relatada por 69,7% dos odontólogos, principalmente nas regiões de pescoço (69,2%) e lombar (69,7%). Em outro estudo, foi observada uma elevada prevalência de dor musculoesquelética entre os trabalhadores de enfermagem, sendo que 96,3% dos indivíduos apresentaram dor nos últimos 12 meses e 73,1% nos últimos sete dias (MAGNAGO et al., 2010).

Vale destacar que, assim como a dor musculoesquelética, outros fatores como o estresse ocupacional e os comportamentos de risco à saúde têm crescido incessantemente nos últimos anos, gerando elevados custos médicos e sociais para os indivíduos, as famílias e a sociedade, além de representar significativo impacto na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores. Portanto, a análise e o adequado dimensionamento da qualidade de vida, bem como a investigação de seus fatores associados são relevantes para constituir medidas que possam intervir sobre esses problemas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-analítico com delineamento transversal. Os estudos descritivos têm como característica a descrição de como um fenômeno específico ocorre, demonstrando as suas características e relações com outros fenômenos (FARIA; CUNHA; FELIPE, 2007). Já os estudos analíticos podem ser considerados como pertencentes a uma segunda etapa no processo de obtenção de conhecimentos sobre um tema, visto serem utilizados após a primeira etapa, representados pelos estudos descritivos. As pesquisas analíticas estão usualmente subordinadas às questões científicas, as “hipóteses”, que relacionam eventos: uma suposta “causa” e um dado “efeito”, ou a “exposição” e a “doença” (PEREIRA, 2008).

Também chamados de estudos seccionais ou de corte-transversal, esse desenho de pesquisa tem sido o mais empregado nas investigações no campo da Saúde Coletiva. Neste tipo de estudo epidemiológico, o fator e o efeito são observados num mesmo momento histórico, produzindo “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade baseado na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo e, a partir daí, determinar indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O estudo transversal é vantajoso pelo baixo custo e alto potencial descritivo, servindo de subsídio para o planejamento, a simplicidade analítica e a capacidade de inferência dos resultados observados para uma população definida no tempo e no espaço. Quanto às desvantagens, uma das principais é que este tipo de desenho se torna inadequado para testar hipóteses causais, já que a relação efeito e doença são estudadas no mesmo momento, conferindo baixo poder analítico (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

4.2 Campo de estudo

O presente estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jequié/Bahia. Este município está localizado no interior do Estado da Bahia, na Mesorregião do Centro-Sul, distante 365 km de Salvador, e possui os seguintes distritos: Florestal, Itaibó, Boaçu, Itajuru, Monte Branco, Baixão, Oriente Novo e Barra Avenida. Sua área compreende mais de 3.200 km², sendo que sua população é constituída de aproximadamente 151.895 habitantes (IBGE, 2011).

O município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, no qual todos os ACS são servidores municipais em Regime Estatutário, com uma jornada de trabalho diária de oito horas. Estes profissionais estão distribuídos da seguinte forma: 179 ACS em 9 PACS e 182 ACS em 27 ESF, sendo que 86 ACS atuam na zona rural e 275 na zona urbana, perfazendo um total de 361 ACS (CNES, 2011).

4.3 População do estudo

A população foi constituída pelos ACS em atuação vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié/BA. De um total de 361 ACS, foram excluídos do estudo 27 sujeitos, 16 por se encontrarem em licença médica, 10 em licença maternidade e 1 que se encontrava em afastamento administrativo.

Portanto, a amostra foi composta por 334 ACS, tendo ocorrido uma perda de 18 indivíduos, 1 por desenvolver apenas atividades administrativas e 17 por não aceitarem participar do estudo, perfazendo um total de 316 sujeitos (taxa de resposta de 94,61%).

4.4 Instrumentos do estudo

Para a realização do estudo foi utilizado um questionário (APÊNDICE B) composto por cinco blocos de informações, dispostos a seguir:

- a) informações sociodemográficas;
- b) informações relacionadas à ocupação;
- c) informações relacionadas aos comportamentos de risco;
- d) informações relacionadas à saúde;
- e) avaliação da qualidade de vida.

Primeiro bloco

Este bloco consiste de questões sociodemográficas, tais como: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e renda mensal familiar.

Segundo bloco

Consiste das variáveis ocupacionais como: tempo de trabalho como ACS, local de atuação (zona urbana/ zona rural), número de famílias cadastradas, outra atividade remunerada, e aspectos psicossociais do trabalho relacionados à ocupação principal.

Em relação aos aspectos psicossociais do trabalho, estes foram avaliados segundo o Modelo Demanda-Controle (KARASEK, 1979), considerando o controle do ACS sobre seu próprio trabalho e as demandas psicológicas envolvidas na sua atividade profissional.

Para avaliação dos aspectos psicossociais (controle e demanda psicológica) foi utilizada a versão do Questionário sobre o Conteúdo do Trabalho (Job Content Questionnaire- JCQ) traduzida e validada por Araújo e Karasek (2008) para grupos ocupacionais no Brasil. Este instrumento pode aferir as dimensões psicossociais do trabalho – demandas psicológicas e o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho (KARASEK et al., 1998; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). O indicador da demanda é composto por variáveis que medem tempo, volume, ritmo de realização do trabalho e existência de solicitações conflitantes; enquanto que o indicador do controle

é composto por variáveis que medem habilidade, aprendizado, criatividade, diferenciação das tarefas e repetição no trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990).

Foram utilizadas cinco questões para avaliar a demanda psicológica e nove questões para o controle sobre o trabalho, sendo medidas em uma escala de 1 a 4 (1-discordo fortemente, 2-discordo, 3-concordo, 4-concordo fortemente).

A partir dos escores das variáveis contidas no JCQ, realizou-se a somatória considerando as ponderações previstas no processo de operacionalização do modelo. Para a dicotomização do controle (baixo/alto) e da demanda psicológica (baixa/alta) adotou-se a mediana para o ponto de corte. Mediante a combinação da demanda e controle, agrupou-se os ACS segundo a classificação de Karasek e Theorell (1990) em quatro categorias: baixa exigência do trabalho (baixa demanda psicológica e alto controle sobre o próprio trabalho), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), e alta exigência (alta demanda e baixo controle).

Os ACS expostos ao trabalho de baixa exigência foram considerados como grupo não exposto e utilizado como grupo de referência. Aqueles expostos ao trabalho de alta exigência foram considerados como grupo de maior exposição, enquanto que os trabalhos passivo e ativo foram considerados níveis intermediários de exposição.

Terceiro bloco

Neste bloco estão os seguintes comportamentos de risco: consumo de bebida alcoólica, tabagismo e inatividade física.

Foram considerados consumidores de bebida alcoólica todos os indivíduos que referiram fazer uso de álcool atualmente, independente da quantidade, tipo ou frequência de uso. O consumo atual foi caracterizado como o de pelo menos uma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias (BRASIL, 2004a). Para a categorização dos ACS como tabagistas, considerou-se o hábito de fumar atual ou pregresso.

Com relação à atividade física, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire - IPAQ), em seu formato curto, versão 8, validado para a população brasileira (MATSUDO et al., 2001). Este questionário tem como referência a última semana, e suas questões são

referentes à frequência e duração da realização de atividades físicas moderadas, vigorosas e de caminhada (MATSUDO et al., 2002).

A análise dos dados do nível de atividade física foi feita de acordo com o consenso entre o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e o Center for Disease Control (CDC) de Atlanta em 2002. A partir dos critérios de frequência e duração, os indivíduos foram classificados em quatro categorias:

- **Muito Ativo:** indivíduo que cumpriu as seguintes recomendações:
 - a) atividades vigorosas ao menos 5 dias por semana por no mínimo 30 minutos ou;
 - b) atividades vigorosas ao menos 3 dias por semana, com 20 ou mais minutos por sessão, acrescidas de atividade moderada ou caminhada ao menos 5 dias por semana e com ao menos 30 minutos por sessão.
- **Ativo:** indivíduo que cumpriu as seguintes recomendações:
 - a) atividades vigorosas ao menos 3 dias por semana e por pelo menos 20 minutos em cada sessão ou;
 - b) atividade moderada ou caminhada ao menos 5 dias por semana e ao menos por 30 minutos em cada sessão ou;
 - c) qualquer atividade ao menos 5 dias por semana, perfazendo no total pelo menos 150 minutos.
- **Irregularmente Ativo:** indivíduo que realizou atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos em algum dia da semana, porém insuficiente para ser classificado como ativo em função do não cumprimento das recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa).
- **Sedentário:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana (MATSUDO et al., 2002).

Para análise da distribuição da atividade física no presente estudo, os indivíduos classificados como “ativos” e “muito ativos” foram agrupados em uma única categoria, correspondente à prática suficiente de atividade física, e aqueles

classificados como “irregularmente ativos” e “sedentários” compuseram a categoria correspondente à prática insuficiente de atividade física.

Quarto bloco

Neste bloco estão as informações relacionadas à saúde, tais como: dor musculoesquelética e satisfação do indivíduo com a própria saúde.

Em relação à dor musculoesquelética auto-referida, buscou-se estudar a ocorrência ou não de queixas nos últimos sete dias e a localização da dor. As regiões corporais investigadas foram: membros inferiores (dor nas pernas), membros superiores (dor nos braços) e coluna (dor nas costas/ coluna). Para fins de análise dos dados, considerou-se apenas a ocorrência ou não de dor musculoesquelética nos últimos sete dias, independente da área corporal comprometida.

A satisfação do indivíduo com a própria saúde foi avaliada através da segunda questão geral do instrumento WHOQOL-Bref, que é avaliada separadamente das outras questões do instrumento (FLECK et al., 2000). Nesta questão, o indivíduo tem cinco alternativas de escolha: “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “nem satisfeito nem insatisfeito”, “satisfeito” e “muito satisfeito”. Para a análise da distribuição dessa questão, as respostas “muito insatisfeito”, “insatisfeito” e “nem satisfeito nem insatisfeito” foram agrupadas em uma única categoria, correspondente à satisfação negativa/indefinida de saúde; e as respostas “satisfeito” e “muito satisfeito” compuseram a categoria correspondente à satisfação positiva de saúde.

Quinto bloco

Este bloco refere-se à qualidade de vida, sendo esta avaliada através do instrumento WHOQOL-Bref, em sua versão traduzida para o português (FLECK et al., 2000).

Este instrumento de rápida aplicação, validado para a população brasileira, 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 à satisfação do indivíduo com a própria saúde. As demais 24 questões estão distribuídas em quatro domínios, tais como:

- Domínio I – domínio físico, composto por sete questões: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamento, e capacidade para o trabalho.
- Domínio II - domínio psicológico, composto por seis questões: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos, e espiritualidade/religião/crenças pessoais.
- Domínio III – domínio relações sociais, composto por três questões: relações pessoais; suporte (apoio) social, e atividade sexual.
- Domínio IV - domínio meio ambiente, composto por oito questões: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; oportunidades de recreação/lazer; transporte, e ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) (FLECK et al., 2000).

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

O WHOQOL-Bref fornece um perfil da qualidade de vida obtido através dos escores dos quatro domínios, onde quanto mais alto os escores, melhor é a sua avaliação. Para avaliar os resultados foi dado um escore para cada questão, variando de um a cinco, com objetivo de transformá-lo segundo a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL em uma escala graduada inicialmente entre 4 e 20. Em seguida, realizou-se uma nova transformação desses escores numa escala de 0 a 100, sendo que zero (0) corresponde a uma pior avaliação e cem (100) a uma melhor avaliação da qualidade de vida, possibilitando a análise individual de cada dimensão. Devido a característica da multidimensionalidade do construto da qualidade de vida, não é possível atribuir um escore único total nessa avaliação, devendo os escores serem avaliados separadamente em cada domínio.

Para análise da qualidade de vida dos ACS foram consideradas apenas as 24 questões referentes aos quatro domínios do WHOQOL-Bref, sendo que para a categorização de cada domínio foi adotada a mediana como referência. Logo, os indivíduos com escore médio igual ou abaixo do valor da mediana foram categorizados como “grupo de maior comprometimento”, e os indivíduos com escore médio acima do valor da mediana foram categorizados como “grupo de menor comprometimento”.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

O estudo teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), e após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié/BA para a realização desta investigação. A princípio foi realizado um mapeamento das UBS e das USF do município e a identificação dos ACS nos seus respectivos locais de trabalho.

Um estudo-piloto foi realizado com 14 ACS do município de Itabuna/BA, situado a 185 km do município de Jequié/BA, o qual possibilitou testar o instrumento de pesquisa e adequar algumas questões relacionadas à ocupação do agente.

Os ACS foram esclarecidos sobre o estudo, bem como seus objetivos, procedimentos e destino dos dados. Também foi informado que a participação no estudo era voluntária e que os resultados seriam tratados com confidencialidade, sendo garantido o anonimato das informações. Os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2011, em locais reservados nas unidades de saúde e nos espaços onde aconteciam as reuniões dos agentes e das equipes de saúde. As reuniões para a coleta dos dados foram previamente agendadas com os ACS, sendo que as informações do questionário foram registradas pelo pesquisador, e por três discentes dos cursos da área de saúde da UESB, os quais foram devidamente treinados para aplicação do instrumento.

4.6 Definição das variáveis do estudo

No Quadro 1 foram especificadas as variáveis investigadas no estudo, sendo as mesmas apresentadas com relação à sua descrição, categorias estabelecidas e classificação (dependente e independente). As categorias de referência foram indicadas pelo número zero.

Além da categorização dos domínios do WHOQOL-Bref a partir da mediana, as variáveis idade, renda familiar, tempo de trabalho como ACS e número de famílias cadastradas também foram categorizadas adotando-se a mediana como referência.

Quadro 1 – Descrição, categorias e classificação das variáveis utilizadas no estudo.

| Variável | Descrição | Categorias estabelecidas | Classificação |
|-------------------------|--|---|---------------|
| Qualidade de vida | Domínio Físico | 0 = > 64,29 1 = ≤ 64,29 | Dependente |
| Qualidade de vida | Domínio Psicológico | 0 = > 75,00 1 = ≤ 75,00 | Dependente |
| Qualidade de vida | Domínio Relação Social | 0 = > 75,00 1 = ≤ 75,00 | Dependente |
| Qualidade de vida | Domínio Meio Ambiente | 0 = > 46,88 1 = ≤ 46,88 | Dependente |
| Sexo | Sexo do indivíduo | 0 = masculino 1 = feminino | Independente |
| Idade | Idade em anos completos | 0 = ≤ 38 anos 1 = > 38 anos | Independente |
| Situação conjugal | Condição do relacionamento civil | 0 = com união estável 1 = sem união estável | Independente |
| Escolaridade | Grau de instrução | 0 = superior 1 = médio 2 = fundamental | Independente |
| Renda familiar | Valor do rendimento familiar mensal | 0 = > 1.200,00 Reais 1 = ≤ 1.200,00 Reais | Independente |
| Tempo de trabalho | Tempo de trabalho como ACS (em anos) | 0 = ≤ 10 anos 1 = > 10 anos | Independente |
| Local de trabalho | Área de atuação segundo clientela adstrita | 0 = zona rural 1 = zona urbana | Independente |
| Número de famílias | Número de famílias cadastradas por ACS | 0 = ≤ 130 famílias 1 = > 130 famílias | Independente |
| Outra atividade | Realização de outra atividade que lhe dê rendimentos | 0 = sim 1 = não | Independente |
| Modelo Demanda-Controle | Aspectos psicossociais do trabalho | 0 = baixa exigência 1 = trabalho passivo 2 = trabalho ativo 3 = alta exigência | Independente |
| Tabagismo | Hábito de fumar atual ou pregresso | 0 = não 1 = sim | Independente |

| | | | |
|-----------------------------|--|---|--------------|
| Consumo de bebida alcoólica | Consumo atual de bebida alcoólica | 0 = não 1 = sim | Independente |
| Atividade física | Prática de atividade física | 0 = suficiente 1 = insuficiente | Independente |
| Dor musculoesquelética | Presença de dor musculoesquelética nos últimos sete dias | 0 = não 1 = sim | Independente |
| Satisfação com a saúde | Satisfação do indivíduo com a própria saúde | 0 = positiva 1 = negativa/indefinida | Independente |

4.7 Análise dos dados

As variáveis sociodemográficas, ocupacionais, relacionadas aos comportamentos de risco, relacionadas à saúde e os domínios do WHOQOL-Bref foram, inicialmente, submetidas à estatística descritiva. Para as variáveis categóricas foram utilizadas frequências absoluta e relativa, e para as variáveis quantitativas, média, mediana, desvio padrão, intervalo de confiança e valores mínimo e máximo.

As associações entre os domínios de qualidade de vida e as variáveis independentes foram verificadas mediante a obtenção de estimativas brutas e ajustadas das razões de prevalência, por ponto e por intervalos com 95% de confiança (IC 95%), a partir do modelo de regressão de Poisson com variância robusta (BARROS; HIRAKATA, 2003).

Nas análises brutas, as prevalências de maior comprometimento dos domínios de qualidade de vida foram calculadas para cada categoria das variáveis independentes, e o nível de significância foi testado por meio do teste de Wald para heterogeneidade. Para as análises ajustadas, foram incluídas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ nas análises brutas, seguindo a ordem de um modelo hierárquico para determinação dos desfechos (VICTORA et al., 1997), como apresentado na Figura 2.

Primeiramente, as variáveis do nível 1 (sociodemográficas) foram ajustadas entre si, sendo mantidas nos modelos aquelas que obtiveram $p < 0,20$, para ajuste das variáveis nos níveis seguintes. Posteriormente, foram incluídas as variáveis do nível 2 (ocupacionais) que obtiveram $p < 0,20$ na análise bruta. As variáveis que permaneceram com significância estatística abaixo de 20% foram mantidas nos

modelos, juntamente com as variáveis do nível 1, para o ajustamento nas variáveis dos níveis seguintes.

As variáveis do nível 3 (comportamentos de risco) também foram acrescentadas, respeitando o valor de $p < 0,20$ nas análises brutas. Nesta etapa, as variáveis que permaneceram com significância estatística abaixo de 20% foram mantidas nos modelos finais, juntamente com as variáveis dos níveis 1 e 2, para a realização do ajuste nas variáveis do nível 4. Para finalizar, foram incluídas as variáveis do nível 4 (relacionadas à saúde) com $p < 0,20$ para compor o modelo, juntamente com as variáveis dos níveis 1, 2 e 3. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Os dados foram tabulados e analisados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15.0.

4.8 Questões éticas

Este estudo obedeceu às normas éticas que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde consta o TCLE, o qual foi assinado por cada participante. O referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, sob o protocolo n. 099/2010.

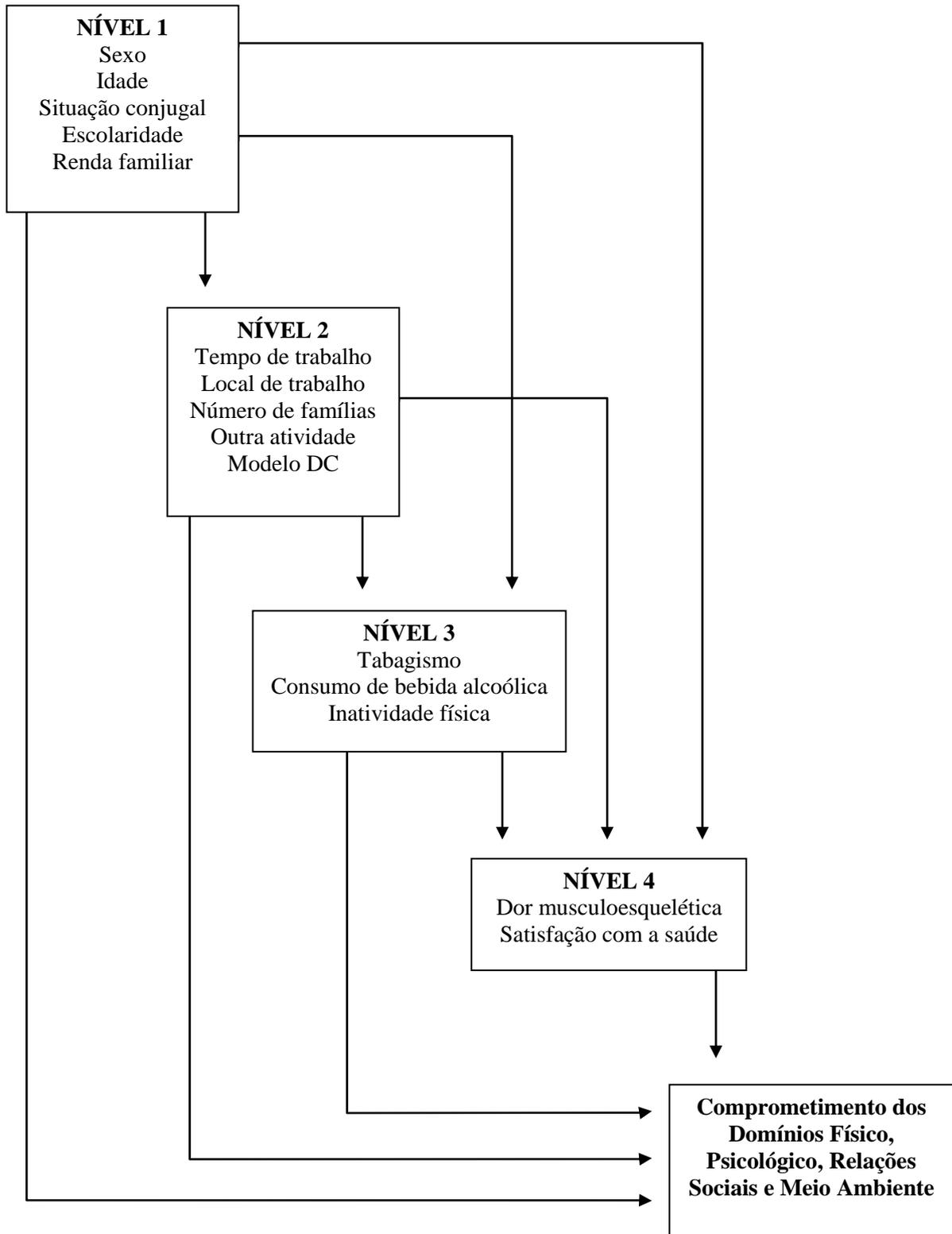


Figura 2 – Modelo hierárquico simplificado, em blocos, para o comprometimento dos domínios de qualidade de vida em ACS.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da população em estudo

A partir da análise dos dados observou-se que, dos 316 ACS estudados, a maior parte era do sexo feminino (84,5%); sendo que a média de idade foi de 39,02 (\pm 9,19) anos, variando de 21 a 63 anos. Com relação à situação conjugal, predominaram os indivíduos com união estável (69,0%).

No que se refere à escolaridade, a maioria dos ACS apresentavam nível médio completo ou incompleto (79,1%). A renda familiar mensal variou de 500,00 a 9.000,00 reais, com média de 1.358,40 (\pm 915,88) reais.

O tempo de trabalho como ACS variou de 2 a 14 anos, com média de 8,91 (\pm 4,79) anos. A maioria dos sujeitos trabalhava na zona urbana (74,7%), sendo que o número de famílias cadastradas variou de 25 a 283 famílias, com média de 119,45 (\pm 42,44) famílias por agente de saúde. A maior parte dos ACS não realizava outra atividade remunerada (76,6%).

Com relação aos aspectos psicossociais do trabalho, a distribuição dos ACS segundo o Modelo Demanda-Controle revelou que 29,1% estavam no grupo de baixa exigência, seguido pelos grupos de alta exigência (27,8%), trabalho ativo (26,6%), e trabalho passivo (16,5%). Os dados supracitados estão descritos nas Tabelas 1 e 2.

Quanto às variáveis relacionadas aos comportamentos de risco, 83,5% dos indivíduos nunca fumaram, 61,4% não consumiam nenhum tipo de bebida alcoólica, e 62,3% apresentavam prática de atividade física suficiente (Tabela 3).

A prevalência de dor musculoesquelética nos últimos sete dias, independente da região corporal afetada, foi de 84,8% entre os ACS do município de Jequié/BA (Tabela 3). A região corporal em que se registraram mais queixas álgicas foram os membros inferiores (60,1%), seguido pela coluna (59,8%), e membros superiores (41,8%). Dentre os indivíduos investigados, 31,3% referiram dor em apenas um dos três segmentos corporais, 30,1%, em dois segmentos, e 23,4%, nos três segmentos.

Tabela 1. Distribuição dos resultados das variáveis categóricas sociodemográficas e ocupacionais dos ACS investigados. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Variáveis | n | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Feminino | 267 | 84,5 |
| Masculino | 49 | 15,5 |
| Situação Conjugal | | |
| Sem união estável | 98 | 31,0 |
| Com união estável | 218 | 69,0 |
| Escolaridade | | |
| Fundamental | 20 | 6,3 |
| Médio | 250 | 79,1 |
| Superior | 46 | 14,6 |
| Local de trabalho | | |
| Zona urbana | 236 | 74,7 |
| Zona rural | 80 | 25,3 |
| Outra atividade remunerada | | |
| Não | 242 | 76,6 |
| Sim | 74 | 23,4 |
| Modelo Demanda-Controle | | |
| Alta exigência | 88 | 27,8 |
| Trabalho ativo | 84 | 26,6 |
| Trabalho passivo | 52 | 16,5 |
| Baixa exigência | 92 | 29,1 |

Tabela 2. Distribuição dos resultados das variáveis quantitativas sociodemográficas e ocupacionais dos ACS investigados. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Variáveis | Média | Mediana | DP* | IC** (95%) | MIN-MAX*** |
|---------------------------------------|--------------|----------------|------------|-------------------|-------------------|
| Idade | 39,02 | 38,00 | 9,19 | 38,00-40,03 | 21-63 |
| Renda Familiar | 1.358,40 | 1.200,00 | 915,88 | 1.257,02-1.459,77 | 500,00-9.000,00 |
| Tempo de trabalho como ACS | 8,91 | 10,00 | 4,79 | 8,37-9,44 | 2-14 |
| Número de famílias cadastradas | 119,45 | 130 | 42,44 | 114,75-124,15 | 25-283 |

*Desvio-Padrão, **Intervalo de Confiança, ***Valores Mínimo e Máximo

Na análise subjetiva sobre a satisfação dos ACS com sua própria saúde, obtida a partir da segunda questão do WHOQOL-Bref, observou-se um elevado percentual de indivíduos com satisfação negativa/indefinida (58,9%) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos resultados das variáveis relacionadas aos comportamentos de risco e à saúde dos ACS investigados. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Variáveis | n | % |
|-------------------------------|-----|------|
| Tabagismo | | |
| Sim | 52 | 16,5 |
| Não | 264 | 83,5 |
| Consumo de álcool | | |
| Sim | 122 | 38,6 |
| Não | 194 | 61,4 |
| Atividade Física | | |
| Insuficiente | 119 | 37,7 |
| Suficiente | 197 | 62,3 |
| Dor musculoesquelética | | |
| Sim | 268 | 84,8 |
| Não | 48 | 15,2 |
| Satisfação com a saúde | | |
| Negativa/indefinida | 186 | 58,9 |
| Positiva | 130 | 41,1 |

A descrição dos resultados referentes a cada domínio do WHOQOL-Bref está exposta na Tabela 4. Nela, pode-se observar que o domínio relações sociais obteve o escore médio mais alto (76,90), seguido pelo domínio psicológico (74,33), domínio físico (64,04) e, por último, o domínio meio ambiente (47,45).

Tabela 4. Distribuição dos resultados dos domínios do WHOQOL-Bref dos ACS investigados. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Domínios | Média | Mediana | DP* | IC**(95%) | MIN-MAX*** |
|-------------------------|-------|---------|-------|---------------|--------------|
| Físico | 64,04 | 64,29 | 14,91 | 62,38 – 65,68 | 14,29 – 100 |
| Psicológico | 74,33 | 75,00 | 11,94 | 73,00 – 75,64 | 33,33 – 100 |
| Relações Sociais | 76,90 | 75,00 | 14,22 | 75,32 – 78,47 | 33,33 – 100 |
| Meio Ambiente | 47,45 | 46,88 | 13,90 | 45,91- 48,98 | 9,38 – 93,75 |

*Desvio-Padrão, **Intervalo de Confiança, ***Valores Mínimo e Máximo

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

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 5).

Tabela 5. Distribuição dos resultados das questões de cada domínio do WHOQOL-Bref dos ACS investigados. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Questões do WHOQOL-Bref | Média | 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 (autoestima) | 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 |

*Desvio-Padrão

5.2 Associação entre as variáveis independentes do estudo e os domínios da qualidade de vida

Os resultados das associações entre as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, relacionadas aos comportamentos de risco, e relacionadas à saúde com o maior comprometimento da qualidade de vida foram apresentados individualmente para cada domínio do WHOQOL-Bref.

Os dados da Tabela 6 mostram as prevalências e os resultados da análise bruta do maior comprometimento do domínio físico (categoria com escore médio menor/igual a 64,29) em relação às variáveis independentes do estudo. A categoria com escore médio menor/igual a 64,29 do domínio físico foi estatisticamente significativa entre os ACS do sexo feminino ($p = 0,001$), idade maior que 38 anos ($p = 0,001$), tempo de trabalho maior que 10 anos ($p = 0,019$), tabagistas ($p = 0,008$), presença de dor musculoesquelética ($p < 0,001$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p < 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação às demais variáveis da investigação.

Os resultados da análise bruta mostraram que as variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, tempo de trabalho como ACS, local de trabalho, número de famílias cadastradas, outra atividade remunerada, tabagismo, atividade física, dor musculoesquelética e satisfação com a saúde, atingiram significância estatística ($p < 0,20$) para serem incluídas no modelo múltiplo hierarquizado.

A tabela 7 apresenta os resultados da análise ajustada (modelo de Poisson múltiplo) para o comprometimento do domínio físico (categoria com escore médio menor/igual a 64,29) em relação às variáveis independentes do estudo. Após os ajustes intra e inter blocos, de acordo com o modelo hierárquico, as variáveis escolaridade, número de famílias cadastradas e outra atividade remunerada não permaneceram no modelo, por não atender o critério de significância ($p < 0,20$).

Tabela 6. Prevalência do comprometimento do domínio físico da qualidade de vida e análise bruta de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Nível | Variáveis | % | RP _{bruta} | IC 95% | p |
|--------------------------------|---------------------------------------|------|---------------------|------------|---------|
| 1 | Sexo | | | | 0,001 |
| | Feminino | 57,7 | 2,35 | 1,42-3,89 | |
| | Masculino | 24,5 | 1,00 | | |
| | Idade | | | | 0,001 |
| | > 38 anos | 62,2 | 1,44 | 1,16-1,78 | |
| | ≤ 38 anos | 43,1 | 1,00 | | |
| | Situação Conjugal | | | | 0,289 |
| | Sem união estável | 48,0 | 0,87 | 0,69-1,11 | |
| | Com união estável | 54,6 | 1,00 | | |
| | Escolaridade | | | | 0,140 |
| Fundamental | 70,0 | 1,40 | 0,93-2,10 | | |
| Médio | 51,6 | 1,03 | 0,75-1,41 | | |
| Superior | 50,0 | 1,00 | | | |
| Renda Familiar | | | | 0,184 | |
| ≤ 1200,00 Reais | 55,8 | 1,15 | 0,93-1,44 | | |
| > 1200,00 Reais | 48,1 | 1,00 | | | |
| 2 | Tempo de trabalho como ACS | | | | 0,019 |
| | > 10 anos | 59,2 | 1,29 | 1,04-1,59 | |
| | ≤ 10 anos | 45,9 | 1,00 | | |
| | Local de trabalho | | | | 0,054 |
| | Zona urbana | 55,9 | 1,31 | 0,99-1,73 | |
| | Zona rural | 42,5 | 1,00 | | |
| | Número de famílias cadastradas | | | | 0,132 |
| | > 130 famílias | 57,0 | 1,17 | 0,95-1,44 | |
| | ≤ 130 famílias | 48,5 | 1,00 | | |
| | Outra atividade remunerada | | | | 0,054 |
| Não | 55,8 | 1,33 | 0,99-1,78 | | |
| Sim | 41,9 | 1,00 | | | |
| Modelo Demanda-controle | | | | 0,688 | |
| Alta exigência | 56,8 | 1,18 | 0,89-1,57 | | |
| Trabalho ativo | 52,4 | 1,09 | 0,81-1,47 | | |
| Trabalho passivo | 53,8 | 1,12 | 0,80-1,56 | | |
| Baixa exigência | 47,8 | 1,00 | | | |
| 3 | Tabagismo | | | | 0,008 |
| | Sim | 67,3 | 1,35 | 1,08-1,69 | |
| | Não | 49,6 | 1,00 | | |
| | Consumo de álcool | | | | 0,351 |
| | Sim | 49,2 | 0,90 | 0,72-1,12 | |
| | Não | 54,6 | 1,00 | | |
| Atividade física | | | | 0,091 | |
| Insuficiente | 46,2 | 0,82 | 0,65-1,03 | | |
| Suficiente | 56,3 | 1,00 | | | |
| 4 | Dor musculoesquelética | | | | < 0,001 |
| | Sim | 61,2 | 14,68 | 3,76-57,22 | |
| | Não | 4,2 | 1,00 | | |
| | Satisfação com a saúde | | | | < 0,001 |
| Negativa/indefinida | 72,6 | 3,04 | 2,21-4,19 | | |
| Positiva | 23,8 | 1,00 | | | |

Após as análises, verificou-se que os ACS do sexo feminino ($p = 0,001$), idade maior que 38 anos ($p = 0,003$), presença de dor musculoesquelética ($p = 0,001$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p < 0,001$), apresentaram associação significativa com o comprometimento do domínio físico, ou seja, categoria com escore médio menor/igual a 64,29. No entanto, apesar do local de trabalho (zona urbana) não apresentar diferença estatisticamente significativa em relação ao comprometimento deste domínio, foi encontrado valor de p próximo do limite de significância ($p = 0,059$).

Tabela 7. Modelo de regressão de Poisson múltiplo hierarquizado da associação entre comprometimento do domínio físico da qualidade de vida e as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Nível | Variáveis | RP _{ajustada} | IC 95% | p |
|-------|-----------------------------------|------------------------|------------|---------|
| 1 | Sexo | | | 0,001 |
| | Feminino | 2,34 | 1,41-3,88 | |
| | Masculino | 1,00 | | |
| | Idade | | | 0,003 |
| | > 38 anos | 1,37 | 1,11-1,70 | |
| | ≤ 38 anos | 1,00 | | |
| | Renda Familiar | | | 0,168 |
| | ≤ 1200,00 Reais | 1,16 | 0,93-1,43 | |
| | > 1200,00 Reais | 1,00 | | |
| 2 | Tempo de trabalho como ACS | | | 0,178 |
| | > 10 anos | 1,16 | 0,93-1,44 | |
| | ≤ 10 anos | 1,00 | | |
| | Local de trabalho | | | 0,059 |
| | Zona urbana | 1,29 | 0,99-1,68 | |
| | Zona rural | 1,00 | | |
| 3 | Tabagismo | | | 0,129 |
| | Sim | 1,19 | 0,94-1,50 | |
| | Não | 1,00 | | |
| | Atividade Física | | | 0,139 |
| | Insuficiente | 0,85 | 0,68-1,05 | |
| | Suficiente | 1,00 | | |
| 4 | Dor musculoesquelética | | | 0,001 |
| | Sim | 8,90 | 2,31-34,17 | |
| | Não | 1,00 | | |
| | Satisfação com a saúde | | | < 0,001 |
| | Negativa/indefinida | 2,14 | 1,57-2,91 | |
| | Positiva | 1,00 | | |

Com relação ao domínio psicológico, nos resultados da análise bruta foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a categoria escore médio menor/igual a 75 (maior comprometimento deste domínio) e as variáveis idade maior que 38 anos ($p = 0,021$), ensino fundamental ($p = 0,001$), alta exigência no trabalho ($p = 0,007$), tabagistas ($p < 0,001$), presença de dor musculoesquelética ($p < 0,001$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p < 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação às demais variáveis da investigação (Tabela 8).

Os resultados da análise bruta mostraram que as variáveis: sexo, idade, escolaridade, número de famílias cadastradas, outra atividade remunerada, Modelo Demanda-Controle, tabagismo, dor musculoesquelética e satisfação com a saúde, atingiram significância estatística ($p < 0,20$) para serem incluídas no modelo múltiplo hierarquizado.

A Tabela 9 apresenta os resultados da análise ajustada (modelo de Poisson múltiplo) para a categoria com escore médio menor/igual a 75 (maior comprometimento do domínio psicológico) em relação às variáveis independentes do estudo. Após os ajustes intra e inter blocos, de acordo com o modelo hierárquico, a variável outra atividade remunerada não permaneceu no modelo por não atender o critério de significância ($p < 0,20$).

A partir das análises, verificou-se que os ACS com ensino fundamental ($p = 0,007$), alta exigência no trabalho ($p = 0,023$), tabagistas ($p = 0,001$), presença de dor musculoesquelética ($p = 0,005$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p < 0,001$), apresentaram associação significativa com o comprometimento do domínio psicológico, ou seja, categoria com escore médio menor/igual a 75.

Os ACS do sexo feminino não apresentaram diferença estatística significativa em relação ao comprometimento do domínio psicológico, no entanto, foi encontrado valor de p próximo do limite de significância ($p = 0,056$).

Tabela 8. Prevalência do comprometimento do domínio psicológico da qualidade de vida e análise bruta de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Nível | Variáveis | % | RP _{bruta} | IC 95% | p |
|--------------------------------|---------------------------------------|------|---------------------|-----------|---------|
| 1 | Sexo | | | | 0,069 |
| | Feminino | 60,7 | 1,35 | 0,97-1,87 | |
| | Masculino | 44,9 | 1,00 | | |
| | Idade | | | | 0,021 |
| | > 38 anos | 64,7 | 1,24 | 1,03-1,50 | |
| | ≤ 38 anos | 51,9 | 1,00 | | |
| | Situação Conjugal | | | | 0,319 |
| | Sem união estável | 62,2 | 1,10 | 0,90-1,33 | |
| | Com união estável | 56,4 | 1,00 | | |
| | Escolaridade | | | | 0,001 |
| Fundamental | 85,0 | 1,62 | 1,16-2,27 | | |
| Médio | 57,2 | 1,09 | 0,81-1,47 | | |
| Superior | 52,2 | 1,00 | | | |
| Renda Familiar | | | | 0,550 | |
| ≤ 1200,00 Reais | 59,7 | 1,06 | 0,87-1,28 | | |
| > 1200,00 Reais | 56,3 | 1,00 | | | |
| 2 | Tempo de trabalho como ACS | | | | 0,718 |
| | > 10 anos | 59,2 | 1,03 | 0,85-1,24 | |
| | ≤ 10 anos | 57,2 | 1,00 | | |
| | Local de trabalho | | | | 0,706 |
| | Zona urbana | 57,6 | 0,96 | 0,77-1,18 | |
| | Zona rural | 60,0 | 1,00 | | |
| | Número de famílias cadastradas | | | | 0,179 |
| | > 130 famílias | 54,3 | 0,87 | 0,72-1,06 | |
| | ≤ 130 famílias | 61,8 | 1,00 | | |
| | Outra atividade remunerada | | | | 0,196 |
| Não | 60,3 | 1,17 | 0,92-1,50 | | |
| Sim | 51,4 | 1,00 | | | |
| Modelo Demanda-controle | | | | 0,007 | |
| Alta exigência | 71,6 | 1,46 | 1,14-1,87 | | |
| Trabalho ativo | 52,4 | 1,07 | 0,80-1,43 | | |
| Trabalho passivo | 61,5 | 1,25 | 0,93-1,69 | | |
| Baixa exigência | 48,9 | 1,00 | | | |
| 3 | Tabagismo | | | | < 0,001 |
| | Sim | 76,9 | 1,41 | 1,17-1,69 | |
| | Não | 54,5 | 1,00 | | |
| | Consumo de álcool | | | | 0,347 |
| | Sim | 61,5 | 1,09 | 0,90-1,32 | |
| Não | 56,2 | 1,00 | | | |
| Atividade Física | | | | 0,686 | |
| Insuficiente | 59,7 | 1,04 | 0,86-1,25 | | |
| Suficiente | 57,4 | 1,00 | | | |
| 4 | Dor musculoesquelética | | | | < 0,001 |
| | Sim | 63,8 | 2,35 | 1,46-3,78 | |
| | Não | 27,1 | 1,00 | | |
| | Satisfação com a saúde | | | | < 0,001 |
| Negativa/indefinida | 71,0 | 1,77 | 1,41-2,23 | | |
| Positiva | 40,0 | 1,00 | | | |

Tabela 9. Modelo de regressão de Poisson múltiplo hierarquizado da associação entre comprometimento do domínio psicológico da qualidade de vida e as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Nível | Variáveis | RP _{ajustada} | IC 95% | p |
|-------|---------------------------------------|------------------------|-----------|---------|
| 1 | Sexo | | | 0,056 |
| | Feminino | 1,36 | 0,99-1,87 | |
| | Masculino | 1,00 | | |
| | Idade | | | 0,116 |
| | > 38 anos | 1,17 | 0,96-1,42 | |
| | ≤ 38 anos | 1,00 | | |
| 1 | Escolaridade | | | 0,007 |
| | Fundamental | 1,51 | 1,08-2,13 | |
| | Médio | 1,06 | 0,79-1,41 | |
| | Superior | 1,00 | | |
| 2 | Número de famílias cadastradas | | | 0,175 |
| | > 130 famílias | 0,87 | 0,72-1,06 | |
| | ≤ 130 famílias | 1,00 | | |
| | Modelo Demanda-controle | | | 0,023 |
| | Alta exigência | 1,39 | 1,08-1,78 | |
| 2 | Trabalho ativo | 1,04 | 0,78-1,38 | |
| | Trabalho passivo | 1,23 | 0,91-1,65 | |
| | Baixa exigência | 1,00 | | |
| | Tabagismo | | | 0,001 |
| 3 | Sim | 1,40 | 1,15-1,71 | |
| | Não | 1,00 | | |
| 4 | Dor musculoesquelética | | | 0,005 |
| | Sim | 1,90 | 1,21-3,00 | |
| | Não | 1,00 | | |
| | Satisfação com a saúde | | | < 0,001 |
| 4 | Negativa/indefinida | 1,49 | 1,19-1,86 | |
| | Positiva | 1,00 | | |

No que se refere ao domínio relações sociais, na análise bruta foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a categoria escore médio menor/igual a 75 (maior comprometimento deste domínio) e as variáveis sexo feminino ($p = 0,034$), idade maior que 38 anos ($p = 0,035$), situação conjugal sem união estável ($p = 0,026$), ensino fundamental ($p = 0,009$), alta exigência no trabalho ($p = 0,002$), presença de dor musculoesquelética ($p = 0,047$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p = 0,004$). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação às demais variáveis da investigação (Tabela 10).

Tabela 10. Prevalência do comprometimento do domínio relações sociais da qualidade de vida e análise bruta de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Nível | Variáveis | % | RP _{bruta} | IC 95% | p |
|--------------------------------|---------------------------------------|------|---------------------|-----------|-------|
| 1 | Sexo | | | | 0,034 |
| | Feminino | 63,7 | 1,41 | 1,02-1,95 | |
| | Masculino | 44,9 | 1,00 | | |
| | Idade | | | | 0,035 |
| | > 38 anos | 66,7 | 1,21 | 1,01-1,44 | |
| | ≤ 38 anos | 55,0 | 1,00 | | |
| | Situação Conjugal | | | | 0,026 |
| | Sem união estável | 69,4 | 1,22 | 1,02-1,45 | |
| | Com união estável | 56,9 | 1,00 | | |
| | Escolaridade | | | | 0,009 |
| Fundamental | 80,0 | 1,84 | 1,23-2,73 | | |
| Médio | 62,4 | 1,43 | 1,01-2,02 | | |
| Superior | 43,5 | 1,00 | | | |
| Renda Familiar | | | | 0,812 | |
| ≤ 1200,00 Reais | 61,3 | 1,02 | 0,85-1,22 | | |
| > 1200,00 Reais | 60,0 | 1,00 | | | |
| 2 | Tempo de trabalho como ACS | | | | 0,711 |
| | > 10 anos | 61,8 | 1,03 | 0,86-1,23 | |
| | ≤ 10 anos | 59,7 | 1,00 | | |
| | Local de trabalho | | | | 0,708 |
| | Zona urbana | 60,2 | 0,96 | 0,78-1,17 | |
| | Zona rural | 62,5 | 1,00 | | |
| | Número de famílias cadastradas | | | | 0,389 |
| | > 130 famílias | 58,3 | 0,92 | 0,77-1,10 | |
| | ≤ 130 famílias | 63,0 | 1,00 | | |
| | Outra atividade remunerada | | | | 0,775 |
| Não | 60,3 | 0,97 | 0,79-1,19 | | |
| Sim | 62,2 | 1,00 | | | |
| Modelo Demanda-controle | | | | 0,002 | |
| Alta exigência | 76,1 | 1,45 | 1,16-1,83 | | |
| Trabalho ativo | 57,1 | 1,09 | 0,83-1,43 | | |
| Trabalho passivo | 55,8 | 1,06 | 0,78-1,45 | | |
| Baixa exigência | 52,2 | 1,00 | | | |
| 3 | Tabagismo | | | | 0,443 |
| | Sim | 55,8 | 0,90 | 0,69-1,17 | |
| | Não | 61,7 | 1,00 | | |
| | Consumo de álcool | | | | 0,492 |
| | Sim | 63,1 | 1,06 | 0,89-1,27 | |
| | Não | 59,3 | 1,00 | | |
| Atividade Física | | | | 0,517 | |
| Insuficiente | 63,0 | 1,06 | 0,88-1,27 | | |
| Suficiente | 59,4 | 1,00 | | | |
| 4 | Dor musculoesquelética | | | | 0,047 |
| | Sim | 63,4 | 1,38 | 1,00-1,90 | |
| | Não | 45,8 | 1,00 | | |
| | Satisfação com a saúde | | | | 0,004 |
| Negativa/indefinida | 67,7 | 1,33 | 1,09-1,62 | | |
| Positiva | 60,8 | 1,00 | | | |

Os resultados da análise bruta mostraram que as variáveis: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, Modelo Demanda-Controlle, dor musculoesquelética e satisfação com a saúde atingiram significância estatística ($p < 0,20$) para serem incluídas no modelo múltiplo hierarquizado. Nenhuma variável do bloco 3 (comportamentos de risco) atingiu valor de p significativo para a próxima etapa da análise.

Após os ajustes intra e inter blocos, de acordo com o modelo hierárquico, a variável dor musculoesquelética não permaneceu no modelo para a análise ajustada (modelo de Poisson múltiplo) por não atender o critério de significância ($p < 0,20$).

A partir das análises, verificou-se que os ACS do sexo feminino ($p = 0,036$), situação conjugal sem união estável ($p = 0,014$), com ensino fundamental ($p = 0,018$), alta exigência no trabalho ($p = 0,007$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p = 0,019$), apresentaram associação significativa com o comprometimento do domínio relações sociais, ou seja, categoria com escore médio menor/igual a 75 (Tabela 11).

Tabela 11. Modelo de regressão de Poisson múltiplo hierarquizado da associação entre comprometimento do domínio relações sociais da qualidade de vida e as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Nível | Variáveis | RP _{ajustada} | IC 95% | p |
|-------------|---------------------------------|------------------------|-----------|-------|
| 1 | Sexo | | | 0,036 |
| | Feminino | 1,39 | 1,02-1,91 | |
| | Masculino | 1,00 | | |
| | Idade | | | 0,167 |
| | > 38 anos | 1,13 | 0,94-1,36 | |
| | ≤ 38 anos | 1,00 | | |
| | Situação Conjugal | | | 0,014 |
| | Sem união estável | 1,24 | 1,04-1,47 | |
| | Com união estável | 1,00 | | |
| | Escolaridade | | | 0,018 |
| Fundamental | 1,78 | 1,19-2,65 | | |
| Médio | 1,44 | 1,04-2,00 | | |
| Superior | 1,00 | | | |
| 2 | Modelo Demanda-controlle | | | 0,007 |
| | Alta exigência | 1,37 | 1,10-1,72 | |
| | Trabalho ativo | 1,05 | 0,81-1,37 | |
| | Trabalho passivo | 1,04 | 0,77-1,41 | |
| | Baixa exigência | 1,00 | | |
| 4 | Satisfação com a saúde | | | 0,019 |
| | Negativa/indefinida | 1,26 | 1,04-1,53 | |
| | Positiva | 1,00 | | |

Na análise bruta do domínio meio ambiente foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a categoria escore médio menor/igual a 46,88 (maior comprometimento deste domínio) e as variáveis sexo feminino ($p = 0,009$), renda familiar menor/igual a 1.200,00 reais ($p = 0,038$), local de trabalho zona urbana ($p = 0,018$), número de famílias cadastradas acima 130 ($p = 0,046$), alta exigência no trabalho ($p < 0,001$), presença de dor musculoesquelética ($p = 0,002$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p < 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação às demais variáveis da investigação (Tabela 12).

Os resultados da análise bruta mostraram que as variáveis: sexo, renda familiar, local de trabalho, número de famílias cadastradas, Modelo Demanda-Controle, dor musculoesquelética e satisfação com a saúde atingiram significância estatística ($p < 0,20$) para serem incluídas no modelo múltiplo hierarquizado. Assim como no domínio relações sociais, nenhuma variável do bloco 3 (comportamentos de risco) atingiu valor de p significativo para a próxima etapa da análise.

A tabela 13 apresenta os resultados da análise ajustada (modelo de Poisson múltiplo) para a categoria com escore médio menor/igual a 46,88 (maior comprometimento deste domínio) em relação às variáveis independentes do estudo. Após os ajustes intra e inter blocos, de acordo com o modelo hierárquico, a variável número de famílias cadastradas não permaneceu no modelo por não atender o critério de significância ($p < 0,20$).

A partir das análises, verificou-se que os ACS do sexo feminino ($p = 0,005$), renda familiar menor/igual a 1.200,00 reais ($p = 0,015$), local de trabalho zona urbana ($p = 0,007$), alta exigência no trabalho ($p < 0,001$), e satisfação negativa/indefinida da saúde ($p = 0,001$), apresentaram associação significativa com o comprometimento do domínio meio ambiente, ou seja, categoria com escore médio menor/igual a 46,88 (Tabela 13).

Apesar dos ACS com presença de dor musculoesquelética não apresentarem diferença estatisticamente significativa em relação ao comprometimento do domínio meio ambiente, foi encontrado valor de p próximo do limite de significância ($p = 0,051$).

Tabela 12. Prevalência do comprometimento do domínio meio ambiente da qualidade de vida e análise bruta de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Nível | Variáveis | % | RP _{bruta} | IC 95% | p |
|--------------------------------|---------------------------------------|------|---------------------|-----------|---------|
| 1 | Sexo | | | | 0,009 |
| | Feminino | 58,8 | 1,69 | 1,13-2,52 | |
| | Masculino | 34,7 | 1,00 | | |
| | Idade | | | | 0,483 |
| | > 38 anos | 57,1 | 1,07 | 0,88-1,31 | |
| | ≤ 38 anos | 53,1 | 1,00 | | |
| | Situação Conjugal | | | | 0,614 |
| | Sem união estável | 57,1 | 1,05 | 0,85-1,30 | |
| | Com união estável | 54,1 | 1,00 | | |
| | Escolaridade | | | | 0,419 |
| Fundamental | 60,0 | 1,31 | 0,81-2,11 | | |
| Médio | 56,4 | 1,23 | 0,88-1,72 | | |
| Superior | 45,7 | 1,00 | | | |
| Renda Familiar | | | | 0,038 | |
| ≤ 1200,00 Reais | 60,2 | 1,25 | 1,01-1,54 | | |
| > 1200,00 Reais | 48,1 | 1,00 | | | |
| 2 | Tempo de trabalho como ACS | | | | 0,436 |
| | > 10 anos | 52,9 | 0,92 | 0,75-1,12 | |
| | ≤ 10 anos | 57,2 | 1,00 | | |
| | Local de trabalho | | | | 0,018 |
| | Zona urbana | 59,3 | 1,39 | 1,05-1,83 | |
| | Zona rural | 42,5 | 1,00 | | |
| | Número de famílias cadastradas | | | | 0,046 |
| | > 130 famílias | 60,9 | 1,22 | 1,00-1,49 | |
| | ≤ 130 famílias | 49,7 | 1,00 | | |
| | Outra atividade remunerada | | | | 0,336 |
| Não | 56,6 | 1,13 | 0,87-1,45 | | |
| Sim | 50,0 | 1,00 | | | |
| Modelo Demanda-controle | | | | < 0,001 | |
| Alta exigência | 75,0 | 2,37 | 1,72-3,29 | | |
| Trabalho ativo | 56,0 | 1,77 | 1,24-2,53 | | |
| Trabalho passivo | 61,5 | 1,95 | 1,34-2,82 | | |
| Baixa exigência | 31,5 | 1,00 | | | |
| 3 | Tabagismo | | | | 0,669 |
| | Sim | 57,7 | 1,05 | 0,81-1,36 | |
| | Não | 54,5 | 1,00 | | |
| | Consumo de álcool | | | | 0,967 |
| | Sim | 54,9 | 0,99 | 0,81-1,22 | |
| | Não | 55,2 | 1,00 | | |
| Atividade Física | | | | 0,289 | |
| Insuficiente | 58,8 | 1,11 | 0,91-1,36 | | |
| Suficiente | 52,8 | 1,00 | | | |
| 4 | Dor musculoesquelética | | | | 0,002 |
| | Sim | 59,7 | 2,04 | 1,30-3,21 | |
| | Não | 29,2 | 1,00 | | |
| | Satisfação com a saúde | | | | < 0,001 |
| Negativa/indefinida | 66,7 | 1,73 | 1,36-2,20 | | |
| Positiva | 38,5 | 1,00 | | | |

Tabela 13. Modelo de regressão de Poisson múltiplo hierarquizado da associação entre comprometimento do domínio meio ambiente da qualidade de vida e as variáveis independentes do estudo. Jequié/BA, Brasil, 2011.

| Nível | Variáveis | RP _{ajustada} | IC 95% | p |
|------------------|--------------------------------|------------------------|-----------|---------|
| 1 | Sexo | | | 0,005 |
| | Feminino | 1,75 | 1,18-2,60 | |
| | Masculino | 1,00 | | |
| | Renda Familiar | | | 0,015 |
| | ≤ 1200,00 Reais | 1,29 | 1,05-1,59 | |
| | > 1200,00 Reais | 1,00 | | |
| 2 | Local de trabalho | | | 0,007 |
| | Zona urbana | 1,42 | 1,09-1,84 | |
| | Zona rural | 1,00 | | |
| | Modelo Demanda-controle | | | < 0,001 |
| | Alta exigência | 2,29 | 1,67-3,15 | |
| | Trabalho ativo | 1,74 | 1,23-2,46 | |
| Trabalho passivo | 1,92 | 1,33-2,78 | | |
| | Baixa exigência | 1,00 | | |
| 4 | Dor musculoesquelética | | | 0,051 |
| | Sim | 1,54 | 0,99-2,38 | |
| | Não | 1,00 | | |
| | Satisfação com a saúde | | | 0,001 |
| | Negativa/indefinida | 1,45 | 1,15-1,82 | |
| | Positiva | 1,00 | | |

6 DISCUSSÃO

6.1 Avaliação da qualidade de vida

O trabalho na atenção primária à saúde é considerado de grande complexidade, visto as constantes mudanças paradigmáticas do processo de gestão e do trabalho em saúde. O desempenho do ACS, nesse contexto, é fundamental, uma vez que como membro da equipe de saúde da família possui uma situação singular por exercer a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade. É importante destacar que a qualidade da assistência prestada por estes profissionais à comunidade pode ser influenciada pela sua qualidade de vida.

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

No presente estudo, a avaliação da qualidade de vida dos ACS foi realizada pelo WHOQOL-Bref. Neste instrumento o escore varia de 0 a 100, onde os maiores escores médios indicam melhor avaliação desse construto. A partir dos resultados, foram observados que os escores médios dos domínios variaram de 47,45 a 76,90, sendo que o domínio relações sociais obteve o maior escore médio, seguido pelos domínios psicológico, físico e meio ambiente.

No que diz respeito à avaliação desse construto entre trabalhadores da área da saúde, poucos estudos realizados com ACS foram encontrados na literatura. No trabalho desenvolvido por Kluthcovsky (2005), com 169 ACS do interior do Paraná, foi encontrado maior escore médio no domínio relações sociais (75,8) e menor escore no domínio meio ambiente (54,1). Gessner (2006), ao estudar a qualidade de vida de 93 trabalhadores de equipes de saúde da família do município de Timbó/ SC, também observou maior escore médio no domínio relações sociais (75), e menor no domínio meio ambiente (63).

No estudo de Vasconcellos e Costa-Val (2008), realizado com 60 ACS do município de Lagoa Santa/MG; no trabalho de Bernardes (2008), envolvendo 198 ACS da região Oeste do Estado de São Paulo, e no de Ursine, Trelha e Nunes (2010), com 73 ACS do município de Londrina/PR, o domínio meio ambiente foi o que obteve menor escore médio quando comparado aos demais domínios da qualidade de vida, sendo encontrados valores de 59,5; 55,8 e 58,0, respectivamente.

Pelo fato do WHOQOL-Bref se constituir em um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, torna-se necessário identificar as questões que compõem cada domínio para que possam ser reveladas informações importantes para o grupo estudado.

No presente estudo, a avaliação das questões que compõem o domínio relações sociais evidenciou uma elevada média de escores para cada questão, variando entre 76,34 a 80,70, sendo que a questão relações pessoais apresentou maior escore médio. Segundo Nunes, Freire e Leles (2008), o relacionamento do indivíduo consigo mesmo e com as pessoas à sua volta constitui um dos componentes fundamentais para o bem-estar e para a qualidade de vida.

Para Bernardes (2008), a avaliação positiva desta questão é de grande importância para os ACS, uma vez 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 junto 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 pessoal (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

No domínio psicológico, as questões obtiveram escores médios variando entre 62,10 a 86,31. A espiritualidade/religião/crenças pessoais foi a questão mais bem pontuada, enquanto que os sentimentos positivos foi a que obteve menor pontuação. Em estudo realizado por Bernardes (2008), envolvendo ACS da região Oeste do Estado de São Paulo, foi observado que a espiritualidade contribuiu para melhor qualidade de vida no domínio psicológico.

De acordo com Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), níveis mais elevados de envolvimento com a religião estão associados positivamente com menor incidência de depressão; diminuição de comportamentos suicidas e de abuso de drogas e álcool, e com indicadores de bem-estar psicológico como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevada.

Em relação à baixa pontuação obtida na questão referente aos sentimentos positivos, deve ser chamada a atenção para a existência de um cenário conflitante no trabalho dos ACS de modo a atender e superar as expectativas reais e as idealizadas. Para Martines e Chaves (2007), muitas vezes esses profissionais 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 manejo.

No domínio físico, as médias de escores variaram de 55,3 a 66,38, sendo que a mobilidade e a capacidade para o trabalho foram as questões mais bem pontuadas. Em relação à mobilidade, este dado é bastante relevante, visto que a atuação do ACS está diretamente relacionada com a sua aptidão e capacidade física. Segundo Kluthcovsky (2005), a locomoção tem importante papel no cotidiano dos ACS, visto que seu trabalho é realizado, principalmente, em função das visitas domiciliares. Sendo assim, as boas condições de mobilidade constituem-se num fator essencial para a qualidade do trabalho na área de abrangência.

Quanto à capacidade para o trabalho, destaca-se que a profissão do ACS exige muita disposição e dinamismo, uma vez que faz parte do seu trabalho as longas caminhadas, a disponibilidade de ir de casa em casa na comunidade, muitas vezes carregando e sustentando peso, não só das pastas, mochilas e da balança como também das crianças durante a pesagem, e ainda ter que trabalhar expostos ao calor, frio, odores provenientes de esgotos, poeira, fumaça, entre outros fatores. Apesar dessas dificuldades, dentre outras que possam comprometer o trabalho desse profissional, a capacidade para o trabalho obteve o segundo maior escore entre as questões do domínio físico.

Com relação ao domínio meio ambiente, este foi considerado o mais comprometido dentre os domínios de qualidade de vida, sendo que as questões apresentaram escores médios que variaram de 27,77 a 66,53. Entre as questões mais comprometidas destacam-se os cuidados de saúde e sociais, os recursos financeiros e recreação/lazer.

Segundo Ursine, Trelha e Nunes (2010), avaliações intermediárias e negativas dos ACS para a questão “cuidados de saúde e sociais” são preocupantes, uma vez que esses profissionais são integrantes da equipe de saúde da família e possuem maior acesso aos conhecimentos em saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças.

No estudo realizado por Pedrosa e Teles (2001), com profissionais de saúde do PSF em Teresina/PI, ficou evidenciado que os ACS consideraram insuficiente o salário que recebiam diante do trabalho por eles realizado. Salienta-se que a baixa remuneração dificulta o acesso adequado aos serviços de saúde, opções de lazer e recreação, dentre outros serviços, o que interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos.

A tendência para o baixo escore no domínio meio ambiente é preocupante, visto que suas questões estão diretamente relacionadas aos precários investimentos nas políticas públicas. Segundo Martins (2002), as questões relacionadas ao meio ambiente são consideradas componentes fundamentais sobre o qual se pode edificar uma vida com qualidade, no entanto, essas questões não dependem somente do trabalhador para serem solucionadas.

6.2 Associação entre as variáveis independentes do estudo e o Domínio Físico

Quanto à verificação da associação entre as variáveis independentes e os domínios do WHOQOL-Bref, observou-se no domínio físico que os ACS do sexo feminino, idade maior que 38 anos, presença de dor musculoesquelética, e satisfação negativa/indefinida da saúde apresentaram associação significativa com o maior comprometimento desse item da qualidade de vida. Neste domínio são avaliadas questões referentes à dor e desconforto, dependência de medicação ou tratamento,

energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividade da vida cotidiana, e capacidade para o trabalho.

Especificamente com relação à variável sexo feminino, tal fato pode ser explicado pela possível sobrecarga física provocada pela dupla jornada de trabalho, pois além de exercerem seu trabalho fora de casa como ACS, muitas mulheres também assumem as atividades domésticas, decorrentes das obrigações socialmente atribuídas a elas, como o cuidado de casa e filhos. Essas tarefas quando somadas podem gerar diversos problemas de saúde, provocando assim, dor, desconforto, cansaço, déficit de sono e limitações funcionais.

A dupla contribuição das mulheres, seja na produção social ou na reprodução da vida, e as diferentes facetas envolvidas no uso e no desgaste do corpo e da mente, delimitam processos de saúde-doença diferentes daqueles em que estão situados os trabalhadores masculinos, estando as mulheres em situação de dupla exploração e intenso sofrimento (THEISEN, 2004).

Segundo Schmidt (2004), apesar do aumento significativo da participação feminina no mercado de trabalho, os papéis sociais tanto do homem quanto da mulher sofreram poucas alterações no espaço doméstico, permanecendo ainda para a mulher a maior responsabilidade pelas atividades de cuidado com o lar e com a família.

Neste estudo não foi levado em consideração o possível trabalho doméstico, cuja situação pode subestimar os resultados, uma vez que este tipo de trabalho gera uma dupla jornada, o que pode influenciar de forma positiva ou negativa a capacidade laboral e a qualidade de vida das pessoas.

Outro importante aspecto a ser considerado em relação ao maior acometimento do domínio físico entre indivíduos do sexo feminino é o fato da existência de diferença entre os sexos quanto à sua composição corporal, massa muscular e estatura, podendo representar para esse grupo, um fator de risco predisponente para a sintomatologia dolorosa (PICOLOTO; SILVEIRA, 2008).

O comprometimento das condições físicas entre indivíduos do sexo feminino pode ser explicado pela redução de força muscular, entre as mulheres quando comparada aos homens, em torno de 30% devido a um menor número de fibras musculares e menor capacidade de armazenar e converter glicogênio em energia; além

dos fatores hormonais incidindo sobre sua construção biológica e psicológica feminina (puberdade, gravidez, menopausa) (PESSOA; CARDIA; SANTOS, 2010).

Quanto à associação do grupo de ACS com idade superior a 38 anos e o comprometimento do domínio físico, pode-se inferir que com o avançar da idade há um conseqüente decréscimo nas condições físicas causadas, principalmente, pelo processo de envelhecimento natural, pelo surgimento de patologias, e pelos traumatismos, vícios posturais e esforços exacerbados acumulados ao longo da vida.

Segundo Martins (2002), quanto mais elevada é a idade do indivíduo, maior é a chance de perda da capacidade para o trabalho, sendo que as características normais do envelhecimento podem ser aceleradas e/ou agravadas pelas condições adversas do trabalho, influenciando assim, na capacidade desses indivíduos.

De acordo com a literatura, quanto maior a idade, maior a possibilidade para o surgimento da dor musculoesquelética, limitação da mobilidade física e da disposição para as atividades diárias e para o trabalho, e dependência de medicação e tratamentos (SALLES, 2005; DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007).

Para Rebelato e Morelli (2007), o processo de envelhecimento normal constitui-se num fator incapacitante em função das alterações que o corpo sofre com o passar dos anos. Ainda segundo esses autores, a elasticidade dos tendões, ligamentos e cápsulas articulares diminuem por causa das deficiências do colágeno, ocasionando a restrição da mobilidade, amplitude de movimentos e flexibilidade das articulações. A sobrecarga das articulações, principalmente aquelas que suportam peso e fazem movimentos em excesso, gera um processo degenerativo de desgaste da cartilagem, ocasionando dor.

De acordo com Rossi (2008), o homem atinge sua maior massa óssea em torno dos 35 anos, sendo que, a partir dessa idade, passa a ocorrer perda progressiva de tecido ósseo. Ainda segundo este autor, o tecido cartilaginoso também passa pelo processo de envelhecimento, trazendo consigo menor poder de agregação dos proteoglicanos, e, por conseguinte, menor resistência mecânica da cartilagem. No sistema musculoesquelético este processo não é diferente, ou seja, este sistema sofre uma diminuição lenta e progressiva de sua massa com o passar dos anos, sendo substituído por colágeno e gordura. Esse declínio que o corpo sofre com o passar da

idade está diretamente relacionado com o surgimento de dor, diminuição de força muscular e da função locomotora, acarretando maior comprometimento das atividades de vida diária.

Outra variável associada ao comprometimento do domínio físico foi a presença de dor musculoesquelética. É importante destacar que essa variável está diretamente relacionada com este domínio, uma vez que o próprio grupo idealizador do WHOQOL-Bref reconhece a dor como uma das causas do declínio da qualidade de vida.

A presença de dor musculoesquelética em trabalhadores pode ser considerada consequência do novo paradigma do mundo do trabalho, que passou a obrigar o indivíduo a exercer suas atividades através de inadequados e repetitivos movimentos dos diversos segmentos corporais, provocando desordens musculoesqueléticas (PORTO et al., 2004).

Esta sintomatologia entre ACS pode estar relacionada às diversas questões abordadas neste domínio como condições dolorosas que necessitam de tratamento e que causam falta de energia, fadiga, limitação da mobilidade e diminuição da capacidade para o exercício da profissão. Sabemos que a profissão de ACS está diretamente relacionada com sua capacidade e aptidão física.

A dor é um sintoma que interfere na realização das atividades diárias, causando desde limitação de movimentos até invalidez temporária, dependendo da intensidade da patologia. Os movimentos do corpo antes fáceis de serem realizados acabam sendo dificultados devido aos sintomas musculoesqueléticos (MERGENER; KEHRIG; TRAEBERT, 2008). Tal quadro clínico promove impacto desfavorável na qualidade de vida, interferindo nas atividades diárias de até dois terços dos indivíduos, principalmente na capacidade de realizar exercícios, praticar esportes, desempenhar tarefas da vida diária, bem como executar atividades laborais (WALSH et al., 2004; GERDLE et al., 2004).

Mason, Skevington e Osborn (2009) constataram que os mais baixos relatos de dor estavam associados à melhor qualidade de vida e menor incapacidade física, e que a cronicidade da dor pode ter um enorme impacto neste construto, sendo que quanto

maior a duração deste sintoma, pior o seu nível de avaliação, comprometendo a maioria dos domínios de qualidade de vida.

No trabalho do ACS é importante destacar as extensas distâncias percorridas, principalmente aqueles que trabalham na zona rural, além do uso de mochilas, adicionado ao peso da balança para a pesagem de crianças. Trindade et al. (2007), em seu estudo voltado para identificação das cargas de trabalho entre os ACS, observou que estes trabalhadores apresentaram como principais problemas as posições incômodas adotadas durante o trabalho, as longas caminhadas em ruas esburacadas e tortuosas, e a necessidade de permanecerem sentados em posições incorretas durante as visitas aos domicílios, por falta de bancos ou cadeiras. Estes fatores representam riscos biomecânicos e apresentam uma forte relação com os DORT, constituindo fonte potencial de dor.

Quanto à análise subjetiva da saúde, foi observado que os ACS com satisfação negativa/indefinida apresentaram associação estatisticamente significativa com o comprometimento do domínio físico. A satisfação negativa ou indefinida da saúde pode ser reflexo do acometimento das questões relacionadas a este domínio, tais como: presença de dor e desconforto, dificuldade de sono e repouso, dependência de medicação, limitação da mobilidade e das atividades diárias.

Ressalta-se que nas bases de dados consultadas não foram encontrados outros estudos que avaliassem a associação entre a satisfação com a saúde e os domínios de qualidade de vida, o que impossibilitou a comparação com nossos achados. No entanto, vários estudos consideram a autopercepção do estado de saúde como um componente importante do reflexo de mudanças objetivas de saúde, da capacidade funcional e da qualidade de vida em diferentes grupos populacionais (LEINONEN; HEIKKINEN; JYLHA, 2002; CHOI, 2003).

De acordo com a literatura, um aumento nas dificuldades de realização das atividades de vida diária pressupõe um declínio na autopercepção da saúde (LEINONEN; HEIKKINEN; JYLHA, 2002). Apesar da ausência de estudos dessa natureza envolvendo o ACS, em trabalho desenvolvido por Aguiar (2009), com outro grupo de trabalhadores, pôde ser observado que indivíduos que referiram estado geral de saúde regular e ruim tiveram uma razão de prevalência três vezes maior para o

impedimento das atividades laborais quando comparados aos que avaliaram seu estado de saúde como muito bom e bom.

Segundo Shields e Shooshtari (2001), os indivíduos que fazem uma avaliação negativa de sua saúde apresentam frequentemente problemas de saúde de ordem física. Choi (2003), em seu estudo, constatou relação direta entre autopercepção ruim de saúde e condições objetivas do estado de saúde, como doenças e uso de medicamentos, sendo que a hospitalização mostrou-se intimamente associada a uma pior autopercepção do estado de saúde, especialmente em homens aposentados.

6.3 Associação entre as variáveis independentes do estudo e o Domínio Psicológico

Com relação à avaliação do domínio psicológico, os ACS que tiveram associação significativa com o comprometimento desse item foram aqueles que possuíam ensino fundamental, alta exigência no trabalho, eram tabagistas, apresentavam dor musculoesquelética, e satisfação negativa/indefinida da saúde. Este domínio é constituído por questões referentes aos sentimentos positivos e negativos; autoestima; imagem corporal; pensar, memória, concentração e aprender; espiritualidade, religião e crenças pessoais.

Em relação à escolaridade, todos os indivíduos do estudo estavam de acordo com um dos pré-requisitos estabelecidos na Lei nº 11.350/2006, onde é necessário, no mínimo, o ensino fundamental para atuação na profissão de ACS (BRASIL, 2006a). No entanto, os indivíduos com este nível educacional apresentaram associação significativa com o comprometimento do domínio psicológico quando comparado àqueles que possuíam o ensino médio ou superior.

Segundo Lunardelo (2004), o trabalho do ACS apresenta uma complexidade diferente em relação aos demais trabalhos, uma vez que ele utiliza todos os recursos disponíveis das tecnologias leves em saúde. De certo modo, constitui um trabalho desafiador na medida em que necessita de um vasto conhecimento sobre crenças, culturas e vidas. A complexidade do seu trabalho envolve, entre outros aspectos, a mudança de hábitos da população, e isto requer o envolvimento de outras práticas,

outros saberes, outros profissionais trabalhando em equipe, os quais sem dúvida exigem uma formação diferenciada e educação continuada.

Tomaz (2002) acredita ser necessário que este profissional tenha um grau de escolaridade mais elevado para dar conta das demandas atuais do PSF, visto que houve uma ampliação do seu papel, ou seja, saiu do foco materno-infantil para a família e a comunidade, exigindo assim, novas competências no campo político e social.

O fato dos ACS serem membros da própria comunidade onde trabalham, sem uma formação prévia que lhe dê uma base para ingressar no PACS, contribui para o desencadeamento de sentimentos como ansiedade, insegurança e medo. A partir dos critérios de seleção, não é exigido desse profissional algum conhecimento técnico ou uma escolaridade maior, sendo assim, este processo de recrutamento seleciona trabalhadores desprovidos de condições técnicas em todos os sentidos. Dessa forma, nota-se que a qualificação deficiente deste trabalhador está refletindo na sua saúde e influenciando no aumento do seu desgaste emocional, pois quando eles são expostos a situações que estão além de suas condições, tornam-se temerosos, angustiados e com medo de não conseguirem dar conta do que lhes é atribuído (THEISEN, 2004).

De acordo com Patel e Kleinman (2003), o nível de escolaridade influencia nos aspectos relacionados à vida pessoal, tendo um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia aspirações, motivações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis.

Os agentes de saúde, na condição de educadores, necessitam de conhecimento como instrumental necessário. Para Mendes e Ceotto (2011), o sofrimento se estabelece à medida que esse profissional percebe que, apesar de agente transformador, não tem as ferramentas necessárias, o conhecimento, nem todo este atributo de mudança que acompanha a teoria sobre sua função. Sendo assim, pode-se inferir que a complexidade do trabalho do ACS exige níveis maiores de escolaridade, e que, em função dessa exigência, os indivíduos com nível fundamental, possivelmente, tendem a um maior despreparo para lidar com os problemas da população, levando-os a desenvolver sentimentos e sintomas como desânimo, ansiedade, frustração,

impotência, dentre outros comprometimentos que podem afetar a sua condição psicológica.

Outro fator a ser considerado é que estes trabalhadores integram uma equipe de profissionais com maior nível educacional, criando assim, um ambiente propício para deterioração de sua autoestima. Nunes et al. (2002) destacam que o processo de integração provoca ansiedade quando o ACS compara o seu conhecimento com os de outros profissionais da equipe.

Em relação aos aspectos psicossociais do trabalho, este modelo privilegia duas dimensões: o controle sobre o trabalho e a demanda psicológica advinda do trabalho. A partir da combinação de um baixo controle e uma alta demanda psicológica fica estabelecida uma alta exigência no trabalho, quadrante que apresentou associação com o comprometimento do domínio psicológico.

O estresse advindo da alta exigência do trabalho é um dos fatores que podem ter contribuído para a menor pontuação obtida na avaliação desse domínio pelo grupo de ACS. No trabalho desses profissionais estão presentes diversos estressores psicossociais, os quais podem ser destacados as inúmeras tarefas constantes de suas atribuições, a cobrança de produtividade por metas, ritmos excessivos, somados à execução de tarefas superpostas, assim como interrupções e intervenções constantes, tempo insuficiente para a realização das tarefas exigidas e falta de recursos para fazer bem seu trabalho, além de situações de extrema miséria, adoecimento e degradação humana vivenciados no seu dia a dia de trabalho (FERRAZ; AERTEZ, 2005; MARTINES; CHAVES, 2007).

Do ponto de vista do ambiente de trabalho, não se pode falar em condições estáveis. A cada dia, mudam os cenários da atuação desse profissional e a própria dinâmica da comunidade – migrações, mudanças, invasões, operações policiais – afetam o seu trabalho cotidiano. Além disso, há que se levar em conta a influência das condições climáticas – calor, vento, chuva, frio – cujas consequências no seu trabalho são desconhecidas (NASCIMENTO; DAVID, 2008).

Segundo Silva e Dalmaso (2002a) e Bornstein e Stotz (2008), o ACS desenvolve a maior parte de suas ações dentro da comunidade, seja em visitas domiciliares, seja mediando processos entre a unidade de saúde e a comunidade, entre

as casas, andando nas ruas e vielas, acessando inclusive áreas mais distantes e isoladas, onde geralmente estão as famílias em situação mais difícil. Dessa forma, esses trabalhadores vivenciam os aspectos positivos e negativos da comunidade, certamente com mais intensidade do que os outros membros da equipe de saúde.

No cotidiano do ACS expectativas de várias naturezas são depositadas neste profissional tais como: observação, identificação, iniciativa, busca, difusão dos conhecimentos, integração, incorporação de valores, produtividade, postura profissional equilibrada, dentre outras. Entretanto, quando não correspondidas, parecem causar desdobramentos significativos, afetando esses profissionais, no que diz respeito à exposição às vulnerabilidades para o sofrimento no trabalho (MARTINES; CHAVES, 2007).

Para Santos e David (2011), algumas situações de trabalho ultrapassam as questões organizacionais e ganham contornos de exploração de classe, numa equipe de saúde cuja divisão do trabalho é hierarquizada, e na qual o agente comunitário tende a ser o elo mais frágil. Ainda segundo os autores, a prática do ACS vai além dos conceitos normatizados e contidos nas portarias e em outros instrumentos que regulamentam esta profissão, fazendo com que o trabalho real se torne mais complexo e mais rico do que o trabalho prescrito. Sendo assim, estas sobrecargas representam uma elevada carga psíquica e de difícil controle para esses trabalhadores, o que acaba resultando em fonte geradora de tensão, estresse, na não realização pessoal, desinteresse pelas atividades profissionais, comprometimento da autoestima, adoecimento e mal-estar (FERRAZ; AERTEZ, 2005; SANTOS; DAVID, 2011).

De acordo com Karasek e Theorell (1990), a alta exigência no trabalho é responsável pela maioria das reações adversas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão, além de doença física. Neste sentido, o desgaste psicológico ocorre quando o indivíduo submetido a um estresse não se sente em condições de responder ao estímulo adequadamente por ter pouco controle sobre as circunstâncias ambientais.

Para Araújo et al. (2003), a alta exigência no trabalho produz repercussões negativas sobre a saúde psíquica, estando associado aos mais elevados níveis dos

diferentes efeitos sobre a saúde como estresse psicológico, Síndrome de Burnout e insatisfação.

Em relação à variável tabagismo, pôde-se observar que os ACS tabagistas apresentaram associação com o maior comprometimento do domínio psicológico. Esse resultado corroborou com os encontrados no estudo realizado por Castro, Matsuo e Nunes (2010), com indivíduos fumantes e nunca fumantes da cidade de Londrina/PR, no qual ao utilizarem o WHOQOL-Bref observaram que os fumantes tiveram escores médios significativamente menores que os nunca fumantes no domínio psicológico.

A dependência do tabaco está associada a uma maior predisposição para doenças e incapacidades com elevada morbidade e mortalidade, resultando no agravo à saúde e à qualidade de vida da população em geral (SCHMITZ; KRUSE; KUGLER, 2003; MITRA et al., 2004). Estudos têm constatado que os fumantes têm uma maior probabilidade de apresentar sintomas de depressão e de ansiedade quando comparados àqueles que nunca fumaram (SCHMITZ; KRUSE; KUGLER, 2003; CASTRO; MATSUO; NUNES, 2010).

É importante destacar que a depressão é uma síndrome psiquiátrica que pode apresentar fadiga, inapetência, dor, insônia, lentificação, desalento, baixa autoestima, desesperança, anedonia, pensamentos de morte e suicídio (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). Apesar de não ter sido avaliado a presença de comorbidades entre os indivíduos do presente estudo, ressalta-se que a depressão entre os tabagistas pode favorecer o aparecimento de aspectos relacionados com o comprometimento do domínio psicológico como a presença de sentimentos negativos, dificuldades de aprendizagem, memória e concentração, insatisfação com a imagem corporal, entre outros.

Outro aspecto a ser destacado em relação ao tabagismo é que o hábito de fumar, ao contrário de décadas atrás, que era visto como charme, sinônimo de afirmação e hábito social, atualmente passa a ser reconhecido como um ato incorreto, algo indesejável social e culturalmente. Com as leis de restrição ao fumo, o fumante depara-se com a dificuldade de conciliar o tabagismo com as exigências da vida profissional e social, já que como o prazer de fumar está aliado à dependência da nicotina, o indivíduo acaba se submetendo a situações e circunstâncias não aceitas

normalmente (ECHER et al., 2008). Isso o faz sentir-se discriminado, podendo favorecer o surgimento de sentimentos negativos e o comprometimento da autoestima.

Quanto à associação da variável dor musculoesquelética e o comprometimento do domínio psicológico, infere-se que a dor possa ser um fator limitante das atividades diárias dos agentes, tanto no aspecto profissional quanto no pessoal, além de gerar gastos relativos ao seu tratamento, o que contribui para o surgimento de estresse emocional, declínio da autoestima, entre outros impactos sobre os aspectos psicológicos desses indivíduos.

Kuch (2001) confirma a relação entre dor e tensão no aspecto psicológico e social de um indivíduo, restringindo sua participação na sociedade. Segundo O'Sullivan e Schmitz (2004), a dor afeta todos os aspectos da vida, aumentando o isolamento social e a autoimagem negativa, sendo que, quanto mais tempo a dor persistir, maior a probabilidade do indivíduo se tornar deprimido e temeroso com seu papel na família, sistema de suporte e trabalho.

De acordo com Cunha e Mayrink (2011), a dor passa a ser o centro, direciona e limita as decisões e comportamentos do indivíduo, acarretando ainda, fadiga, anorexia, alterações do sono, constipação, náuseas, dificuldade de concentração, entre outros. A impossibilidade de controlá-la ocasiona sempre sofrimento físico e psíquico. Para Andrade, Pereira e Sousa (2006), a dor pode estar associada a imagens negativas, tais como inexistência de tratamento e excesso de medicamentos, sofrimento prolongado e transtornos psiquiátricos, tornando-se um problema para o indivíduo, a família e a sociedade, uma vez que direciona e limita as condições e o comportamento daqueles que a vivenciam.

Para muitos trabalhadores, a dor persistente, a incapacidade física, a preocupação com a não cura da doença, a perda da importância no ambiente social, profissional e familiar, e as perdas econômicas são fatores que contribuem para o surgimento da depressão, ansiedade e desespero (PESSOA; CARDIA; SANTOS, 2010).

Quanto à avaliação subjetiva do estado de saúde, a associação da satisfação negativa/indefinida da saúde com o comprometimento do domínio psicológico pode estar relacionado ao fato de que a presença de sentimentos negativos, a baixa

autoestima, a não aceitação da imagem corporal, a ausência de religiosidade e espiritualidade, entre outros comportamentos, contribuam de forma negativa para a avaliação do estado de saúde do indivíduo.

Sabe-se que a alteração dos aspectos psicológicos gera tensão, ansiedade, estresse, entre outros distúrbios, o que pode influenciar na satisfação da saúde por parte dos indivíduos acometidos. Embora a ausência de estudos voltados para a satisfação e autopercepção de saúde com ACS possa dificultar as comparações com o presente estudo, no trabalho realizado por Barros e Nahas (2001), com outro grupo de trabalhadores, foi observado que a percepção negativa de saúde foi maior entre aqueles que também perceberam estar expostos a níveis elevados de estresse quando comparados aos que perceberam menor exposição a este fator.

Questões relacionadas à espiritualidade também podem influenciar na autoavaliação da saúde por parte dos indivíduos. Paiva (2004) relata que este conceito traz questões que se referem ao sentido da vida e da razão de viver e não se limita a algum tipo de crença ou prática. A necessidade de significado é considerada uma condição indispensável à vida, sendo que quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar uma significação, ele sofre em decorrência de sentimentos de vazio e desespero. Quem lida com a qualidade de vida relacionada com a saúde, física ou mental, esbarra frequentemente com a espiritualidade. Neste sentido, depreende-se que a falta de espiritualidade pode contribuir para uma satisfação negativa do estado de saúde.

Quanto à imagem corporal, outra questão abordada neste domínio, Leal (2009) afirma que esta desempenha um papel importante na qualidade de vida dos indivíduos, já que somos influenciados, desde a infância, quer física quer psicologicamente pela imagem que construímos de nós mesmos. Uma autoavaliação negativa de saúde influencia significativamente na percepção da imagem corporal, alterando vários aspectos da vida de uma pessoa, uma vez que esta acaba por desenvolver uma “biografia” repleta de dependências e limitações.

6.4 Associação entre as variáveis independentes do estudo e o Domínio Relações Sociais

Na avaliação do domínio relações sociais, verificou-se que os ACS do sexo feminino, com situação conjugal sem união estável, que possuíam ensino fundamental, alta exigência no trabalho, e satisfação negativa/indefinida da saúde, apresentaram associação significativa com o comprometimento desse domínio de qualidade de vida. Neste domínio são compreendidas as seguintes facetas: relacionamentos pessoais, suporte e apoio social, e atividade sexual.

Com relação ao sexo feminino, a associação com o maior comprometimento neste domínio pode estar relacionada ao fato da mulher trabalhar em um ambiente externo ao lar, como agente de saúde, e, possivelmente, também ter que cuidar da casa e dos filhos, o que acaba gerando uma série de contradições e conflitos, uma vez que o excesso de atividades, muitas vezes, limita o tempo de estar com a família, de desenvolver atividades que a realize pessoalmente, dificultando seu desempenho de mãe, esposa, filha e amiga. Atrelado a esse fato, podem surgir cobranças tanto pessoais quanto dos familiares e esse sentimento de ausência consigo e com os outros faz com que sua qualidade de vida possa ser afetada, principalmente em suas relações sociais.

Segundo Rusli, Edimansyah e Naing (2008), as altas demandas no trabalho estão diretamente ligadas ao estresse, sendo que as mulheres apresentam maior prevalência de estresse no trabalho e depressão. Para Sadir, Bignotto e Lipp (2010), o estresse pessoal e o estresse social podem refletir nas condições de vida fora do ambiente de trabalho, incluindo os conflitos na dinâmica familiar e interpessoal, além de responsabilidades aflitivas. Ainda segundo esses autores, as mulheres que concentram suas energias na profissão sentem-se frequentemente culpadas ou preocupadas com o fato de terem deixado a família de lado.

Por outro lado, as mulheres sobrecarregadas pelos trabalhos domésticos podem ter dificuldades em concentrar seus esforços na profissão, o que as coloca em condições de desigualdades constantes, podendo assim, desencadear atritos e dificuldades de relacionamento com os outros membros da equipe onde trabalham.

Especificamente com relação à variável situação conjugal, observou-se que os ACS sem união estável apresentaram associação com o maior comprometimento no domínio relações sociais. Apesar de não serem encontradas pesquisas, com este grupo de trabalhadores, envolvendo essas variáveis, estudos realizados com outras categorias de profissionais têm demonstrado que os indivíduos solteiros, que não possuem companheiros, ou que moram sozinhos apresentam maior comprometimento no domínio relações sociais da qualidade de vida quando comparados com aqueles que moram com marido, esposa ou companheiro(a) (BARRIENTOS; SUAZO, 2007; NEVES, 2008).

De acordo com Salles (2005), a estabilidade de um relacionamento tende a melhorar a satisfação com as relações familiares e com a atividade sexual. Nas famílias, em geral, as pessoas se ligam por sentimentos afetivos e se relacionam com reciprocidade, fazendo com que não se sintam sozinhas. Para a autora, existe de certa forma, um compromisso de se ajudarem, principalmente quando um depende do outro ou passam por dificuldades na vida.

Uma situação conjugal estável constitui-se em elemento importante de apoio social, uma vez que o afeto entre o casal gera sentimentos e pensamentos positivos, melhora a autoestima e, em geral, os problemas próprios da vida são muitas vezes melhor confrontados quando compartilhados com o parceiro. A ausência de suporte social, gerado pelo individualismo, pode afetar o espaço das relações interpessoais e o da própria interioridade. Por outro lado, o fato de manter uma relação de casal permite viver e desfrutar da sexualidade de maneira mais estável (BARRIENTOS; SUAZO, 2007).

Quanto à variável escolaridade, este estudo evidenciou que os ACS com ensino fundamental apresentaram associação com o comprometimento das relações sociais. Este fato demonstra um perfil de escolaridade que aparentemente parece ser insuficiente para desempenharem funções de educação e saúde, uma vez que são consideradas de fundamental importância no trabalho do ACS. Sendo assim, a baixa escolaridade desses profissionais pode limitar suas possibilidades de resolução dos problemas tanto na comunidade quanto na unidade de saúde, dificultando suas relações com as famílias e também com a própria equipe de saúde.

Segundo Ferraz e Aerts (2005), quanto maior o grau de escolaridade do agente, maiores condições ele terá para incorporar novos saberes e orientar as famílias sob sua responsabilidade. Para Maia, Silva e Mendes (2011), a carência de conhecimento priva o agente de informações necessárias ao adequado enfrentamento das situações de estresse presentes em seu trabalho e, especialmente, daquelas situações que envolvem as relações sociais.

A partir da transmissão de informações e conhecimentos, os ACS levam o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar e fortalecem a capacidade do enfrentamento dos problemas de saúde, o que implica no estreitamento do vínculo com a família (NUNES et al., 2002). Os ACS com menor escolaridade apresentam mais dificuldades para acompanhar qualquer capacitação técnica, sendo que do ponto de vista dos demais profissionais da ESF, a deficiência encontrada no trabalho dos ACS constituem fatores de conflito, o que está relacionado com o nível de escolaridade e acomodação desses profissionais (ÁVILA, 2011).

Para Faria et al. (1999), a escolaridade instrumentaliza o trabalhador, melhorando suas chances de êxito em dificuldades de produção. De acordo com Theisen (2004), a vida laboral dos ACS exige muita responsabilidade com as informações que levam para a comunidade, pois caso não sejam adequadas e a contento da necessidade, da realidade e dos problemas, estes profissionais acabam perdendo o respeito e o prestígio da população local.

No que se refere aos aspectos psicossociais do trabalho, a associação entre a alta exigência do trabalho e o comprometimento do domínio relações sociais pode estar relacionada ao fato de que o baixo controle e a alta demanda psicológica ao desencadear um processo de estresse, ansiedade e inúmeras doenças, provoca mudanças de comportamento nesses trabalhadores, afetando assim, tanto suas relações pessoais quanto profissionais. Outra condição que pode estar relacionada é que, muitas vezes, a exigência do trabalho faz com que o trabalhador direcione a maior parte do tempo às atividades profissionais, pois passa a ver o trabalho em primeiro plano, ficando assim, distante do convívio social e familiar.

Condições dignas de trabalho, formas benéficas de comunicação, alianças entre equipes de saúde, espírito crítico e questionador, entre outras necessidades, são

essenciais para o cumprimento de obrigações do profissional para com a vida, a saúde e a doença da sociedade. Os descontentamentos de profissionais com o trabalho repercutem decisivamente nos seus relacionamentos. A relação profissional-cliente ou profissional-profissional pode gerar conflitos a depender da pressão, dominação e rigor hierárquico, formando a tônica do funcionamento das equipes de saúde (SPILLER; DYNIEWICZ; SLOMP, 2008).

Quando o trabalhador não tem condições adequadas de trabalho e desempenha suas atividades com insatisfação, seu potencial para se tornar uma pessoa irritada, mal humorada e estabelecer relacionamentos conflituosos é grande. Consequentemente, este trabalhador trata os clientes com cinismo, desprezo e dissimulação afetiva (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

De acordo com Borges et al. (2002), não é raro que um indivíduo que tenha escolhido por uma profissão de ajuda e cuidado, quando se vê frente a restrições em seu trabalho como a falta de recursos materiais, estrutura e até mesmo de recursos pessoais, passe a encontrar dificuldades relacionadas às suas possibilidades de atuação, tendo como reação específica o estresse ocupacional, além de atitudes e comportamentos negativos em relação aos clientes, ao trabalho e à organização.

As manifestações de descontentamento relativas à organização ou ao trabalho, os fatores relacionados ao tempo e ao ritmo, os níveis de atenção e concentração para a realização de tarefas, combinados com o nível de pressão exercida, podem provocar tensões e, por conseguinte, sofrimentos e distúrbios mentais. Esses sofrimentos podem ser evidenciados não apenas pelas doenças, mas também pelos indicadores de absenteísmo e pelos conflitos interpessoais e extra-trabalho (BRASIL, 2002a).

Maia, Silva e Mendes (2011) destacam que o fato do trabalho do ACS exigir que este profissional resida na mesma área em que trabalha, acaba trazendo uma aproximação duradoura e muitas vezes íntima com os moradores, o que gera um intenso envolvimento emocional. Os ACS sentem, por vezes, dificuldades nas abordagens de tabus ou assuntos polêmicos relacionados à saúde, uma vez que as pessoas para as quais eles transmitem os conhecimentos não são apenas seus pacientes, mas também, vizinhos, amigos ou parentes. Essa proximidade emocional gera insegurança e ansiedade, que se traduzem em estresse, expondo o agente a possíveis

conflitos e dificuldades de relacionamento, não apenas com as pessoas da comunidade, mas também com os colegas da equipe de saúde.

Segundo Camelo e Angerami (2004), em função dessa aproximação da comunidade a qual assistem, os ACS, se não apresentarem uma formação adequada e um preparo específico para enfrentar os problemas que possam surgir nas relações que se estabelecem, acabam se tornando mais vulneráveis ao aparecimento de sintomas de estresse do que os outros membros da equipe. Logo, um indivíduo com estresse ocupacional poderá levar seus problemas para o ambiente familiar, gerando relações tensas e conflituosas.

Em relação à variável satisfação com a saúde, observou-se no presente estudo que os ACS com satisfação negativa/indefinida apresentaram associação com o comprometimento do domínio relações sociais. É importante ressaltar que as relações pessoais, assim como o suporte social são vínculos de fundamental importância para os seres humanos, uma vez que nessas relações um indivíduo pode influenciar nas atitudes e comportamentos de outros. De acordo com Brough e Pears (2004), as relações entre indivíduos contribuem para a vida de cada um, seja na área comportamental, na saúde física ou mental. Neste sentido, infere-se que indivíduos insatisfeitos com suas relações com amigos, parentes, colegas e também com o apoio social que recebem, estão mais propensos ao surgimento de doenças, e tendem a apresentar insatisfação com sua saúde.

Segundo Fonseca e Moura (2008), o ser humano se constitui a partir da estruturação de sua relação com o outro, sendo que a inter-relação social e a vida em sociedade permitem a criação de apoio social nos diferentes ambientes onde o ser humano se encontra, o que acaba produzindo benefícios tanto para quem apóia quanto para quem recebe o apoio.

Em muitas comunidades, principalmente as mais carentes, o suporte e o apoio social constituem a única possibilidade de ajuda com que as famílias podem contar para aliviar as cargas da vida cotidiana. A pobreza de relações sociais constitui fator de risco à saúde comparável a outros fatores que são comprovadamente prejudiciais, tais como hipertensão arterial, obesidade, tabagismo, os quais originam implicações clínicas para a saúde pública (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

A presença de apoio social tem sido associada aos níveis de saúde, visto que o elevado grau de apoio funciona como um agente de proteção frente aos riscos de doenças, contribuindo assim, para a qualidade e predisposição à saúde. Sentir-se amado e amparado por amigos está associado a baixos níveis de ansiedade, depressão e doenças somáticas, proporcionando uma melhor adaptação aos efeitos dos eventos vitais estressantes, o que possibilita que estes tenham menores consequências negativas sobre o organismo (FONSECA; MOURA, 2008).

Ainda que não se encontre na literatura informações a respeito da influência da satisfação e da autopercepção de saúde na qualidade de vida de ACS, estudos com outros grupos populacionais têm evidenciado essa relação, como o trabalho realizado por Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004), com a população idosa brasileira incluída na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Neste estudo, foi observada a existência de associação entre a autoavaliação de saúde e a rede social de apoio, sendo que a pior autoavaliação da saúde esteve associada à insatisfação com os relacionamentos pessoais. Para Hughes e Waite (2002), a autopercepção do estado de saúde ruim está associada ao contexto familiar desestruturado.

6.5 Associação entre as variáveis independentes do estudo e o Domínio Meio Ambiente

Quanto à avaliação do domínio meio ambiente, as variáveis que tiveram associação significativa com o comprometimento desse item foram sexo feminino, renda familiar menor/igual a 1.200,00 reais, local de trabalho zona urbana, alta exigência no trabalho e satisfação negativa/indefinida da saúde. Este domínio abrange questões relacionadas à segurança física, ambiente físico e ambiente no lar, recursos financeiros, oportunidades de adquirir informações e habilidades, recreação e lazer, cuidados sociais e de saúde, e transporte.

Em relação ao sexo feminino, o comprometimento deste domínio entre as ACS pode estar atrelado à dupla ou tripla jornada de trabalho, uma vez que, possivelmente, a elevada carga de tarefas semanal a que estão submetidas para cumprir as várias

atividades acaba por consumir o tempo que poderia ser dedicado à recreação e ao lazer.

Apesar dos homens também possuírem dupla jornada, o trabalho doméstico, em nossa sociedade, ainda é responsabilidade das mulheres, o que proporciona ao sexo masculino maior disponibilidade de tempo para outras atividades, como leitura, assistir televisão, ouvir música, além de outros tipos de lazer (SCHMIDT, 2004).

Segundo Camargo e Bueno (2004), o lazer é compreendido como uma ocupação onde o indivíduo pode entregar-se de livre e espontânea vontade, seja para repousar, divertir-se, entreter-se, para cultivar o convívio social com amigos e a família, livrando-se das obrigações profissionais, sociais e familiares. De acordo com Pondé e Caroso (2003), o lazer, como atividade sociocultural, tem importante papel na saúde das pessoas, constituindo-se como fator de proteção para a saúde mental. Ainda segundo esses autores, a ausência de tempo livre, em função da carga de trabalho e da dupla jornada, e a falta de condição financeira são aspectos que comprometem o acesso ao lazer.

Outro fator relacionado ao domínio meio ambiente que pode favorecer um maior acometimento entre as mulheres é a segurança física e proteção. Como parte de seu trabalho, os ACS realizam visitas domiciliares ficando mais susceptíveis à violência urbana em comparação às pessoas que trabalham em ambientes fechados. Sendo assim, geralmente, as mulheres são mais vulneráveis que os homens quando se trata de segurança física, uma vez que ao adentrar nos domicílios podem se tornar alvo fácil de violência, principalmente, do assédio sexual (DIAS, 2008).

A violência de gênero é a violência praticada contra as mulheres, podendo ser incluído qualquer ato que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto (MENEGHEL et al., 2003). Para Guedes, Silva e Coelho (2007), a violência contra a mulher é resultado de relações de poder construídas ao longo da história em função das desigualdades de gênero e consolidadas por uma ideologia patriarcal e machista.

Outra questão que merece destaque entre as mulheres e que é contemplado pelo domínio meio ambiente são os cuidados de saúde e sociais. Estudos indicam que as mulheres referem mais morbidades e problemas psicológicos do que os homens, além de utilizar mais os serviços de saúde para a realização de exames de rotina e prevenção (PINHEIRO et al., 2002). O fato da maior procura pelos serviços de saúde entre as mulheres pode se constituir numa das justificativas para uma provável insatisfação destas com a disponibilidade desses serviços quando comparados aos homens.

Com relação à variável renda familiar, os ACS com renda igual ou menor a 1.200,00 reais apresentaram maior comprometimento no domínio meio ambiente. Esta variável apresenta uma relação direta com este domínio, uma vez que uma das questões que compõe este item de qualidade de vida refere-se aos recursos financeiros.

Segundo Nunes et al. (2002), a participação do ACS no PSF representa um aumento significativo de trabalho e de responsabilidade, sem, no entanto, ocorrer um aumento salarial correspondente. Observa-se também que a posição desse profissional no interior da ESF revela-se ainda mais crítica quando se compara o seu salário com o de outros membros da equipe, de forma que o sentimento de desvalorização do seu trabalho torna-se particularmente evidente se considerarmos a hipótese, fundada em relatos da comunidade, de que o ACS é tido como um dos personagens-chave do PSF.

A falta de planos de carreiras, cargos e salários no SUS, a inexistência de uma isonomia salarial entre as categorias, e a perda de poder aquisitivo da população como um todo são fatores que trazem insatisfação e promovem uma reorganização do consumo das famílias, alterando padrões de vida e provocando a diminuição na qualidade de vida (BUENO, 2004).

Pode-se inferir que uma menor renda familiar encontrada neste grupo de ACS, possivelmente irá influenciar de forma negativa em outras questões do domínio meio ambiente, tais como o acesso à recreação e lazer, o que poderia facilitar o estabelecimento de relações interpessoais para além do trabalho; o acesso às informações e aos serviços de saúde; as oportunidades de moradia conforme as aspirações dos indivíduos; e os meios de transportes almejados, ficando muitos desses trabalhadores condicionados ao precário sistema de transporte coletivo.

Segundo Theisen (2004), a renda exerce uma função muito importante no

contexto social, pois se constitui num forte instrumento para suprir as necessidades básicas, além de contribuir para a aquisição de outros elementos fundamentais para viver em sociedade como o lazer, a tecnologia e a informação, entre outros.

Quanto à variável local de trabalho, o maior comprometimento do domínio meio ambiente entre os indivíduos que trabalhavam na zona urbana pode estar relacionado ao cenário de atuação desses profissionais quando comparado àquele encontrado na zona rural, uma vez que, os ACS da zona urbana acompanham pessoas que moram em favelas, cortiços ou áreas de invasão, ou seja, microáreas consideradas de risco em função da crescente violência urbana.

Com o crescimento urbano desordenado e os problemas relacionados à habitação, muitas moradias são construídas em condições precárias e favoráveis à instalação de comércio de drogas e grupos armados. Para Santos e David (2011), a insegurança em trabalhar em um ambiente perigoso provoca elevada carga de estresse pelo medo de sofrer violência física e moral, representando risco para a saúde e o bem-estar do ACS.

Algumas manifestações de violência estão intimamente ligadas às peculiaridades do espaço urbano: a violência do trânsito, os quebra-quebras de protestos e os conflitos entre quadrilhas de traficantes de drogas, entre outras. Nos grandes centros urbanos duas grandes problemáticas estão associadas: a pobreza e a segregação residencial. Esses fatores geram o surgimento de favelas e promovem estratégias de sobrevivência através do comércio de tráfico de drogas, aumentando assim, a violência e a criminalidade (SOUZA, 2003).

De acordo com Soares (2003), a insegurança em nosso país pode ser considerada muito grave, visto as elevadas taxas de criminalidade e a intensidade da violência envolvida, a exclusão social e a degradação institucional. A violência e a criminalidade concentram-se nos grandes centros urbanos, alterando o cotidiano das pessoas, sem mencionar nos custos diretos e indiretos que proporcionam.

Além da insegurança, possivelmente vivenciada com maior magnitude pelos ACS que trabalham na zona urbana, outros problemas também podem ser evidenciados mais intensamente por esses indivíduos em relação aos que trabalham na zona rural como a poluição do ar e da água, a poluição sonora e visual, as enchentes, o

tráfego intenso de veículos e a sobrecarga do transporte urbano. Esses problemas constituem consequências negativas à vida urbana e são frutos do adensamento populacional, sem o devido planejamento (GALVÃO, 2005).

Os altos índices de urbanização e, inversamente, os baixos níveis de urbanismo criam situações insustentáveis tanto para o poder público quanto para a coletividade. Com o aumento populacional desregrado dos centros urbanos e o déficit de estruturas urbanas necessárias como moradia, trabalho, transporte e lazer, geram-se formas endêmicas de males urbanos (HOGAN et al., 2001).

As grandes cidades e suas áreas metropolitanas são responsáveis por vários problemas ambientais enfrentados pela humanidade. Nelas, o estilo de vida caracteriza-se por uma alta demanda de energia, gerando poluição atmosférica, efeito estufa e gases que afetam a camada de ozônio. Essas aglomerações urbanas também concentram a atividade industrial, o que contribui para o aumento dos problemas globais, acentuando ainda mais os impactos ambientais locais (HOGAN et al., 2001).

Em se tratando dos aspectos psicossociais do trabalho, foi observado que a alta exigência apresentou associação significativa com o comprometimento do domínio meio ambiente. Esta associação pode estar relacionada aos prejuízos à saúde provocados pelas exigências do trabalho, o que implica, muitas vezes, no aumento da necessidade por cuidados de saúde, na diminuição da renda do indivíduo, e na dificuldade para a realização das atividades de recreação e lazer.

Segundo Lipp e Malagris (2001), o estresse ocupacional pode gerar impacto tanto para o próprio trabalho do indivíduo quanto para todas as outras áreas de sua vida, na medida em que há uma inter-relação entre todas elas. De acordo com Aguiar (2009), a interferência na saúde é um dos maiores responsáveis por incapacitar o indivíduo na realização de suas atividades habituais, tais como trabalho, estudo, lazer e tarefas domésticas.

Estudos têm mostrado a relação do trabalho de alta exigência com o estresse. Este é produzido quando demandas do ambiente externo excedem as capacidades individuais de responder a esses estímulos, e quando o estresse se prolonga, pode implicar efeitos negativos à saúde, como a hipertensão arterial, depressão e ansiedade (KARASEK; THEORELL, 1990; ARAÚJO et al., 2003). Essas condições estão

frequentemente associadas à incapacitação e ao alto custo social, econômico e individual, absenteísmos, e elevação da demanda dos serviços de saúde.

É importante ressaltar que o fato desses profissionais, na realização das visitas domiciliares, atuar sob condições climáticas desfavoráveis como calor, vento, chuva e frio, além dos elevados níveis de ruído e da poluição por fumaça e poeira, acaba provocando consequências negativas tanto físicas quanto psicológicas e que está diretamente relacionada com o domínio meio ambiente, principalmente quando se trata do ambiente físico.

Outro importante aspecto a ser considerado é que a profissão de ACS se torna altamente exigente, a partir do momento em que obriga esse trabalhador a morar no mesmo local de trabalho, gerando uma aproximação com os membros da comunidade, o que pode provocar uma constante vigilância da população sobre seu modo de viver e agir, a falta de privacidade e liberdade dentro do bairro, prejudicando assim, suas atividades de recreação e lazer; além de ter que entrar nas casas, andar em ruas, becos, em áreas isoladas, ficando expostos à violência, principalmente nas comunidades carentes, muitas vezes dominadas pelo tráfico.

Em estudo realizado por Theisen (2004), o qual aborda as condições de trabalho e sofrimento psíquico dos ACS, foi observado que a invasão do trabalho em momentos de lazer foi referida pela maioria desses trabalhadores, os quais apresentavam dificuldades de desfrutar do convívio familiar com tranquilidade pelo fato de ter sempre alguém batendo em sua porta ou ligando, solicitando ajuda ou orientação. Ainda segundo a autora, o relacionamento intenso e o vínculo estabelecido com as pessoas da comunidade ou do bairro na qual se trabalha, faz com que a experiência laboral extrapole os limites entre o espaço de trabalho e o lazer.

Outra variável que apresentou associação estatisticamente significativa com o maior comprometimento do domínio meio ambiente foi a satisfação negativa/indefinida com a saúde. As questões relacionadas a este domínio como segurança, ambiente físico, recreação e lazer, moradia, recursos financeiros e disponibilidade de cuidados de saúde constituem aspectos importantes que influenciam diretamente no estado de saúde do indivíduo, sendo assim, uma satisfação negativa ou

indefinida com a própria saúde pode estar relacionada às deficiências encontradas nestas questões.

Um fator importante na avaliação da percepção do estado de saúde é que ela pode variar de acordo com as experiências sociais de cada indivíduo e com a disponibilidade dos serviços sociais e de saúde (BRASIL, 2004a). Segundo Cianciarullo (1998), o estado de saúde, enquanto referencial de qualidade de vida, pressupõe condições dignas de educação, trabalho, renda, moradia, saneamento, alimentação e nutrição, transporte, lazer, assim como o acesso às ações e serviços de assistência em saúde.

Para Kawachi e Subramanian (2007), os contextos sociodemográfico e ambiental aos quais uma pessoa está exposta constituem um importante determinante do comportamento e da saúde de indivíduos e grupos. Qualquer indivíduo, seja rico ou pobre, que vive em uma área não poluída, com clima satisfatório, infraestrutura adequada e de fácil acesso aos cuidados de saúde terá maior expectativa de vida.

De acordo com Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), a baixa renda, independente da adequada disponibilidade de cuidados com a saúde, age nos indivíduos de forma negativa para a adoção de um comportamento saudável no ambiente domiciliar e para o acesso aos serviços e recursos materiais exigidos para os cuidados em saúde. Peres et al. (2010), também afirmam que uma renda mais elevada está associada à aquisição de bens e produtos, incluindo medicamentos, maior acesso às atividades de lazer e maior autonomia no trabalho, aspectos associados à saúde.

A autopercepção do estado de saúde foi descrita como uma estrutura multidimensional, compreendendo a situação socioeconômica, a rede social de apoio, as condições de saúde e acesso e uso aos serviços de saúde por parte dos indivíduos (LIMA-COSTA, FIRMO, UCHÔA, 2004). Em estudo realizado por estes pesquisadores, foram encontradas associações entre a pior autoavaliação da saúde e a pior situação econômica da família e problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde.

Cremonese et al. (2010), em estudo com indivíduos adultos de São Leopoldo/RS, observaram que lugares com menor renda média apresentaram maiores prevalências de pior autoavaliação do estado de saúde. Segundo esses autores, tal

associação pode ser explicada pelo fato de que as áreas mais pobres geralmente exibem características que são desfavoráveis para uma boa saúde como, por exemplo, uma rede de cuidados de saúde inadequados, ausência de locais para a prática de atividades físicas, ambiente físico desestruturado, falta de saneamento básico, deficiências no transporte e na educação.

É importante ressaltar que o presente estudo apresentou limitações relacionadas ao desenho epidemiológico empregado, uma vez que os estudos de corte transversal são restritos à identificação de associações, impossibilitando o estabelecimento da direção causal das relações encontradas, além de não permitir a realização de análises de temporalidade entre exposição e desfecho, não podendo apontar riscos. Apesar dessa limitação, a literatura investigada serviu de apoio para que as inferências dos resultados encontrados pudessem suportar as evidências dos modelos explicativos do comprometimento dos domínios de qualidade de vida entre o grupo de ACS estudados.

Outra fragilidade a ser considerada nos estudos transversais é que estes produzem uma imagem que retrata as situações de saúde de um momento específico no tempo, incluindo no estudo apenas os trabalhadores supostamente mais saudáveis e em atividade, e excluindo aqueles afastados de suas atividades laborais no período da coleta de dados, por motivos de saúde.

Vale destacar também a ausência de estudos envolvendo os fatores associados à qualidade de vida de ACS, o que dificultou a comparação destes com os achados do presente estudo.

7. CONCLUSÃO

O estudo da qualidade de vida, ainda que consista numa temática de grande complexidade, tanto do ponto de vista teórico quanto pela sua subjetividade, apresentou importante relevância, uma vez que contribuiu para uma melhor compreensão dos fenômenos que envolvem a vida pessoal e profissional do ACS.

A partir dos resultados obtidos nesta investigação com os ACS do município de Jequié/BA, pôde-se concluir que algumas variáveis sociodemográficas, ocupacionais, de comportamentos de risco e de saúde apresentaram associação estatisticamente significativa com o comprometimento da avaliação dos domínios da qualidade de vida.

Especificamente com relação à associação das variáveis sociodemográficas e a avaliação dos domínios do WHOQOL-Bref, o sexo feminino esteve associado ao maior comprometimento dos domínios físico, relações sociais e meio ambiente; a idade maior que 38 anos, à avaliação do domínio físico; o ensino fundamental, aos resultados dos domínios psicológico e relações sociais; os indivíduos sem união estável, à avaliação do domínio relações sociais; e a renda familiar menor/igual a 1.200,00 reais, ao domínio meio ambiente.

Entre as variáveis ocupacionais, o local de trabalho (zona urbana) associou-se estatisticamente ao maior comprometimento na avaliação do domínio meio ambiente; e o trabalho de alta exigência, aos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente. Dentre as variáveis relacionadas aos comportamentos de risco, o tabagismo apresentou associação com o maior comprometimento do domínio psicológico.

Por último, com relação às variáveis relacionadas à saúde, a dor musculoesquelética esteve associada ao comprometimento dos domínios físico e psicológico; e a satisfação negativa/indefinida da saúde, a todos os quatro domínios do WHOQOL-Bref. Vale ressaltar que as variáveis: tempo de trabalho, número de famílias cadastradas, outra atividade remunerada, consumo de bebida alcoólica e atividade física não apresentaram nenhum impacto no referido resultado.

Esses resultados possibilitaram realizar um diagnóstico acerca das necessidades específicas dos ACS, além da detecção de problemas significativos que estão prejudicando a sua qualidade de vida. Neste sentido, o conhecimento dos fatores

associados ao comprometimento desse construto é um passo essencial para que estes profissionais possam tomar atitudes adequadas ao enfrentamento dos aspectos que comprometem sua qualidade de vida.

Espera-se também que este estudo possa subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a elaboração de estratégias e ações objetivando não só a promoção da saúde, mas também a realização de intervenções necessárias sobre as variáveis que influenciam a qualidade de vida desse grupo de trabalhadores.

Os benefícios deste enfoque incidirão não apenas sobre os aspectos relacionados às condições de trabalho e qualidade de vida dos ACS, mas também poderão trazer um impacto nas ações desempenhadas por estes profissionais, garantindo uma assistência com qualidade à população atendida por eles.

É importante ressaltar que o tema qualidade de vida tem sido objeto de grande interesse e discussão nos últimos anos, com considerável crescimento no número de artigos publicados; entretanto, muitas lacunas observadas na literatura precisam ser mais exploradas, principalmente em relação aos fatores associados a este construto. Sendo assim, com intuito de promover novas evidências, possibilitar a generalização de tais constatações e buscar uma consolidação desses conhecimentos é de fundamental importância o desenvolvimento de mais investigações envolvendo esta temática, assim como a inclusão de outras variáveis, não abordadas neste estudo, que podem repercutir diretamente na qualidade de vida desses profissionais.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. M. et al. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, p. 513-520, maio/jun. 2010.

AGUIAR, O. B. **Aspectos psicossociais do impedimento laboral por motivos de saúde em trabalhadores de cozinhas industriais**. 2009. 206 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.

ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 271-276, mar./abr. 2006.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ANTUNES, H. K. M. et al. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 108-114, mar./abr. 2006.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v.6, p.52-59, 2008.

AREIAS, M. E. Q.; COMANDULE, A. Q. Qualidade de vida, estresse no trabalho e Síndrome de Burnout. In: VILARTA, R. et al. (Org.). **Qualidade de vida e fadiga institucional**. Campinas: IPES Editorial, 2006. p. 183-202.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.

ÁVILA, M. M. M. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, jan. 2011.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-60, jan./fev. 2008.

BARRIENTOS, L. A.; SUAZO, S. V. Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 480-486, maio/jun. 2007.

BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 20, p. 3-21, oct. 2003.

BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, jan./mar. 2010.

BARROS, M. V. G; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 554-563, 2001.

BERNARDES, K. A. G. **Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo**. 2008. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

BORGES, L. O. et al. A Síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v.19, p. 103-111, 2007. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF, 1990.

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

_____. Decreto n. 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas com o trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF, 2002a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília, DF, 2002c.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis:** Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Vigescola: vigilância de tabagismo em escolares.** v. 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios.** Brasília, DF, 2005.

_____. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, 14 fev. 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 out. 2006a.

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

_____. Ministério do Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Tabagismo 2008.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de situação em saúde.** Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 15 out. 2011.

BRESLAU, N.; NOVAK, S. P.; KESSLER, R. C. Psychiatric disorders and stages of smoking. **Biological Psychiatry**, New York, v. 55, n. 1, p. 69-76, jan. 2004.

BROUGH, P.; PEARS, J. Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. **International Journal of Organisational Behaviour**, v. 8, n. 2, p. 472-485, 2004.

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

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

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Cadastro de estabelecimento por endereçamento**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome_Por_Estado_Municipio.asp?VEstado=29&VMun=291800>. Acesso em: 07 jan. 2011.

CAMARGO, R. A. A.; BUENO, S. M. V. Lazer, trabalho e promoção da saúde mental para os trabalhadores de hospital. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 71-80, abr. 2004.

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**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, jan./fev. 2004.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-87.

_____. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 55-60, 2006.

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

CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 67-74, 2010.

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

CIANCIARULLO, T. I. Cidadania e Qualidade de Vida. In: CIANCIARULLO, T. I.; FUGULIN, F. M. T.; ANDREONI, S. (Org.). **A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial**. São Paulo: Ícone, 1998. p. 31-36.

CREMONESE, C. et al. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2368-2378, dez. 2010.

CUNHA, L. L.; MAYRINK, W. C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 120-124, abr./jun. 2011.

CUSATIS NETO, R. **Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção**. 2007. 127 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007.

CUSTÓDIO, I. L. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 18-24, jan./fev. 2011.

DEJOURS, C.; MOLINIER, P. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Org.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 127-139.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, maio, 2007.

DIAS, I. Violência contra as mulheres no trabalho: o caso do assédio sexual. **Sociologia, problemas e práticas**, Lisboa, n. 57, p. 11-23, maio, 2008.

ECHER, I. C. et al. A contribuição de restrições sociais ao fumo para o abandono do tabagismo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 520-527, dez. 2008.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ago. 2006.

FARIA, A. C.; CUNHA, I.; FELIPE, Y. X. **Manual Prático para elaboração de monografias**: trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses. Petrópolis: Vozes, 2007. 88 p.

FARIA, N. M. X. et al. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 391-400, 1999.

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

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 207-219, set./dez. 2005. Suplemento.

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

_____. **Avaliação da qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228p.

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

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

FONSECA, I. S. S.; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicologia para América Latina**, México, n. 15, dez. 2008.

FONSECA, S. A. et al. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 567-576, mar. 2008.

GALVÃO, O. Externalidades e desenvolvimento urbano: reflexões a partir do estatuto da cidade. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 27-45, nov. 2005.

GERDLE, B. et al. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. **Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 31, n. 7, p. 1399-1406, 2004.

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

GORDIA, A. P. et al. Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida de adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 29-35, 2010.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; COELHO, E. A. C. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 362-378, maio/ago. 2007.

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

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 16. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

HOGAN, D. J.; et al. Urbanização e vulnerabilidade sócio-ambiental: o caso de Campinas. In: HOGAN, D. J. et al. (Org.). **Migração e ambiente nas aglomerações urbanas**. Campinas: NEPO/UNICAMP, 2001. p. 395-418.

HUANG, G. D.; FEUERSTEIN, M.; SAUTER, S. L. Occupational stress and work-related upper extremity disorders: concepts and models. **American journal of industrial medicine**, New York, v. 41, n. 5, p. 298-314, may. 2002.

HUGHES, M. E.; WAITE, L. J. Health in household context: living arrangements and health in late middle age. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 43, n. 1, p. 1-21, mar. 2002.

INOCENTE, N. J. **Síndrome de Burnout em professores universitários do Vale do Paraíba (SP)**. 2005. 202 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conteúdo do diretório Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

KARASEK, R. A. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v. 24, n. 2, p. 285-308, jun. 1979.

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V. Neighbourhood influences on health. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 61, n. 1, p. 3-4, 2007.

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

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

KUCH, K. Psychological factors and the development of chronic pain. **Clinical Journal of Pain**, Philadelphia, v. 17, n. 4, p. 33-38, dec. 2001.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 76 p.

LEAL, S. A. **Estado de saúde auto-percebido, índice de massa corporal e percepção da imagem corporal em utentes dos cuidados de saúde primários**. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

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

LEITE, P. C.; SILVA, A.; MERIGHI, M. A. B. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 287-291, jun. 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.735-743, maio/jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 475-489.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 81-91, 2010.

LOURENÇO, E. D. S.; BERTANI, I. F. A relação trabalho e saúde no setor calçadista de Franca, São Paulo. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 152-160, jul./dez. 2009.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo**. 2004. 156 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 187-193, 2010.

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

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MARTINEZ, J. E. et al. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 67-71, 2004.

MARTINS, H. T. **Gestão de carreiras na era do conhecimento**: abordagem conceitual e resultados de pesquisas. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001. 204 p.

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

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MASON, V. L.; SKEVINGTON, S. M.; OSBORN, M. A measure for quality of life assessment in chronic pain: preliminary properties of the WHOQOL-pain. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 32, n. 2, p. 162-173, 2009.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 3, n. 11, p. 2011-2030, nov. 2006.

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

_____. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Vivências e prazer – sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Org.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2002. p. 42-57.

MENDES, F. M. S.; CEOTTO, E. C. Relato de intervenção em psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 496-506, 2011.

MENEGHEL, S. N. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 955-963, jul./ago. 2003.

MERGENER, C. R.; KEHRIG, R. T.; TRAEBERT, J. Sintomatologia músculo-esquelética relacionada ao trabalho e sua relação com qualidade de vida em bancários do Meio Oeste Catarinense. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 171-181, out./dez. 2008.

MITRA, M. et al. Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults with disabilities. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 27, n. 3, p. 258-260, 2004.

MONTOYA-DIAZ, M. C. **Lesões osteomusculares entre trabalhadores de um hospital mexicano e a ocorrência de absenteísmo**. 2008. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, L.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

MUCCI, S. C. S. Investigando a relação entre saúde e trabalho. **Perspectivas**, Campos dos Goytacazes, v. 4, n. 7, p. 80-87, jan./jul. 2005.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEAO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, mar./abr. 2005.

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

NASCIMENTO, G. M.; DAVID, H. M. S. L. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 550-556, 2008.

NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). **O sistema único de saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. 630 p.

NEVES, S. F. **Trabalho docente e qualidade de vida na rede pública de ensino de Pelotas**. 2008. 105 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2008.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. 28 p. (Texto para discussão, 735).

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C.; LELES, C. R. Quality of life of public health service dental hygienists in Goiania, Brazil. **International Journal of Dental Hygiene**, Oxford, v. 6, n. 1, p. 19-24, feb. 2008.

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

O'SULLIVAN, S. B.; SCHIMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.

ORLEY, J.; KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Berlin: Springer-Verlag, 1994. 200 p.

PAIVA, G. J. Espiritualidade e qualidade de vida: pesquisas em psicologia. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (Org.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 119-130.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-10, 2007.

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

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 81, n. 8, p. 606-615, 2003.

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, 2008.

PERES, M. A. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010.

PESSOA, J. C. S.; CARDIA, M. C. G.; SANTOS, M. L. C. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 821-830, 2010.

PICOLOTO, D.; SILVEIRA, E. Prevalências de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas - RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 507-516, 2008.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de coping no ambiente ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 153-158, maio/ago. 2003.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas v. 12, n. 2, p. 163-172, abr./jun. 2003.

PORTO, L. A. et al. Doenças ocupacionais em professores atendidos pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 33-49, jan./jun. 2004.

RAMOS, M. M. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em profissionais de saúde no ambiente de trabalho. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 308-312, jul./ago. 2006.

REBELATO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.

REIS, A. L. P. P.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 712-725, dez. 2010.

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

RIO, R. P. **LER/DORT: Ciência e Lei: novos horizontes da saúde e do trabalho**. Belo Horizonte: Health, 1998. 331 p.

RODRIGUES, G. A.; GALVÃO, V.; VIEGAS, C. A. A. Prevalência do tabagismo entre dentistas do Distrito Federal. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 34, n. 5, p. 288-293, maio, 2008.

ROSSI, E. Envelhecimento do sistema osteoarticular. **Einstein**, São Paulo, v. 6, S7-S12, 2008. Suplemento.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 708 p.

RUSLI, B. N.; EDIMANSYAH, B. A.; NAING, L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modelling approach. **BMC Public Health**, London, v. 8, n. 48, 2008.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 73-81, jan./abr. 2010.

SALLES, E. P. **Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem em UTIs**. 2005. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

SANTOS, L. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 52-57, jan./mar. 2011.

SANTOS, M. C. F.; VOGT, M. S. L. Estudo exploratório dos distúrbios musculoesqueléticos em cirurgiões-dentistas da Associação Brasileira de Odontologia - Regional Missioneira da cidade de Santo Ângelo/RS. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 229-234, jul./ago. 2009.

SATO, L. O conhecimento do trabalhador e a teoria das representações sociais. In: CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. (Org.). **Sofrimento Psíquico nas Organizações: Saúde Mental e Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 48-57.

SAUTER, S. L. et al. Factores psicosociales y de organización. In: **Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo**. vol. II, Madrid, 1998.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico**. 2004. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SCHMITZ, N.; KRUSE, J.; KUGLER, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 160, n. 9, p. 1670-1676, sep. 2003.

SHIBATA, A. et al. Prevalence and demographic correlates of meeting the physical activity recommendation among Japanese adults. **Journal of physical activity & health**, Champaign, v. 6, n. 1, p. 24-32, jan. 2009.

SHIELDS, M.; SHOOSHTARI, S. Determinants of self-perceived health. **Health Reports**, Canadá, v. 3, n. 1, p. 35-52, dec. 2001.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002a. 240 p.

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

SILVA, L. G.; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 98-195, jan./mar. 2008.

SILVA, L. V. E. R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-288, 2006.

SIMÕES, A. R. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 6-21, jan./jul. 2009.

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

SOARES, J. J. F.; JABLONSKA, B. Psychosocial experiences among primary care patients with and without musculoskeletal pain. **European Journal of Pain**, London, v. 8, n. 1, p. 79-89, feb. 2004.

SOARES, L. E. Novas políticas de segurança pública. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 47, p. 75-96, 2003.

SOKKA, T. Assessment of pain in patients with rheumatic diseases. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, London, v. 17, n. 3, p. 427-449, jun. 2003.

SOUSA, F. F.; SILVA, J. A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Revista DOR**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 469-513, 2005.

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

SOUZA d'ÁVILA, L.; FRAGA SOUSA, G. A.; SAMPAIO, R. F. Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho em fisioterapeutas da rede hospitalar SUS-BH. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 9, n. 2, p. 219-225, 2005.

SOUZA, D. P. O.; ARECO, K. N.; FILHO, D. X. S. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39 n. 4 p. 585-592, 2005.

SOUZA, M. L. **Abc do desenvolvimento urbano**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

SPILLER, A. P. M.; DYNIEWICZ, A. M.; SLOMP, M. G. F. S. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 88-95, jan./mar. 2008.

STRONACH, B. Álcool e Redução de Danos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 29-35.

TELLES, S. H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de Burnout em ACS e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 467-478, 2009.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

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

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

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

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

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

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity guidelines advisory committee report**. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

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

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

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 26, n. 1, p. 224-227, feb. 1997.

VIEGAS, C. A. A.; ANDRADE, A. P. A.; SILVESTRE, R. S. Características do tabagismo na categoria médica do Distrito Federal. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 33, n. 1, p.76-80, jan./fev. 2007.

VILLALOBOS, J. O. Estrés y trabajo. **Medspain**, 2004. Disponível em: <www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm>. Acesso em: 12 out. 2011.

VON KORFF, M.; DUNN, K. M. Chronic pain reconsidered. **Pain**, Amsterdam, v. 138, n. 2, p. 267-276, 2008.

WALSH, I. A. P. et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 149-156, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Status Report on Alcohol**. Geneva: World Health Organization, 2004a.

_____. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: World Health Organization, 2004b.

_____. **MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo**. Geneva: World Health Organization, 2008.

_____. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic**. Geneva: World Health Organization, 2009.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada: “**Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde do município de Jequié-BA**”, desenvolvido pelo mestrando **Claudio Henrique Meira Mascarenhas**, sob a responsabilidade do **Prof. Dr. Fabio Ornellas Prado**, lotado no Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, os seguintes aspectos:

Objetivo geral: Analisar as associações dos fatores sociodemográficos, ocupacionais, de comportamentos de risco e de saúde com o comprometimento da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde do município de Jequié-BA.

Objetivos específicos: Descrever as características sociodemográficas, ocupacionais, dos comportamentos de risco e de saúde dos ACS; e avaliar a qualidade de vida dos ACS do município de Jequié-BA.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo-analítico com delineamento transversal, censitário, no qual a população alvo será constituída pelos agentes comunitários de saúde do município de Jequié-BA. O instrumento utilizado será um questionário composto por cinco blocos de informação: variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas à ocupação, variáveis relacionadas aos comportamentos de risco, variáveis relacionadas à saúde, e avaliação da qualidade de vida.

Justificativa e relevância: A partir dessa investigação podem ser evidenciadas as repercussões dos fatores sociodemográficos, ocupacionais, comportamentos de risco e saúde na qualidade de vida dos ACS, tornando-se ponto de partida para a sensibilização desses profissionais quanto aos aspectos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida, de modo a adotar atitudes necessárias ao seu enfrentamento. Acredita-se também que as informações deste estudo possam dar sustentação ao desenvolvimento de políticas públicas destinadas à melhoria das condições de vida e trabalho desses profissionais.

Participação: A integração à pesquisa será de modo voluntário, onde os participantes responderão as perguntas ao pesquisador, não havendo nenhuma penalidade caso recuse a tal ou desista de prosseguir na pesquisa. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

Desconfortos e Riscos: Este estudo não trará desconforto, nem riscos para a integridade física, mental ou moral dos informantes. Todos os dados que obtidos serão utilizados somente para fins científicos com garantia de anonimato.

Confidencialidade do Estudo: Os registros da participação dos sujeitos nesse estudo serão mantidos em sigilo, guardados e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a essas informações. Se alguma publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada e os resultados serão relatados de forma sumariada preservando o anonimato da pessoa.

Benefícios: Este estudo possibilitará dar sustentação à implementação de novas estratégias

para a melhoria das condições de vida e trabalho desses profissionais, além de subsidiar políticas públicas de saúde, o que pode gerar um impacto positivo na saúde, tanto neste grupo de trabalhadores quanto na população por eles assistida.

Dano advindo da pesquisa: As avaliações a serem realizadas não proporcionarão prejuízos, nem riscos para a integridade física, mental ou moral dos indivíduos participantes desta pesquisa.

Participação voluntária: Toda participação é voluntária, sendo que nenhum participante será penalizado se decidir desistir do estudo em qualquer momento, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal.

Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima e fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional a que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “**Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde do município de Jequié-BA**”, desenvolvido pelo mestrando **Claudio Henrique Meira Mascarenhas**, sob a responsabilidade do Professor **Fabio Ornellas Prado**, lotado no Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome do(a) Participante _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié/BA. Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Claudio Henrique Meira Mascarenhas. Fone: (73) 3528-9623 (Departamento de Saúde)

Fabio Ornellas Prado. Fone: (73) 3528-9623 (Departamento de Saúde)

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



Data ____/____/____

1- INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1 Sexo: 0 () feminino 1 () masculino

1.2 Idade (em anos completos): _____

1.3 Situação conjugal:

0 () solteiro(a) 1 () casado(a)

2 () união estável 3 () divorciado(a)/ separado(a)/ desquitado(a)

4 () viúvo(a)

1.4 Escolaridade:

0 () analfabeto 1 () ensino fundamental incompleto

2 () ensino fundamental completo 3 () ensino médio incompleto

4 () ensino médio completo 5 () ensino superior incompleto

6 () ensino superior completo

1.5 Renda mensal familiar (Valor em Reais): _____

2- INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO PROFISSIONAL

2.1 Há quanto tempo você atua como ACS? _____ (anos)

2.2 Qual seu local de atuação? 0 () zona rural 1 () zona urbana

2.3 Você tem quantas famílias cadastradas? _____

2.4 Além desta ocupação, você realiza outra atividade que lhe dê rendimentos? 0 () sim 1 () não

2.5 Qual o tipo de atividade? _____

2.6 Qual a carga horária semanal nesta atividade? _____

2.7 Aspectos psicossociais do trabalho (em relação à ocupação principal)

1. Seu trabalho lhe possibilita aprender coisas novas?

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

2. Seu trabalho envolve muito trabalho repetitivo?

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

3. Seu trabalho requer que você seja criativo?

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

4. Seu trabalho exige um alto nível de habilidade?

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

5. Em seu trabalho, você pode fazer muitas coisas diferentes?

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

6. No seu trabalho, você tem oportunidade de desenvolver suas habilidades especiais?

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

| |
|---|
| 7. O que você tem a dizer sobre o que acontece no seu trabalho é considerado? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente |
| 8. Seu trabalho lhe permite tomar muitas decisões por sua própria conta? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente |
| 9. Em seu trabalho, você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente |
| 10. Seu trabalho requer que você trabalhe muito duro? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente |
| 11. Seu trabalho requer que você trabalhe muito rapidamente? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente |
| 12. Você não é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente |
| 13. O tempo para realização das suas tarefas é suficiente? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente |
| 14. Algumas demandas que você tem que atender no seu trabalho estão em conflito umas com as outras? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente |

3- INFORMAÇÕES RELACIONADAS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO

3.1 Tabagismo

1. Você fuma atualmente? 0 () sim 1 () não
2. Há quanto tempo você fuma? _____
3. Você já foi fumante? 0 () sim 1 () não
4. Há quanto tempo parou? _____
5. Por quanto tempo fumou? _____

3.2 Ingestão de bebidas alcoólicas

1. Você consome bebidas alcoólicas atualmente? 0 () sim 1 () não
2. Você bebe...

| | | |
|---------------------|-------------------------------|---------------------|
| 0 () raramente | 1 () um dia/semana | 2 () 2 dias/semana |
| 3 () 3 dias/semana | 4 () todo dia/quase todo dia | |
3. Você já foi consumidor de bebidas alcoólicas? 0 () sim 1 () não
4. Com que frequência você bebia?

| | | |
|---------------------|-------------------------------|---------------------|
| 0 () raramente | 1 () um dia/semana | 2 () 2 dias/semana |
| 3 () 3 dias/semana | 4 () todo dia/quase todo dia | |
5. Há quanto tempo parou de beber? _____
6. Por quanto tempo você bebeu? _____

3.3 Atividade Física

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana.

Para responder as questões lembre que:

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

➤ atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

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

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**) dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**? horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**? horas: _____ Minutos: _____

4- INFORMAÇÕES RELACIONADAS À DOR

4.1 Você apresentou dor musculoesquelética nos últimos 7 (sete) dias? 0 () Sim 1 () Não

4.2 Sua dor apresenta-se...

0 () raramente 1 () pouco frequente 2 () frequente 3 () muito frequente

4.4 Em qual(is) região(es) você sente dor:

0 () nas pernas 1 () nos braços 2 () nas costas/coluna

5- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL – Bref)

Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

| | 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 |