





# UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

## RELATÓRIO FINAL PIBIC/PAIC 2015-2016



UFAM

5	Análise dos dados				X	X	X						
6	Discussão dos resultados parciais com a equipe da pesquisa					X							
7	Discussão dos resultados finais com a equipe da pesquisa							X					
8	Reunião com os gerentes e Agentes Comunitários de Saúde para devolutiva dos resultados								X				
9	Elaboração do Resumo e Relatório Final								X	X	X	X	X



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

## RELATÓRIO FINAL PIBIC/PAIC 2015-2016



Qualidade de Vida em Agentes Comunitários de Saúde do Interior do Amazonas

Quality of Life in Communities Agents of Health at Amazonas Interior

**Cléber Araújo Gomes**  
**Ronaldo de Araújo Mota**



Qualidade de Vida em Agentes Comunitários de Saúde do Interior do Amazonas

Quality of Life in Communities Agents of Health at Amazonas Interior

## RESUMO

**Introdução:** Na Estratégia de Saúde da Família, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), um membro indispensável, pois sobressai como um profissional comunitário. O trabalho e a sobrecarga de atribuições podem estar relacionados à aparição de problemas que impactam na qualidade de vida (QV). Com base no exposto, o estudo objetiva descrever a QV em ACS da zona urbana do município de Coari-AM. **Métodos:** É um estudo transversal, com 66 indivíduos, no qual foi utilizado o WHOQOL-Bref para avaliar a QV. **Resultados:** Dos indivíduos entrevistados, prevaleceram as mulheres, com média de idade  $32,81 \pm 7,64$  anos. A maioria dos ACS relataram estar satisfeitos com a própria saúde (72,72%). Em relação à QV o domínio relações sociais obteve o escore médio (79,29), seguido pelo psicológico (72,79), físico (72,67) e meio ambiente (58,19). **Discussão/Conclusão:** O comprometimento das relações sociais pode ser associado à mulher trabalhar numa atmosfera externa ao lar, como ACS, e, também ter que cuidar da casa e dos filhos, causando uma série de conflitos, que muitas vezes, diminui o tempo dela com a família, dificultando sua boa performance de mãe. Constatou-se que, a QV auto referida dos ACS de Coari-AM, apresenta-se entre regular e boa, ignorando os obstáculos presentes em seu cotidiano de trabalho.

Descritores: Qualidade de Vida, Agente Comunitário de Saúde, Saúde do Trabalhador



Qualidade de Vida em Agentes Comunitários de Saúde do Interior do Amazonas

Quality of Life in Communities Agents of Health at Amazonas Interior

## **ABSTRACT**

**Introduction:** In the Family Health Strategy, there is the Community Agent of health (CAH), an indispensable member, because it stands as a community professional. The work, overload assignments, may be associated to appearance of problems that impact the quality of life (QOL). Based on the exposed, the study aims to describe QOL in ACS the urban area of Coari-AM city. **Methods:** It is a cross-sectional study with 66 subjects, in which we used the WHOQOL-BREF to evaluate QOL. **Results:** About the individuals interviewed, prevailed women, with mean age  $32.81 \pm 7.64$  years. The majority of CAH reported being satisfied with their health (72.72%). Regarding QOL the social relations domain obtained the mean score (79.29), proceeded by psychological (72.79), physical (72.67) and environment (58,19). **Discussion/Conclusion:** The commitment of social relations can be associated with the woman working in an atmosphere outside the home, as CAH, and, have to take care of home and children too, causing a number of conflicts, which often, reduces the time she with family, hindering their good mother performance. The study found that, QOL self-reported the CAH Coari-AM, appears between regular and good, ignoring the obstacles present in their daily work.

**Descriptors:** Quality of Life, Community Agent of Health, Worker Health



## **INTRODUÇÃO**

No contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), um membro indispensável na equipe, pois se sobressai dos demais como um profissional de identidade comunitária, que desenvolve atividades relacionadas tanto na dimensão técnica, quanto política do trabalho, e aos mais diversos aspectos das condições de vida e saúde<sup>1</sup>.

O ACS é um profissional entendedor da realidade local, pois mora na comunidade em que trabalha. Ele realiza o mapeamento de famílias em uma base geográfica definida, haja vista que os aspectos de solidariedade e liderança são fundamentais no desenvolvimento das suas atividades<sup>2</sup>. Os ACS são responsáveis pela prática de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, solidificando isso a partir de ações educacionais em saúde, realizadas nos lares ou junto à coletividade, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS<sup>3,4</sup>.

O ACS colabora para organização e estruturação dos serviços de saúde, pela atuação de forma coesa com a realidade local, e na consolidação de um modelo de saúde centrado no tripé indivíduo/família/comunidade<sup>1</sup>. O cumprimento das funções diretamente com a comunidade, imergindo em sua realidade, a sobrecarga de atribuições, alto grau de exigência do entendimento técnico-científico, condições salariais impróprias podem estar relacionados a aparição de condições patológicas que impactam diretamente na Qualidade de Vida (QV) dos ACS e na qualidade do serviço prestado, devido aos problemas e situações vivenciadas por esses profissionais<sup>1,5-7</sup>.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida do contexto cultural, assim como a percepção sobre o sistema de valores envolvidos em suas metas, expectativas, normas e preocupações da vida. Entende-se que a qualidade de vida é um conceito multidimensional e complexo que inclui aspectos bastante pessoais como a saúde, autonomia, independência, satisfação com a vida e aspectos ambientais como, por exemplo, redes de apoio e serviços sociais, entre outros. A saúde está inteiramente ligada à qualidade de vida e é vista pela OMS não apenas como a ausência de doenças, mas como estado de bem-estar físico, mental e social<sup>8</sup>.

O termo Qualidade de vida é bem subjetivo e está relacionada ao contexto histórico e cultural da pessoa. Ela pode ser ampla ou diretamente relacionada a uma certa doença. QV é a expressão no indivíduo e na coletividade dos meios de produção e reprodução social<sup>9</sup>. O termo Qualidade de Vida já vem sendo associado antes de Aristóteles, à “felicidade e virtude” que no momento que são adquiridos causam na pessoa “boa vida”. Nos dias atuais QV está ligado com bem-estar, necessidade, aspiração e satisfação<sup>10</sup>.

Para a avaliação da Qualidade de Vida a OMS desenvolveu o questionário WHOQOL-Bref, que por sua vez é multidimensional e auto explicável, este instrumento é validado para a população brasileira e leva em consideração os últimos quinze dias vividos pelos respondentes. O questionário é composto por 26 questões, das quais as duas primeiras são gerais, ou seja, avaliam a qualidade de vida de modo geral e a satisfação com a própria saúde e as outras 24 questões são distribuídas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente<sup>11-12</sup>.

O conhecimento da qualidade de vida desses profissionais é um passo essencial para que eles possam adotar atitudes adequadas ao enfrentamento dos aspectos que comprometem seu bem estar físico mental e social. Espera-se ainda, que o atual estudo possa embasar o incremento de políticas públicas voltadas para a preparação de



estratégias e ações que objetivem não somente a promoção da saúde, mas também a realização de intervenções necessárias sobre as variáveis que influenciam a qualidade de vida desse grupo de profissionais. Desta forma, este trabalho tem o objetivo de descrever a qualidade de vida em Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana do Município de Coari, Amazonas.

## **MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal, individuado, aninhado à pesquisa intitulada “condições de saúde e trabalho dos agentes comunitários de saúde no interior do Amazonas”.

### **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram incluídos no estudo os trabalhadores de ambos os sexos, admitidos há mais de um ano, tendo como referência o primeiro dia da entrevista na empresa. Foram convidados a participar da pesquisa os trabalhadores que se encontravam de férias ou afastados temporariamente da atividade laboral por motivos relacionados com o assunto estudado.

Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores afastados do trabalho quando o motivo da reclusão não se relacione com o evento estudado, a exemplo dos casos de licença maternidade e outras patologias. Foram excluídos, ainda, os trabalhadores oriundos de povos indígenas.

### **POPULAÇÃO DE ESTUDO**

O cálculo amostral para seleção dos trabalhadores que foi construído a partir de quatro critérios: número de trabalhadores, 4% de grau de precisão absoluta, 95% de nível de confiança e considerando que 50% dos trabalhadores apresentam uma boa qualidade de vida. Sendo assim, o número amostral foi de 60 trabalhadores. Ao serem acrescidos 10% ao número de trabalhadores para compensar as possíveis perdas, o número de trabalhadores pesquisados foi 66.

### **COLETA DOS DADOS**

Os dados foram coletados por seis entrevistadores previamente treinados, acadêmicos do Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, no período de agosto a novembro de 2015. A coleta dos dados foi antecedida de reuniões que envolveram os pesquisadores com a gerência da Atenção Básica do município, depois com os gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Equipes de Saúde da Família e com os Agentes Comunitários de Saúde.

### **INSTRUMENTO DE COLETA E VARIÁVEIS ESTUDADAS**

Foi utilizado um questionário é constituído por cinco blocos (1) Informações gerais: dados sócio demográficos; (2) Informações sobre o trabalho: História ocupacional atual e pregressa; (3) Condutas de compensação: Uso de tabaco e bebida alcoólica; (4) Níveis de qualidade de vida; (5) Sintomas musculoesqueléticos.

A qualidade de vida foi avaliada através do instrumento WHOQOL-Bref, em sua versão traduzida para o português<sup>11</sup>. 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)<sup>11</sup>.

O WHOQOL-Bref fornece um perfil da qualidade de vida obtido através dos escores dos quatro domínios, em que quanto mais alto o valor melhor é a avaliação. Para avaliar os resultados foi dado um escore para cada questão, variando de um a cinco, e, dependendo das respostas a qualidade de vida é caracterizada como: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). Em seguida esses escores são transformados segundo a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL em uma escala graduada inicialmente entre 4 e 20. E posteriormente, realizou-se uma nova transformação desses escores numa escala de 0 a 100, sendo que zero (0) corresponde a uma pior avaliação da qualidade de vida e cem (100) a uma melhor, possibilitando a análise individual de cada dimensão.

## **ANÁLISE DOS DADOS**

Com relação aos procedimentos de análise do WHOQOL-Bref, o cálculo dos escores dos domínios e facetas seguiu os parâmetros sugeridos na sintaxe SPSS disponibilizada pelo Grupo WHOQOL 1998<sup>13</sup>, tendo sido utilizada a ferramenta construída no Microsoft Excel (97-2003) proposta por Pedroso *et al.*, 2010<sup>14</sup>.

Para análise da qualidade de vida dos ACS foram consideradas apenas as 24 questões referentes aos quatro domínios do WHOQOL-Bref. As demais variáveis foram digitadas e analisadas no programa estatístico Epi Info (versão 3.5.4) e, posteriormente, foi realizada a “limpeza” do banco de dados.

## **ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois respeita a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado sob o número 1.082.438 pela Fundação Universidade do Amazonas – FUA/ UFAM.

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 duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



UFAM

## RESULTADOS

A partir das análises dos dados constatou-se que, dos 66 ACS entrevistados, a maioria era do sexo feminino (81,80%), sendo que a média de idade foi de 32,81 ( $\pm 7,64$ ) anos. Com relação a variável situação conjugal, prevaleceram os indivíduos que eram casados ou viviam juntos (70,80%). No que se refere à escolaridade, a maioria dos ACS apresentavam nível médio completo ou incompleto (84,90%), seguido pelo nível fundamental completo ou incompleto (10,60%) e nível superior completo ou incompleto (4,50%) (Tabela 1).

Todos os ACS estudados trabalhavam na zona urbana (100%), sendo que o número de famílias cadastradas variou entre 58 e 195, com média de 104,49 ( $\pm 26,06$ ), já o número de pessoas cadastradas variou entre 130 e 930, com média de 495,49 ( $\pm 142,10$ ) por ACS. A maioria dos ACS não desempenhava outra atividade remunerada (84,80%). Quanto às variáveis relacionadas aos comportamentos de risco, 51,50% não consumiam nenhum tipo de bebida alcoólica e 86,20% nunca fumaram. A prevalência de dor musculoesquelética nos últimos 12 meses foi de 75,80% (Tabela 1).

Com relação a variável satisfação no trabalho 94% dos trabalhadores afirmaram estar satisfeito ou muito satisfeito e 6% relataram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Na análise subjetiva sobre a satisfação do ACS com a própria saúde, observou-se um elevado percentual de sujeitos com a satisfação positiva (72,72%). Em relação à qualidade de vida pode-se observar que o domínio relações sociais obteve o escore médio mais elevado (79,29), seguido pelo domínio psicológico (72,79), físico (72,67) e, por último, o meio ambiente (58,19) (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

O trabalho na atenção primária à saúde é categorizado como sendo de grande complexidade, tendo em vista as constantes mudanças paradigmáticas do processo de gestão e do trabalho em saúde. A prática do ACS, nesse contexto, é fundamental, uma vez que sendo membro da equipe de saúde da família possui uma situação única por desempenhar a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade. Desta forma torna-se importante destacar que a qualidade do serviço prestado por estes profissionais à comunidade pode ser influenciada pela sua qualidade de vida<sup>12</sup>.

O ACS é um trabalhador que faz parte de dois importantes programas do Ministério da Saúde: o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). No contexto atual, esses programas consolidam-se no ambiente da municipalização e descentralização das ações da atenção primária à saúde no Brasil<sup>15</sup>. Os ACS moram na mesma região que o serviço de saúde atua, passam por um treinamento e trabalham informando a comunidade sobre os tipos de atendimento disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde. Assim eles atuam como mediadores entre a comunidade e os profissionais, marcando consultas, verificando vacinas, informando sobre os grupos de acompanhamento e sensibilizando os profissionais do PSF sobre as demandas específicas da comunidade<sup>16</sup>.

No que se refere a qualidade de vida, o domínio físico compreende as seguintes questões: dor e desconforto, dependência de medicação ou tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana e capacidade para o trabalho.

Um dos aspectos a ser considerado em relação ao comprometimento do domínio físico nos ACS é o fato da existência de diferença entre os sexos quanto à sua composição corporal, haja visto que a maioria da amostra era de mulheres, cerca de 81,80%<sup>17</sup>. O comprometimento das qualidades físicas entre pessoas do sexo feminino pode ser explicado pela diminuição de força muscular quando comparada ao sexo



masculino. Além disso, os fatores hormonais incidem sobre sua construção biológica e psicológica<sup>18</sup>.

Outra variável que pode estar associada ao comprometimento do domínio físico foi a presença de dor musculoesquelética. É importante destacar que variável citada está intimamente relacionada com este domínio, tendo em vista que o próprio grupo idealizador do WHOQOL-Bref reconhece a dor como uma das razões da diminuição da qualidade de vida<sup>13</sup>.

A dor é um sintoma que pode atrapalhar o desenvolvimento das atividades diárias, acarretando desde diminuição dos movimentos, ou até mesmo invalidez temporária, isso vai depender da intensidade da patologia. Os movimentos do corpo antes simples de serem feitos acabam sendo dificultados devido aos sintomas musculoesqueléticos<sup>19</sup>.

Dissen *et al.*, 2011 mostraram em seu estudo que todos os ACS pesquisados relataram sentir dores nas pernas na coluna vertebral e cansaço regularmente<sup>20</sup>.

Vale ressaltar que, no trabalho do ACS, as longas caminhadas em ruas escavadas e tortuosas, o uso de mochilas, somado ao peso da balança para a pesagem de crianças e a necessidade de ficarem sentados em posições não recomendadas durante as visitas domiciliares, por falta de bancos ou cadeiras consistem em fatores que representam riscos biomecânicos e, por conseguinte, uma potencial fonte de dor<sup>12</sup>.

A satisfação positiva com saúde pode ser reflexo do pouco acometimento das questões inerentes a este domínio, tais como: presença de dor e desconforto, dificuldade de sono e repouso, dependência de medicação, dentre outras. Alguns estudos ponderam a auto percepção do estado de saúde como um item importante do reflexo de alterações objetivas de saúde, da capacidade funcional e da qualidade de vida em diversos grupos populacionais<sup>21-22</sup>.

Quanto ao domínio psicológico, ele é composto por questões referentes aos sentimentos positivos e negativos; autoestima, imagem corporal, pensar, memória, concentração e aprender, espiritualidade, religião e crenças pessoais.

As tarefas do ACS apresentam uma complexidade diferente em relação aos demais profissionais da equipe, uma vez que ele faz uso de todos os recursos disponíveis das tecnologias leves em saúde. De certa maneira, constitui um trabalho desbravador na medida em que necessita de um vasto conhecimento sobre crenças, culturas e vidas. Esses fatores somados podem acarretar o comprometimento psíquico desses trabalhadores<sup>23</sup>.

Torna-se necessário que o ACS tenha um grau de escolaridade maior para corresponder às demandas atuais do PSF, visto que houve um aumento de suas atribuições, ou seja, deslocou-se do setor materno-infantil para a família e a comunidade, exigindo assim, novas capacidades no campo político e social<sup>24</sup>.

A redução na pontuação deste domínio pode ter recebido contribuição do estresse proveniente da alta exigência do trabalho. No trabalho do ACS, estão presentes os mais distintos estressores psicossociais, os quais podem ser destacados as diversas tarefas constantes de suas atribuições, a cobrança de produtividade por metas, ritmos excessivos, somados à execução de tarefas superpostas, carência de recursos para fazer bem seu trabalho, além de ocasiões de extrema miséria, adoecimento e degradação humana vivenciados no seu dia a dia de trabalho<sup>25</sup>.

De acordo com Fonseca *et al.*, 2012 os ACS se sentem desvalorizados na medida em que não são incorporados nas avaliações mais sistematizadas. A ênfase na compreensão do trabalho do ACS, a partir de sua dimensão de produtividade, pode



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

## RELATÓRIO FINAL PIBIC/PAIC 2015-2016



UFAM

ocasionar distorções na qualidade do trabalho, muitas vezes não perceptíveis aos próprios profissionais, esses fatores podem comprometer o psicológico do trabalhador<sup>26</sup>.

Segundo Trindade *et al.*, 2007 as cargas mecânicas e psíquicas, ao longo dos anos, vão alterando a saúde dos trabalhadores. Isso reduz sua produtividade e acarreta o adoecimento físico e mental<sup>3</sup>.

O comprometimento do domínio psicológico talvez esteja atrelado também a dor musculoesquelética, a dor pode ser um fator limitante das atividades de vida diária dos ACS, assim como o trabalho desses profissionais pode torna-los susceptíveis a manifestação de sintomas musculoesqueléticos, o que colabora para o aparecimento de estresse emocional, decadência da autoestima, entre outros impactos sobre os aspectos psicológicos desses indivíduos<sup>12</sup>. A dor passa a ser o centro, direciona e limita as escolhas e comportamentos do indivíduo, acarretando ainda, fadiga, anorexia, distúrbios do sono, constipação, náuseas, dificuldade em se concentrar, entre outros. A impossibilidade de controlá-la ocasiona sempre sofrimento físico e psíquico<sup>27</sup>.

A avaliação do domínio relações sociais possui as seguintes questões: relacionamentos pessoais, suporte e apoio social, e atividade sexual. O comprometimento do domínio relações sociais pode estar relacionado ao fato da mulher trabalhar em uma atmosfera externa ao lar, como agente de saúde, e, provavelmente, também ter que cuidar da casa e dos filhos, o que acaba causando uma série de impossibilidades e conflitos, uma vez que o trabalho excessivo, muitas vezes, diminui o tempo dela com a família, de desenvolver atividades que a atinja pessoalmente, dificultando sua boa performance de mãe, esposa, filha e amiga. Acoplado a esse fato, podem surgir cobranças tanto da própria mulher quanto dos familiares e esse sentimento de falta consigo e com os outros faz com que sua qualidade de vida possa ser afetada, sobretudo em suas relações sociais<sup>12</sup>.

Com relação a variável situação conjugal, um casamento ou união estável estabelece um elemento importante de apoio social, uma vez que a dedicação entre o casal produz sentimentos e pensamentos positivos, melhora a autoestima e, os problemas próprios da vida são na maioria das vezes melhor enfrentados quando compartilhados com o parceiro. A falta de suporte social, produzido pelo individualismo, pode afetar o espaço das relações interpessoais e o da interioridade. Entretanto, o fato de cultivar uma relação de casal admite viver e desfrutar da sexualidade de um modo mais estável<sup>28</sup>. Esses fatores podem ter sido determinantes na boa avaliação do domínio relações sociais.

Para Maia, Silva & Mendes, 2011 a falta de conhecimento priva o agente de informações que são imprescindíveis ao adequado enfrentamento das diversas situações presentes em seu trabalho, em especial, daquelas situações que envolvem as relações sociais<sup>29</sup>.

De acordo com o estudo de Brough & Pears, 2004 as interações entre as pessoas contribuem positivamente para a vida de cada um, seja na área comportamental, na saúde física ou mental. Neste pensamento, pode-se afirmar que indivíduos insatisfeitos com suas relações com amigos, parentes, colegas e também com o apoio social que recebem, estão mais sujeitos a manifestação de doenças<sup>30</sup>.

Com relação ao meio ambiente, neste domínio de qualidade de vida são avaliadas questões relacionadas à segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, oportunidades de adquirir informações, lazer, cuidados sociais e de saúde, e transporte. Quanto ao comprometimento deste domínio entre as ACS pode estar relacionado à dupla jornada de trabalho, haja visto que, possivelmente, a intensa carga de tarefas



semanais a que estão responsabilizadas para cumprir, as várias atividades acabam por consumir o tempo que poderia ser direcionado à recreação e ao lazer<sup>12</sup>.

Outro componente relacionado ao domínio meio ambiente que pode colaborar para um maior comprometimento entre as mulheres é a segurança física e proteção. Como parte de suas funções, os ACS realizam visitas nas casas dos usuários ficando mais propensas à sofrerem violência urbana. Deste modo, geralmente, as mulheres por serem mais vulneráveis que os homens em se tratando de segurança física, uma vez que ao entrar nos domicílios, podem se tornar alvo fácil de violência, principalmente, do assédio sexual<sup>12</sup>.

O maior comprometimento do domínio meio ambiente entre os ACS pode estar relacionado ao panorama de atuação desses profissionais, uma vez que os ACS da zona urbana acompanham pessoas que moram em favelas, cortiços ou áreas de invasão, portanto, micro áreas avaliadas de risco em função da crescente violência urbana<sup>12</sup>. Além da insegurança, provavelmente vivida com maior intensidade pelos ACS que trabalham na zona urbana, outros problemas também podem ser evidenciados: a contaminação do ar e da água, a poluição sonora e a visual, as subidas dos rios, o tráfego intenso de veículos e a sobrecarga da vida urbana<sup>12</sup>.

Pesquisas revelam que a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde são do gênero feminino<sup>4,7,12,15,16,20,31-33</sup>. Segundo Silva 1997, historicamente, a participação feminina em quaisquer área, sempre esteve ligada ao cuidado, seja com o doente, a criança ou com a família<sup>37</sup>.

O trabalho de ACS é uma modalidade intimamente associada ao cuidado, função historicamente herdada pelas mulheres. Em uma sociedade onde persistem ligações a valores patriarcais, as mulheres ainda são, por “natureza” vocacionadas para o cuidado do próximo<sup>35</sup>. De acordo com Aquino, Menezes & Marinho, 1995 “a doçura, a paciência, a resistência para o trabalho monótono e repetitivo são qualidades peculiares naturais das mulheres<sup>36</sup>.”

No presente estudo identificou-se que 70,80% dos ACS eram casados ou viviam juntos, convergindo com os resultados do estudo de Araújo & Assunção, 2004 que identificaram em seu estudo mais de 50% dos ACS eram casados e levando em conta que a maioria dos trabalhadores são mulheres e, ainda por cima casadas, infere-se uma segunda jornada de trabalho, ou seja, o trabalho doméstico, que pode ser uma dificuldade a mais, pois acrescenta mais esforço físico a um trabalho que já demanda elevada atividade física<sup>31</sup>.

Estudos mostram que a maioria dos ACS gostam da profissão<sup>20,37</sup>. Segundo Dissen *et al.*, 2011 a partir da atuação como ACS, os profissionais tem a oportunidade de ajudar e esclarecer as pessoas, especialmente as menos favorecidas, levar alegria e efetuar uma troca de conhecimentos com a comunidade, esses fatores tornam o trabalho de ACS gratificante<sup>20</sup>.

A satisfação pode ser influenciada por forças internas e externas ao ambiente de trabalho, ela pode afetar a saúde física e mental do ACS, interferindo em seu comportamento profissional e/ou social, bem como na qualidade do serviço prestado<sup>4</sup>.

Cada ACS deve desenvolver ações promocionais e preventivas na micro área sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas<sup>38</sup>. Quanto a variável número de pessoas acompanhadas por cada ACS, o valor médio (495,49) encontrava-se dentro do estipulado pelo Ministério da Saúde. Entretanto é importante ressaltar que alguns agentes acompanhavam um número de pessoas além do preconizado.



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

## RELATÓRIO FINAL PIBIC/PAIC 2015-2016



Gomes *et al.*, 2009 verificaram que cuidar de um número de famílias além do recomendado é um fator altamente estressante para os ACS, o que implica na qualidade de vida do agente, assim como o sentimento de não ser, ou ser pouco valorizado pelo trabalho realizado<sup>32</sup>.

### CONCLUSÃO

O presente estudo constatou que, após a avaliação da qualidade de vida auto referida dos ACS do município de Coari-AM, a mesma apresenta-se no estado de regular a boa, ignorando os obstáculos presentes em seu cotidiano de trabalho. Tal resultado pode se dar, devido os ACS não permitirem que esses problemas interfiram na sua qualidade de vida. Sendo este fator importante para manutenção dos níveis satisfatórios de realização pessoal.

Vale ressaltar que o tema qualidade de vida tem sido investigada incansavelmente nos últimos anos, com considerável crescimento no número de estudos publicados; contudo, muitas lacunas observadas na literatura precisam ser preenchidas, principalmente em relação à promoção da qualidade de vida. Desta forma, com intenção de promover novas evidências, possibilitar a confirmação de tais constatações e buscar uma consolidação desses conhecimentos é de fundamental importância o desenvolvimento de mais pesquisas envolvendo este construto.



UFAM

### REFERÊNCIAS

1. Jorge, JC, Marques, ALN, Côrtes, RM, Ferreira, MBG, Haas, VJ, Simões, ALA. Qualidade de Vida e Estresse de Agentes Comunitários de Saúde de Uma Cidade do Interior de Minas Gerais. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. jan/jun 2015; 4(1): 28-41.
2. Ursine, BL, Trelha, CS, Nunes, EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 35 (122): 327-339, 2010.
3. Trindade, LL, Gonzales, RMB, Beck, CLC, Lautert, L. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. Rev Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), v. 28, n. 4: 473-9, 2007.
4. Figueiredo, IM, Neves, DS, Montanari, D, Camelo, SHH. Qualidade de Vida no Trabalho: Percepções dos Agentes Comunitários de Equipes de Saúde da Família. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):262-267.
5. Theisen, NIS. Agentes comunitários de saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico. (Dissertação) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires (RS), 2004.
6. Nascimento, GM, David, HMSL. Avaliação de Riscos no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Um Processo Participativo. Revista enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro, 16(4): 550-556, out/dez, 2008.
7. Vasconcelos, NPC, Costal-Val, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. Revista APS, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, 17-28, jan./mar., 2008.
8. Gonçalves, AK, Griebler, EM, Possamai, VD, Teixeira, AR. Qualidade de Vida e Sintomas Depressivos em Idosos de Três Faixas Etárias Praticantes de Atividade Física. Revista Kairós Gerontologia, 17(3), pp.79-94. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil.
9. Castro, DFA, Fracolli, LA. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. O mundo da Saúde, São Paulo, v. 37, n. 2: 159-165, 2013.
10. Dyniewicz, AM, Moser, AD, Santos, AF, Pizoni, H. Avaliação da Qualidade de Vida de Trabalhadores em Empresa Metalúrgica: um subsídio à prevenção de agravos à saúde. Fisioter Mov. 2009, Pinhais (PR) jul/set;22(3):457-466.
11. Fleck, MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 1: 33-38, 2000.
12. Mascarenhas, CHM, Prado, OF, Fernandes, MH. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Agentes Comunitários de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 5: 1375-86, 2013.
13. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med 1998; 28(3):551-558.



14. Pedroso, B, Pilatti, LA, Gutierrez, GL, Picinin, CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, jan./jun. 2010.
15. Ferras, L, Aerts, DRGC. O Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. Ciências & Saúde Coletiva, 10 (2): 347-355, 2005.
16. Barroso, SM, Guerra, ARP. *Burnout* e Qualidade de Vida de Agentes Comunitários de Saúde de Caetanópolis (MG). Cad. Saúde Colet., 2013, Rio de Janeiro, 21 (3): 338-345.
17. Picoloto, D, Silveira, E. Prevalência de Sintomas Osteomusculares e Fatores Associados em Trabalhadores de uma Indústria Metalúrgica de Canoas – RS. Ciência & Saúde Coletiva, 13(2):507-516, 2008.
18. Pessoa, JCS, Cardia, MCG, Santos, MLC. Análise das Limitações, Estratégias e Perspectivas dos Trabalhadores em LER/DORT, Participantes do Grupo PROFIT – LER: um estudo de caso. Ciência & Saúde Coletiva, 15(3):821-830, 2010.
19. Mergener, CR, Kehrig, RT, Treabert, J. Sintomatologia Músculo-Esquelética Relacionada ao Trabalho e Sua Relação com Qualidade de Vida em Bancários do Meio Oeste Catarinense. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.4, p.171-181, 2008.
20. Dissen, CM, Beck, CLC, Prestes, FC, Tavares, JP, Vogt, MS, Coelho, APF. Cargas Físicas no Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. Revista contexto & Saúde, Ijuí, 10(20): 807-812, jan/jun, 2011.
21. 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. Arch Gerontol Geriatr 2002; 35(1):79-92.
22. Choi NG. Determinants of self-perceived changes in health status among pre-and early-retirement populations. Int J Aging Hum Dev 2003; 56(3):197 - 222.
23. Lunardelo, SR. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo. (Dissertação). Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
24. Tomaz, JBC. O Agente Comunitário de Saúde não Deve ser um “Super-Herói”. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-94, fev 2002.
25. Martines, WRV, Chaves, EC. Vulnerabilidade e Sofrimento no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3):426-33.
26. Fonseca, AF, Machado, FRS, Bornstein, VJ, Pinheiro, R. Avaliação em Saúde e Repercussões no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 21(3): 519-527, jul/set 2012.



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

## RELATÓRIO FINAL PIBIC/PAIC 2015-2016



UFAM

27. Cunha, LL, Mayrink, WC. Influência da dor na Qualidade de Vida em Idosos. Rev Dor. São Paulo, 2011 abr-jun;12(2):120-4.
28. Barrientos, LA, Suazo, SV. Fatores Associados a Qualidade de Vida em Enfermeiras Hospitalares Chilenas. Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3).
29. Maia, LDG, Silva, ND, Mendes, PHC. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde: aspectos de sua formação e prática. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 36 (123): 93-102, 2011.
30. Brough P, Pears J. Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. Int J Organ Behav 2004; 8(2):472-485.
31. Araújo, MRN, Assunção, RS. A Atuação do Agente Comunitário de Saúde na Promoção da Saúde e na Prevenção de Doenças. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília (DF) 2004 jan/fev;57(1):19-25.
32. Gomes, KO, Cotta, RMM, Cherchiglia, ML, Mitre, SM, Batista, RS. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: Reflexões Estratégicas. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.744-755, 2009.
33. Santos, IER. Estresse Ocupacional em Agentes Comunitários de Saúde da Cidade de Aracaju-Sergipe. (Dissertação). Aracaju (SE), out, 2011.
34. Silva, MJ. Agente de saúde: agente de mudança? A Experiência do Ceará. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC/Fundação de Pesquisa e Cultura, 1997. 120 p.
35. Barbosa, RHS, Menezes, CAF, David, HMSL, Bornstein, VJ. Gênero e Trabalho em Saúde: Um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.16, n.42, p.751-765, jul./set. 2012.
36. Aquino, EML, Menezes, GMS, Marinho, LFB. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. Cad. Saúde Pública, v.11, n.2, p.281-90, 1995.
37. Silva, JA, Dalmaso, ASW. O Agente Comunitário de Saúde e Suas Atribuições: Os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface - Comunidade, Saúde, Educação, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.
38. Ministério Da Saúde. Política Nacional Da Atenção Básica (PNAB), Série E. Legislação em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

**Tabela 1: Variáveis Sócio Demográficas e Ocupacionais dos ACS**

Variável	N	Média	DP	Percentual (%)
<b>Sexo</b>				
Feminino	54			81,80
Masculino	12			18,20
<b>Idade</b>		32,81	7,64	
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	16			24,60
Casado	46			70,80
Separado	2			3,10
Viúvo	1			1,50
<b>Escolaridade</b>				
1º Grau completo	5			7,60
1º Grau incompleto	2			3,00
2º Grau completo	50			75,80
2º Grau incompleto	6			9,10
Superior	1			1,50
Superior Incompleto	2			3,00
<b>Presença de Dor</b>				
Sim	50			75,80
Não	16			24,20
<b>Desenvolve outra atividade remunerada</b>				
Sim	10			15,20
Não	56			84,80
<b>Nº de Pessoas por ACS</b>		495,49	142,10	
<b>Nº de Famílias por ACS</b>		104,49	26,06	

**Tabela 2: Domínios e Facetas do Questionário WHOQOL-Bref**

<b>Domínios e Facetas</b>	<b>Escala de Avaliação (0-100)</b>
<b>Domínio Físico</b>	<b>72,67</b>
Q3. Dor e desconforto	73,48
Q4. Energia e fadiga	73,11
Q10. Sono e repouso	65,91
Q15. Mobilidade	78,03
Q16. Atividades da vida cotidiana	73,86
Q17. Dependência de medicação ou de tratamentos	70,08
Q18. Capacidade de trabalho	74,24
<b>Domínio Psicológico</b>	<b>72,79</b>
Q5. Sentimentos positivos	63,64
Q6. Pensar, aprender, memória e concentração	64,67
Q7. Auto estima	82,58
Q11. Imagem corporal e aparência	73,11
Q19. Sentimentos negativos	74,24
Q26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	78,41
<b>Domínio Relações Sociais</b>	<b>79,29</b>
Q20. Relações pessoais	81,44
Q21. Suporte (apoio) social	77,27
Q22. Atividade sexual	79,17
<b>Domínio Meio Ambiente</b>	<b>58,19</b>
Q8. Segurança física e proteção	66,67
Q9. Ambiente no lar	68,56
Q12. Recursos financeiros	40,15
Q13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	68,56
Q14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	53,79
Q23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	48,11
Q24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	52,65
Q25. Transporte	67,05



UFAM

## Forma e preparação de manuscritos para Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

### Modalidades de contribuições

**Artigo:** contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

**Revisão:** avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto; deve-se citar o objetivo da revisão, especificar (em métodos) os critérios de busca na literatura e o universo pesquisado, discutir os resultados obtidos e sugerir estudos no sentido de preencher lacunas do conhecimento atua (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

**Ensaio:** reflexão circunstanciada, com redação adequada ao escopo de uma publicação científica, com maior liberdade por parte do autor para defender determinada posição, que vise a aprofundar a discussão ou que apresente nova contribuição/abordagem a respeito de tema relevante (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

**Relato de experiência:** relato de caso original de intervenção ou de experiência bem sucedida; deve indicar uma experiência inovadora, com impactos importantes e que mostre possibilidade de reprodutibilidade. O manuscrito deve explicitar a caracterização do problema e a descrição do caso de forma sintética e objetiva; apresentar e discutir seus resultados, podendo, também, sugerir recomendações; deve apresentar redação adequada ao escopo de uma publicação científica, abordar a metodologia empregada para a execução do caso relatado e para a avaliação dos seus resultados, assim como referências bibliográficas pertinentes (até 56.000 caracteres, incluindo espaços, excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

**Comunicação breve:** relato de resultados parciais ou preliminares de pesquisas ou divulgação de resultados de estudo de pequena complexidade (até 20.000 caracteres, incluindo espaços excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

**Resenha:** análise crítica sobre livro publicado nos últimos dois anos (até 11.200 caracteres, incluindo espaços).

**Carta:** texto que visa a discutir artigo recente publicado na revista (até 5.600 caracteres, incluindo espaços).

### Preparo dos trabalhos

Serão aceitas contribuições originais em português ou espanhol. A correção gramatical é de responsabilidade do(s) autor(es).

O texto deverá ser elaborado empregando fonte Times New Roman, tamanho 12, em folha de papel branco, com margens laterais de 3 cm e espaço simples e devem conter:

### Corpo do texto



UFAM

a) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. O título deve ser pertinente, completo e sintético (limite de 50 palavras).

b) Resumo: os manuscritos devem ter resumo no idioma principal (português ou espanhol) e em inglês, com um máximo de 200 palavras cada, preferencialmente na forma estruturada (Introdução, Métodos, Resultados, Discussão/Conclusão).

c) Palavras-chaves / descritores: Mínimo de três e máximo de cinco, apresentados na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Sugere-se aos autores que utilizem o vocabulário controlado DeCS ([decs.bvs.br](http://decs.bvs.br)) adotado pela LILACS.

d) O desenvolvimento do texto deve atender às formas convencionais de redação de artigos científicos.

e) Solicita-se evitar identificar no corpo do texto a instituição e/ou departamento responsável pelo estudo para dificultar a identificação de autores e/ou grupos de pesquisa no processo de avaliação por pares.

f) Citações e referências: As citações no texto deverão ser identificadas por números arábicos em sobrescrito negrito e a numeração será sequencial, em ordem de entrada no texto. As referências deverão ser numeradas e listadas em ordem sequencial de entrada no texto e seguir as recomendações do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), disponíveis em [nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do trabalho. A RBSO se reserva o direito de recusar a publicação de um artigo por inadequação ou inexatidão das citações e das referências.

g) Tabelas, quadros e figuras: O número total de tabelas, quadros e figuras não deverá ultrapassar 5 (cinco) no seu conjunto. As figuras não devem repetir os dados das tabelas. Devem ser apresentados um a um, em arquivos separados, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. A cada um deve ser atribuído um título sintético contextualizando os dados apresentados. Nas tabelas não devem ser utilizadas linhas verticais. Fontes, notas e observações referentes ao conteúdo das tabelas, quadros e figuras devem ser apresentadas abaixo do corpo principal das mesmas. As figuras (gráficos, fotos etc.) também deverão ser apresentadas, uma a uma, em arquivos separados, em formato de arquivo eletrônico para impressão de alta qualidade não encaminhar em arquivo *Word*, extensão .doc). Os gráficos devem ser executados no software *Excel* (extensão .xls) e enviados no arquivo original. Fotos e ilustrações devem apresentar alta resolução de imagem, não inferior a 300 DPIs, com extensão .jpg ou .eps ou .tiff. A publicação de fotos e ilustrações estará sujeita à avaliação da qualidade para publicação.

#### Resumo de informações sobre figuras:

Tabelas, quadros, diagramas,  
esquemas

Word (.doc)

Gráficos

Excel (.xls)

Fotografias, ilustrações

.jpg ou .tiff ou .eps (300 DPIs - mínimo de



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

## RELATÓRIO FINAL PIBIC/PAIC 2015-2016



resolução)

**h) Agradecimentos (opcional):** Podem constar agradecimentos por contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, com assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados, entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar da autoria, desde que haja permissão expressa dos nominados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outro.