



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA TEREZA OLIVEIRA DE ALMEIDA

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE SOBRAL, CEARÁ.

SOBRAL - CE

2016

MARIA TEREZA OLIVEIRA DE ALMEIDA

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE SOBRAL, CEARÁ.

Dissertação apresentada como pré-requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; Área de Pesquisa: Saúde Mental, Violência e Cuidado.

Orientadora: Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Co-orientador: Prof. Dr. Percy Antônio Galimbertti Catanio

SOBRAL - CE

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- A449a Almeida, Maria Tereza Oliveira de.
Análise da qualidade de vida e trabalho dos agentes comunitários de saúde de Sobral, Ceará. /
Maria Tereza Oliveira de Almeida. – 2012.
147 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral,
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016.
Área de Concentração: Interdisciplinar.
- Orientação: Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira.
Coorientação: Prof. Dr. Percy Antônio Galimberti Catanio.
1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. I. Título.

MARIA TEREZA OLIVEIRA DE ALMEIDA

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE SOBRAL, CEARÁ.

Dissertação apresentada como pré-requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; Área de Pesquisa: Saúde Mental, Violência e Cuidado.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA
Orientadora

Prof. Dr. Percy Antônio Galimbertti Catanio
Universidade Federal do Ceará - UFC
Co-Orientador

Profa. Dra. Vitória de Cássia Félix de Almeida
Universidade Regional do Cariri - URCA
1º. Membro

Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho
Universidade Federal do Ceará - UFC
2º. Membro

Dedico este trabalho a todos que me trouxeram paz à vida. E a todos aqueles que buscam por paz durante a vida.

AGRADECIMENTOS

Pelo dom da vida e da possibilidade de crescimento contínuo agradeço a Deus, ser supremo e de amor infinito.

Pelas noites mal dormidas, pelo sonho gerado, pela preocupação dispensada, pelo amor encontrado, pelas lições de vida, pelos exemplos de conduta e caráter, pelo ambiente que me foi necessário para construir as bases de quem hoje sou, mostro-me grata aos meus pais Zuleide e Valdízio.

Pela compreensão com as minhas inquietações, pelas discussões que me levaram a refletir e me tornar uma pessoa melhor, pela ajuda dispensada em alguns momentos, pela preocupação em diversas vezes, pelo altruísmo em algumas situações agradeço aos meus irmãos Diego e Renata.

Pela orientação, indispensável para a realização deste, pelos conhecimentos que me eram alheios, pelas referencias disponibilizadas, pela confiança dispensada, pelas diversas estadias, e mais: pela amizade, carinho e mimos, agradeço a Profa. Dra. Eliany Oliveira.

Pelo co-orientação na elaboração deste, pela disponibilidade sempre pronta, pela confiança dispensada, pelos conhecimentos que me eram alheios, pela preocupação e zelo, manifesto minha gratidão a Prof. Dr. Percy Galimbertti.

Pela amizade e exemplo profissional, pelo incentivo a minha participação na vida acadêmica e da pesquisa, pela disponibilidade de participar da banca de avaliação tanto do projeto, quanto desta dissertação, agradeço a Profa. Dra. Vitória Félix.

Pela disponibilidade em participar da banca examinadora desta dissertação, bem como pelas contribuições agradeço ao Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho.

Pela amizade conservada durante os anos e adversidades, pelo apoio e conhecimento nas horas necessárias, pelo “companheirismo acadêmico” e conselhos, além das sábias palavras sempre oportunas agradeço a Lima Júnior.

Pelas oportunidades concedidas, pela presença nas horas certas, pela convivência, pela troca de experiência, pelas palavras e apoio nos momento exatos, pelas horas e angústias compartilhadas, pelos momentos de descontração e felicidade, pelas caronas e estadias concedidas durante os anos do nosso curso, pelos conselhos, pela preocupação, enfim, pela amizade, agradeço especialmente a Pollyana, Amilton, Cheila, Lidiane e Roberta e todos os

amigos do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF), da Universidade Estadual Vale do Acaraú e Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Pela nova amizade “de infância”, pelo apoio sempre incondicional, pelos momentos de descontração, pelas saídas e distração, pelo ombro amigo, pelo puxão-de-orelha, pela ajuda na digitação de dados e na elaboração da apresentação, sou imensamente grata a Lucy Queiróz.

Pela amizade cultivada, pelas risadas e sorrisos sempre prontos, pelos almoços dos fins-de-semana, pela companhia e presença sempre certas agradeço a Renata Bezerra, Gisleine e Edivânia.

Pelo escutar sempre pronto, pelas palavras (ou ausência delas), pelo apoio, elo compartilhar de angústias e felicidades, pelo auxílio com as normas da ABNT e outros assuntos aleatórios altas horas da noite agradeço a Alison Alves.

Pela ajuda nos momentos difíceis durante o trabalho e minha vida, quando das adversidades impostas pelos meus ímpetos diante da conciliação entre a vida acadêmica e a vida laboral, pelas risadas transformando tudo em um momento mais leve de se levar, pelo companheirismo na lida diária, agradeço a amizade de Tatianne Carneiro, Julienny Timóteo, Francisco Sousa, Marco Pereira, José Maria, Teófanos, Simone Teixeira, Moisés Nascimento e Fernanda Marques.

Pelo apoio e estadia, pela força em terras distantes da minha, pelo aconchego e carinho certos, pela dose de realidade sempre bem vinda agradeço a minha madrinha Maria do Nascimento.

Pela velha e fiel amizade, posta à prova pela distância física, pela torcida positiva pelos meus feitos, pelos reencontros depois de grandes intervalos de tempo com a mesma intensidade agradeço aos amigos Mayara, Jakeline, Jaksilânia, Michel, Aline Sammara, Ionaldo Júnior, Nayara, Fernanda e Mirna.

Pelas lições que ultrapassaram a sala de aula e conteúdos agradeço aos professores do MASF Dra. Ivana Barreto, Dr. Odorico Monteiro, Dr. Geison, Dra. Socorro Dias, e todos os outros que contribuíram neste percurso.

Pelas informações e tempo concedidos, pela paciência em participar da pesquisa configurando-se por vezes mais um esforço despendido no trabalho, sou grata aos Agentes Comunitários de Saúde de Sobral, como também às gerentes dos Centros de Saúde da Família e a todos os funcionários da Secretaria de Saúde de Sobral, na pessoa de Valdeci.

Pela solicitude, amizade e cooperação com situações administrativas e do campus agradeço aos funcionários da UFC Sobral e da Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia, nas pessoas de Edilda e Sr. Antônio.

E, por fim, por realizar minha inscrição neste Mestrado e me fazer perceber o quanto sou forte e independente, além de me fazer reconhecer e valorizar, agradeço a Roberto Pedro.

RESUMO

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), precedida pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visou à reorientação do modelo de assistência a saúde no Brasil. Desde então, com a criação dessa nova categoria, o processo de trabalho realizado pelas equipes de saúde da família tem como o elo principal com a comunidade os ACS. Estes necessitam, no seu cotidiano de trabalho, realizar mediação entre conflitos, atendendo a demandas diversas, devendo qualificar sua atuação junto aos demais profissionais da estratégia, mantendo vínculo com os usuários e comunidade, onde também residem e tem suas atividades de lazer. Em virtude deste vínculo, dentre outras características, alguns estudos apontam que os ACS possuem vulnerabilidade quanto à saúde mental, física e qualidade de vida. Os esforços despendidos durante a realização do trabalho por vezes não são correspondidos em forma de recompensas adequadas, gerando sentimentos de desvalorização e baixa auto-estima. Diante de tais argumentos, e a partir de nossa vivência na ESF, tivemos por objetivo geral: analisar a qualidade de vida e o trabalho do ACS do município de Sobral, Ceará; e objetivos específicos: mensurar a qualidade de vida global e seus domínios dos ACS; verificar o esforço e recompensa relacionados ao trabalho exercido pelo ACS e correlacionar os índices de esforço-recompensa com a qualidade de vida geral e seus domínios destes profissionais. A metodologia foi quantitativa (estudo seccional) com aplicação de dois instrumentos já traduzidos e validados para o Brasil: o WHOQOL *Bref*, que mensura a qualidade de vida, e a Escala de Desequilíbrio Esforço-Recompensa, que analisa o trabalho e seus aspectos, além de um questionário sócio-demográfico. Nossa população consta de 387 ACS, a amostra foi de 232 ACS, configurando-se representativa a uma margem de erro de 5 pontos percentuais. Realizada de janeiro de 2011 a março de 2012, aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, sob o CAAE 0056.0.039.000-11. Nossos resultados evidenciaram que os ACS realizam visitas domiciliares (100%) dentre outras atividades. O índice esforço recompensa indica desequilíbrio para 53,44% dos ACS, com escore médio de 1,26 ($\pm 0,77$ DP). O escore de qualidade de vida global foi de 59,53 ($\pm 18,46$ DP), sendo que entre os domínios o de maior pontuação foi o de Relações Sociais (70,26) com desvio padrão (DP) de $\pm 16,66$. Os achados corroboram com nossas hipóteses, que pressupõem que o trabalho do ACS causa desequilíbrio entre esforço despendido na realização do mesmo e recompensa recebida e, este desequilíbrio afeta a qualidade de vida do ACS,

principalmente no tocante ao domínio psicológico. Destarte, verificamos a importância da observação crítica do processo de trabalho do ACS como forma de evitar possível adoecimento em decorrência do trabalho, garantindo a promoção da saúde inclusive dos trabalhadores da ESF. Há a necessidade de se valorizar o trabalho realizado, por meio de abordagem continuada na perspectiva do cuidar do cuidador.

Palavras-Chaves: Qualidade de vida, Trabalho, Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Primária a Saúde, Saúde Mental.

ABSTRACT

The implementation of the Family Health Strategy (FHS), preceded by the Communitarian Health Agents Program (CHAP), aimed the reorientation of the health assistance model in Brazil. Since then, with the creation of this new category, the work process performed by the family health teams has as main link with the community, the Communitarian Health Agents (CHA). They daily need to perform mediation among conflicts, other professionals of the strategy program, attend diverse requests, qualify the performance along with other professionals, keep a bond with the users and the community, where they also live and have their leisure activities. Due to this bond, among other characteristics, some studies point that the CHA have vulnerability in terms of mental and physical health and life quality. The efforts expended during the performance of the work sometimes are not corresponded in a suitable compensation, generating feelings of devaluation and low self-esteem. Facing these arguments and by our perception in FHS, we had as general objective: to analyze the health quality and the CHA's work in Sobral, Ceará; and as specific objectives: to measure the global life quality and its domains regarding to the CHA; verify the effort and compensation related to the work performed by the CHA and correlate the rates of effort-compensation with the general life quality and the professional's domains. The methodology was quantitative (sectional study) with application of two instruments already translated and validated to Brazil: the WHOQOL *Bref*, that measures life quality, and the Effort-Compensation Imbalance Scale, that analyzes the work and its aspects, and a socio-demographic questionnaire. Our population consists of 387 CHA, the sample was of 232 CHA, configuring representative as an error margin of 5 percentage points. It was performed from January of 2011 to March of 2012, and approved by the Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)'s Ethical Committee, under CAAE 0056.0.039.000-11. Our results highlighted that the CHA performed home visits (100%) among other activities. The rate of effort-compensation indicates imbalance to 53,44% of the CHA, with medium score of 1,26 ($\pm 0,77$ DP). The score of global life quality was of 59,53 ($\pm 18,46$ DP), having the domain of Social Relations with the highest punctuation (70,26) with standard deviation (SD) of $\pm 16,66$. The findings support our hypothesis that assumes the CHA's work causes imbalance between the effort expended during the performance of the work and the compensation received and, this imbalance affects the CHA's life quality, mainly regarding to the psychological domain. Therefore, we verified the importance of the critical

observation of the CHA's work process as a way to avoid a possible illness due to work, guaranteeing health promotion, including the HFS workers. There is the necessity of valuing the work performed, through continued approach in the perspective of taking care of the caregiver. Keywords: life quality, work, Communitarian Health Agents, Primary Health Attention, Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|-----|
| Figura 1 | Âmbitos da qualidade de vida..... | 24 |
| Figura 2 | Representação gráfica do modelo teórico <i>Effort reward imbalance</i> (ERI)..... | 70 |
| Figura 3 | Agentes Comunitários de Saúde por Centro de Saúde da Família da zona urbana. Sobral, Ceará. 2012..... | 83 |
| Figura 4 | Agentes Comunitários de Saúde por Centro de Saúde da Família da zona rural. Sobral, Ceará. 2012..... | 84 |
| Figura 5 | Distribuição do escore de supercomprometimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto à média de valores. Sobral-CE, 2012..... | 85 |
| Figura 6 | Interpretação da valores da Correlação de Peason..... | 89 |
| Figura 7 | Análise comparativa entre municípios onde foi analisada a qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. Sobral, Ceará. 2012..... | 113 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabela 1 | Instrumentos específicos de qualidade de vida segundo população/patologia.. | 31 |
| Tabela 2 | Domínios e facetas/itens do WHOQOL <i>Bref</i> | 66 |
| Tabela 3 | Caracterização Sócio-demográfica dos Agentes Comunitários de Saúde, quanto às variáveis sexo, faixa etária e escolaridade. Sobral-CE, 2012..... | 80 |
| Tabela 4 | Caracterização Sócio-demográfica dos Agentes Comunitários de Saúde, quanto às variáveis estado civil, quantidade de filhos e renda familiar. Sobral-CE, 2012..... | 81 |
| Tabela 5 | Caracterização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Sobral-CE 2012..... | 82 |
| Tabela 6 | Escores das dimensões do trabalho dos participantes da pesquisa quanto ao esforço e recompensa. Sobral-CE, 2012..... | 85 |
| Tabela 7 | Agentes Comunitários de Saúde distribuídos conforme grau de comprometimento com o trabalho. Sobral-CE, 2012..... | 86 |
| Tabela 8 | Variáveis sócio-demográficas dos Agentes Comunitários de Saúde que apresentaram equilíbrio e desequilíbrio entre esforço e recompensa. Sobral-CE, 2012..... | 86 |
| Tabela 9 | Caracterização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de acordo com os participantes que apresentaram equilíbrio e desequilíbrio entre esforço e recompensa. Sobral-CE, 2012..... | 87 |
| Tabela 10 | Qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde conforme o WHOQOL <i>Bref</i> . Sobral-CE, 2012..... | 88 |
| Tabela 11 | Correlação entre as variáveis de trabalho e qualidade de vida dos ACS. Sobral-CE, 2012..... | 89 |
| Tabela 12 | Regressão Linear Múltipla. Sobral-CE, 2012..... | 91 |
| Tabela 13 | Regressão Linear Múltipla do Modelo Ajustado. Sobral-Ce, 2012..... | 92 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|------------------|--|
| AASS | Associação dos Agentes de Saúde de Sobral |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| AIMS-2 | <i>Arthritis Impact Measurement Scale-2</i> |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AQ20 | Questionário de Vias Aéreas |
| AUQEI | <i>Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé</i> |
| CID-10 | Classificação Internacional das Doenças |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CSF | Centro de Saúde da Família |
| DLQI | <i>Dermatology Life Quality Index</i> |
| DP | Desvio Padrão |
| ERI | <i>Effort Reward Imbalance</i> |
| ERI <i>quest</i> | <i>Effort Reward Imbalance Questionnaire</i> |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FLIC | <i>Functional Living Index Cancer</i> |
| GHQ | <i>General Health Questionnaire</i> |
| HAQ | <i>Health Assessment Questionnaire</i> |
| HRQL | <i>Health related Quality of Life</i> |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MEDLINE | Literatura Internacional em Ciências da Saúde |
| MHI-5 | <i>Mental Health Index 5</i> |
| MOS | <i>Medical Outcomes Study</i> |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Panamericana de Saúde |
| PACS | Programa Agente Comunitário de Saúde |
| PSN | Perfil de Saúde de Nottingham |
| QALY | <i>Quality-adjusted Life-years</i> |

| | |
|---------------------|--|
| QVG | Qualidade de Vida Global |
| SAME | Serviço de Arquivo Médico de Estatística |
| SF-12 | <i>Medical Outcomes Studies 12-item Short-form</i> |
| SF-36 | <i>Medical Outcomes Studies 36-item Short-form</i> |
| SIP | <i>Sickness Impact Profile</i> |
| SM&T | Saúde Mental & Trabalho |
| SMRT | Saúde Mental Relacionada ao Trabalho |
| SWS-Survey | <i>Self, Work and Social-Survey</i> |
| WHOQOL | <i>World Health Organization Quality of Life</i> |
| WHOQOL <i>brief</i> | <i>World Health Organization Quality of Life Brief</i> |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 18 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 22 |
| 2.1 | Qualidade de Vida..... | 22 |
| 2.1.1 | <i>Qualidade de vida: histórico, modelos teóricos e conceito.....</i> | <i>26</i> |
| 2.1.2 | <i>Abordagem metodológica e instrumentos.....</i> | <i>29</i> |
| 2.1.3 | <i>A qualidade de vida e sua interface com a saúde mental e trabalho.....</i> | <i>35</i> |
| 2.2 | Saúde Mental e Trabalho..... | 36 |
| 2.2.1 | <i>O trabalho: breve contextualização.....</i> | <i>36</i> |
| 2.2.2 | <i>Saúde Mental: conceito e cenário brasileiro.....</i> | <i>40</i> |
| 2.2.3 | <i>O campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho.....</i> | <i>42</i> |
| 2.2.3.1 | <u>Modelos teóricos baseados na Teoria do Estresse.....</u> | <u>44</u> |
| 2.2.3.2 | <u>Modelos embasados na Abordagem Psicanalítica.....</u> | <u>48</u> |
| 2.2.3.3 | <u>Abordagem integradora do Desgaste Humano.....</u> | <u>51</u> |
| 2.3 | O trabalho na Atenção Primária à Saúde: Estratégia de Saúde da Família..... | 53 |
| 2.3.1 | <i>Contextualizando a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família..</i> | <i>53</i> |
| 2.3.2 | <i>O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....</i> | <i>60</i> |
| 3 | OBJETIVOS DA PESQUISA..... | 63 |
| 3.1 | Objetivo Geral..... | 63 |
| 3.2 | Objetivos Específicos..... | 63 |
| 4 | HIPÓTESES DA PESQUISA..... | 64 |
| 5 | REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO..... | 65 |
| 6 | MÉTODO DA PESQUISA..... | 72 |
| 6.1 | Tipo de pesquisa..... | 72 |
| 6.2 | Local da Pesquisa..... | 72 |
| 6.3 | Período da Pesquisa..... | 73 |
| 6.4 | População, amostragem e participantes da pesquisa..... | 73 |
| 6.5 | Instrumentos e coleta de dados..... | 74 |
| 6.6 | Variáveis da pesquisa..... | 74 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 6.7 | Análise dos dados | 75 |
| 6.8 | Discussão e apresentação dos dados..... | 76 |
| 6.9 | Aspectos éticos e legais da pesquisa..... | 76 |
| 7 | RESULTADOS..... | 79 |
| 7.1 | Caracterização sócio-demográficas dos Agentes Comunitários de Saúde..... | 80 |
| 7.2 | Caracterização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde..... | 81 |
| 7.3 | Esforço e Recompensa no Trabalho..... | 84 |
| 7.4 | Avaliação da Qualidade de Vida..... | 88 |
| 7.5 | Correlação: Qualidade de Vida e Indicador Esforço Recompensa..... | 88 |
| 7.6 | Regressão Linear Múltipla..... | 90 |
| 8 | DISCUSSÃO..... | 93 |
| 8.1 | Caracterização sócio-demográficas dos Agentes Comunitários de Saúde..... | 93 |
| 8.2 | Caracterização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde..... | 99 |
| 8.3 | Esforço e Recompensa no Trabalho..... | 105 |
| 8.4 | Avaliação da Qualidade de Vida..... | 109 |
| 8.5 | Correlação: Qualidade de Vida e Indicador Esforço Recompensa..... | 114 |
| 8.6 | Regressão Linear Múltipla..... | 126 |
| 9 | CONCLUSÃO..... | 125 |
| | REFERÊNCIAS..... | 129 |
| | APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO COLETA DE DADOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS..... | 139 |
| | APÊNDICE B - CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE..... | 140 |
| | APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 141 |
| | ANEXO A - WHOQOL BREF..... | 142 |
| | ANEXO B - ESCALA DE ESFORÇO-RECOMPENSA..... | 145 |

1 INTRODUÇÃO

*“Por esse pão pra comer, por esse chão prá dormir
A certidão pra nascer e a concessão pra sorrir
Por me deixar respirar, por me deixar existir”*
Chico Buarque de Holanda (Cantor e Compositor)

A centralidade do trabalho na vida cotidiana é incontestável: a maioria de nós depende oito horas diárias em tarefas formais vinculadas ao trabalho. Assim, cerca de 40 a 48 horas semanais somam-se aproximadamente 2080 horas ao ano. Ou seja, um terço de nossas vidas.

É no ambiente de trabalho onde são travadas relações pessoais e interações que irão ajudar a construir a identidade individual. Desde que sejam bem conduzidos, os processos cognitivos gerados a partir dessas interações beneficiam os trabalhadores e seu local e equipe de trabalho.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde observamos aspectos interessantes no que concerne a atuação profissional relativos à intensa relação com problemas sociais, arranjo assistencial em equipe multidisciplinar e migração de mão-de-obra qualificada de grandes centros para municípios do interior do Brasil.

Buscaremos, durante este capítulo, elucidar os motivos pelos quais escolhemos pesquisar o presente objeto de pesquisa, evidenciando as vivências práticas da autora principal desta dissertação. Partimos do entendimento que é necessária à construção teórica a experiência real do problema prático.

Nossa preocupação com a inserção no mercado de trabalho, inicialmente da enfermagem, surge como objeto de pesquisa ainda na graduação, configurando-se não só como a pesquisa na qual tivemos oportunidade de ser bolsista de iniciação científica, como também no trabalho de conclusão de curso. Já a Atenção Primária à Saúde sempre foi vista por nós como campo de atuação inigualável, onde, além de maior autonomia diante da equipe de saúde, nós, enquanto enfermeiros poderíamos exercer o papel de líder e, a partir do trabalho executado, conferir mudanças duradouras no estilo de vida da população no tocante à promoção da saúde.

Foi a partir de tal entendimento que nos lançamos, após conclusão da graduação, ao desafio de fazer Atenção Primária à Saúde, por meio da atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no interior do estado do Piauí, vivenciando os problemas da comunidade para

qual trabalhávamos. Observemos que a realidade de migração de profissionais para municípios no interior do Brasil para atuar na ESF, constituiu-se necessidade para a ampliação do número de equipes e predominância desse modo de prestar assistência à saúde

A mudança no cotidiano, a distância do seio familiar, a necessidade de se construir vínculos e rede social acompanhada da construção de imagem inabalável de profissional competente, restringiram as novas possibilidades de convívio além de consolidarem na centralidade da vida, o trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Assim, o assunto das rodas era o trabalho: suas dificuldades, seus afetos e desafetos, novos projetos, educação direcionada para tal. A contaminação dos momentos de lazer e descanso estava dada, inclusive quando se levava trabalho burocrático para realizar em casa.

As angústias causadas pela realidade social de extrema pobreza somada a instrumentos sociais ausentes para o enfrentamento de tal realidade nos fizeram perder o sono diversas vezes, com total sentimento de impotência. O isolamento veio em virtude de características pessoais, bem como do tipo de lazer que predominava no município. O absentéismo tornou-se presente algumas vezes, como sinal de esgotamento de enfrentar a realidade laboral.

Começamos, desde então, a nos perguntar: como realmente consolidar a Estratégia de Saúde da Família no Brasil se o desenvolver da mesma parece estar adoecendo seus trabalhadores de uma forma silenciosa e invisível? Como uma Estratégia que apregoa a Promoção da Saúde parece não estar conseguindo fazer isso nem mesmo pelos seus trabalhadores?

Nesse processo alguns de nós, trabalhadores da Estratégia, como já evidenciado, fomos obrigados a abandonar nossas casas, saindo de nossa zona de conforto, e adentramos no desconhecido mundo alheio, no intuito de desenvolver cotidianamente a saúde da população local, a qual parece considerar a utilização de cuidados curativos (uso de medicamentos e exames complementares) como forma exclusiva de se promover saúde.

Outros vemos cada vez mais tênue a linha que separa nossa casa do ambiente de trabalho, responsabilizando como nenhum outro pela saúde da comunidade, meus vizinhos, que são meus “clientes” e amigos. E não bastasse aprender a lidar com os desafios impostos pela convivência de vários modelos de atenção ainda vigentes no país. É, realmente a tal paciência histórica parece não valer para quem sofre na pele o estresse de ter que lidar com tais situações!

E como estar saudável para melhor trabalhar? Como ter realmente qualidade de vida e provê-la aos outros? Estava dado o problema empírico de nossa pesquisa, que foi gestado durante alguns anos. O sujeito da pesquisa, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), companheiro durante nossa caminhada de quatro anos na ESF, nos pareceu estar em maior situação de vulnerabilidade.

Fonte de vários estudos, os Agentes Comunitários de Saúde surgem como um trabalhador *sui generis* e aparentemente mais suscetível a estresse, sofrimento psíquico e transtornos mentais que os demais trabalhadores da referida estratégia, o que pode se configurar como uma violência ocasionada pelo trabalho. Consequentemente, o trabalho e seu ambiente podem ser fator desencadeante ou predisponente a tais agravos de saúde mental.

Atuando majoritariamente sozinho em seu cotidiano de trabalho, deve possuir prontas respostas para a comunidade que trabalha, unindo saberes empíricos e conhecimentos científicos, demonstrando vínculo e, ao mesmo tempo, necessitando manter-se distante para ter sua individualidade preservada em momentos de não trabalho.

A dualidade está presente em suas vidas e, se não bastasse tal mediação constante, por muitas vezes recai sobre seus ombros responsabilidades do próprio modelo de assistência à saúde, personificando o Sistema Único de Saúde e suas dificuldades operacionais no ACS.

A ginástica mental a que nos submetemos quando do desenho deste estudo, coligindo grandes temáticas que se desenvolvem mesmo como áreas independentes, com o cuidado de que o Agente Comunitário de Saúde, não se diluísse em meio aos termos e conceitos dos campos de Saúde Mental & Trabalho ou mesmo de Qualidade de Vida, resultaram na presente pesquisa.

Passando agora a descrevê-la, partimos da discussão de qualidade de vida enquanto um novo paradigma a ser assumido para os serviços e filosofia das profissões de saúde, falando sobre o contexto histórico de surgimento, bem como de suas dimensões, estudos realizados e forma de aferição.

Correlacionamos essa discussão a ampla área da Saúde Mental sob recorte no campo de Saúde Mental relacionada ao Trabalho, evidenciando os marcos e modelos teóricos diversos e instrumentos de aferição. Saúde mental entendida não somente pela ausência de doença psíquica e tão discutida nos discursos oficiais das políticas de saúde mental. Neste mesmo tópico da revisão de literatura elucidamos ainda alguns aspectos do mundo do trabalho.

Assim, na evolução da descrição do objeto de estudo, trazemos à pauta a Atenção Primária à Saúde e o trabalho na mesma, centralizando no processo de trabalho do ACS. Os ACS

em sua maioria são mulheres, tidas inicialmente como parceiras para a redução da mortalidade materno-infantil.

Nova categoria de trabalhador, o ACS, em sua trajetória histórica, vem sendo responsabilizada paulatinamente pelo sucesso da Estratégia de Saúde da Família, braço brasileiro da Atenção Primária à Saúde, que vem se desenvolvendo desde sua implantação no ano de 1994. Aqui compreendendo a percepção de saúde como bem estar físico, psíquico e social tendo a qualidade de vida como grande objetivo a ser alcançado para os usuários dos serviços de saúde e também por seus trabalhadores.

Assim, a presente pesquisa pretende desvelar os laços existentes entre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde como possível causador de estresse ocupacional partindo do pressuposto que este interfere em sua qualidade de vida.

Justificamos necessária a realização da mesma uma vez que, diante de muitas evidências de presença de fatores psicossociais do trabalho que interferem na saúde dos trabalhadores, o ACS, enquanto profissional-chave no processo de trabalho da ESF, pode ser considerado termômetro da qualidade de atenção à saúde.

E mais, sua saúde (ou ausência dela) pode se configurar como um marcador dos processos de trabalho na ESF, indicando quais aspectos precisam ser modificados e quais devam ser explorados e lapidados, quer seja relativo a organização da categoria, do arranjo institucional, da política de saúde ou de recursos humanos.

Desta forma entregamos a presente pesquisa com o profundo regozijo de quem consegue conciliar dois processos adaptativos: um curso de mestrado e toda a dedicação que o mesmo exige, além de um trabalho que, se não assistencialmente relacionado com os usuários dos serviços de atenção primária e toda sua complexidade, exige de nós e de nossos companheiros um esforço que por vezes não é recompensado de forma adequada. Assim, tarefa cumprida, mesmo que sempre haja algo a ser melhorado! Como uma mãe orgulhosa, vejo meu rebento abrir os olhos pela primeira vez!

É com esse delineamento um tanto subjetivo para o estudo epidemiológico pretendido que apresentamos o presente texto. Justificamos tal postura uma vez que a Enfermagem e a filosofia holística de cuidar e fazer arte é o maior pano de fundo desse cenário, o porquê, o para quê e o como tive oportunidade de não só adentrar os muros acadêmicos, mas pela qual indubitavelmente retornaremos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA

*“Eu achava que faria uma canção e a melodia eu
não sei
Andava assim, eu não sei
Se era feliz”*

Oswaldo Montenegro (Cantor e Compositor)

A subjetividade transporta o sentimento humano a alterações de estado de espírito e mesmo de saúde. Assim, por não saber, tal como na música de Oswaldo Montenegro, o sujeito acaba por não sentir o quão bem possa estar.

Preferimos iniciar desta forma o capítulo que versa sobre a qualidade de vida, não somente por se tratar de um conceito ora abstrato ora palpável, mas devido à carga individual e subjetiva que guarda o mesmo.

Relativamente bem-estar e satisfação, tais como experiências internas associadas ao processo de viver, bem como condições externas, determinam a definição de qualidade de vida pelo próprio indivíduo (DAVIM *et al*, 2008).

É sabido que a qualidade de vida tem ampla abrangência não sendo de uso exclusivo da área da saúde. Há histórico de citações desde filósofos da Antiguidade até economistas contemporâneos, evidenciando intercessões com as mais diversas áreas de saberes e práticas. A discussão tem sua origem tanto na questão da degradação ambiental e espoliação dos recursos naturais pelo ser humano, quanto pela degradação do próprio bem estar humano, caracterizado pelo consumismo (SCHWARTZMANN, 2003; BELASCO, SESSO, 2006).

Abordagem econômica foi o que fez com que a qualidade de vida fosse aferida no período pós Primeira Guerra Mundial por meio de capacidade aquisitiva das nações dizimadas a materiais e acúmulo de riquezas, iniciando a discussão da qualidade de vida no desenvolvimento social e econômico (BERNARDES, 2007).

Minayo, Hartz e Buss (2000) trazem o debate da qualidade de vida quanto a estas características mais amplas, polissêmicas, relacionadas ao desenvolvimento, democracia, modo e estilo de vida, associando a avaliação econômica à saúde das populações.

Os autores ponderam que a concepção da qualidade de vida é relativa a aspectos históricos, culturais e de classes sociais. Uma vez que sociedades em diferentes estágios do desenvolvimento econômico, social e tecnológico, de valores e necessidades diversas culturalmente e de diferentes estratificações sociais possuem percepções de qualidade de vida também diferentes (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

O termo “qualidade de vida” vem se tornando assunto em pauta, na área da saúde, muito em parte devido à tentativa de superação do paradigma biomédico¹ prevalente na organização dos serviços de saúde que não tem respondido adequadamente aos fatores determinantes e condicionantes da saúde humana. Estes, complexos e multifatoriais, dizem respeito a aspectos individuais, micro e macrossociais abrangendo o que Diderichsen e Whitehead *apud* Solar e Irwin (2005) descrevem em seu modelo as interações entre os diferentes níveis de condições para determinação do estado de saúde-doença dos indivíduos.

Neste modelo os autores afirmam que os fatores tais como idade, gênero e fatores genéticos estão no centro da determinação da saúde, sendo indissociáveis do ser humano. Logo acima, encontramos o estilo de vida e comportamento deste indivíduo que podem estar condicionando a saúde ou a doença, tais como sedentarismo, uso de álcool e outras drogas, dieta pobre em consequência ou não de restrições financeiras. As redes sociais e comunitárias também estão representadas, ressaltando especialmente os sentimentos de reconhecimento e pertença para construção da identidade e saúde mental, organização de serviços sociais e lazer comunitário. Em um nível superior a este verificamos o contexto de condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimento e acesso a ambiente e serviços essenciais. Em uma última instância encontramos as condições econômicas, culturais e ambientais que prevalecem na sociedade de um modo geral (SOLAR, IRWIN, 2005).

A questão aqui não é tornar prolixo o conteúdo de discussão, mas sim elucidar as múltiplas facetas que precedem a determinação no processo saúde-doença, perpassando pela percepção de qualidade de vida. A própria percepção de qualidade de vida trás à pauta a noção de

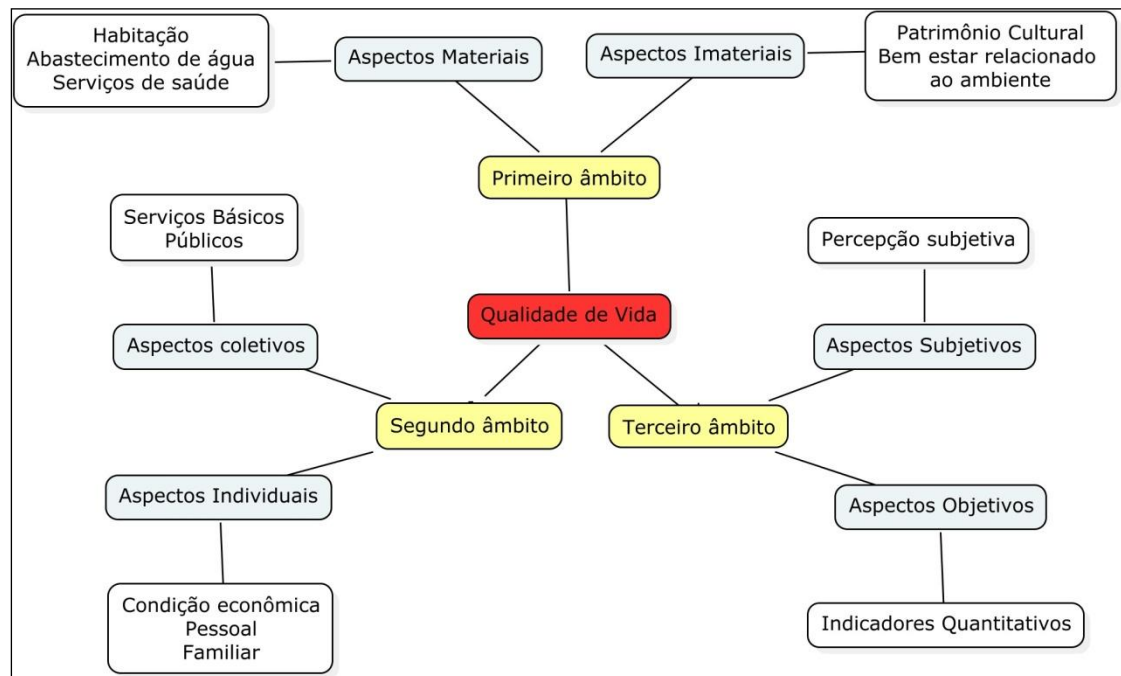
¹ Entende-se por paradigma modelo, padrão ou norma. O modelo de atenção em saúde é uma forma de se combinar técnicas e tecnologias a fim de se resolver problemas e atender necessidades, sejam individuais e/ou coletivas. Atualmente subsistem dois modelos distintos de produção e organização dos serviços de saúde: aquele medico-centrado (biomédico), com supervalorização das especialidades médicas, em serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos, com ênfase na doença; e outro baseado em processo de trabalho realizado coletivamente com objetivo de construção de um plano terapêutico centrado no usuário do serviço de saúde, na clínica ampliada, considerando a produção social da saúde e ênfase na promoção e proteção da saúde (PAIM, 2003).

saúde mais abrangente, relacionada ao conceito da Organização Mundial de Saúde como completo bem-estar biopsicossocial (OMS, 1946).

É também neste contexto onde se insere a discussão da promoção da saúde, concebida de forma abrangente, com ações intersetoriais, enquanto tecnologia capaz de melhorar as condições de vida e saúde das populações (BUSS, 2000).

A visão dos determinantes e condicionantes da saúde descrita acima guarda relações com os três âmbitos mencionados por Belasco e Sesso (2006) no tocante ao domínio da produção técnica acerca da qualidade de vida (Figura 1).

Figura 1 – Âmbitos da qualidade de vida



Fonte:Elaboração própria criada conforme texto de Belasco e Sesso (2006).

Observamos que tanto aspectos macro e microssociais encontram-se descritos, bem como condições individuais, adicionando os aspectos subjetivos, não constantes no modelo de Diderichsen e Whitehead.

Muito embora aproximados, os modelos descritos anteriormente desenham objetos distintos, porém complementares. O modelo de determinantes e condicionantes evidencia quais fatores podem confluir para saúde e/ou doença de uma dada pessoa, comunidade ou população. Incidem interações sobre o estado de saúde estritamente. Já a qualidade de vida, descrita por meios dos âmbitos anteriormente ilustrados, ultrapassa a experiência saúde-doença, estando

relacionada ao bem-estar, satisfação de uma forma mais abrangente, de acordo com a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para elucidar tal afirmativa Agudelo, García e Restrepo (2002) nos trazem alguns dos significados possíveis do termo qualidade de vida e afirmam:

En su sentido más amplio, la CV [qualidade de vida] es lo que hace que una vida sea mejor, mientras que en otras perspectivas es el bienestar mental y espiritual, o la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales, o el funcionamiento e integridad del cuerpo. En su sentido más restrictivo, la CV significa la posesión de cosas materiales.

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) e Belasco e Sesso (2006) acrescentam que a amplitude de significados ainda se soma a contextos históricos, sociais, culturais e econômicos, e que os mesmos são variáveis dentro de uma mesma população, no decorrer do tempo, e de uma população a outra.

Outro marco fundamental a ser considerado na discussão acerca da qualidade de vida no tocante à área da saúde diz respeito à alteração do quadro epidemiológico da população mundial, com o aumento da sobrevida e consequente esperança ao nascer, desenhando uma população de idosos maior que outrora, decorrente da evolução da medicina moderna e da melhoria de fatores socioambientais e econômicos. Estes avanços não têm conseguido refletir o proporcional aumento da qualidade dos anos adicionais de vida conquistados, uma vez que o estado de saúde influencia a percepção da qualidade de vida (SCHWARTZMANN, 2003; BELASCO, SESSO, 2006).

Este processo aproxima-se com a avaliação das tecnologias em saúde, pautada no método avaliativo de Donabedian (1966) *apud* Schwartzmann (2003) de estrutura, processo e resultado, onde a mensuração da qualidade de vida estaria neste último estágio avaliativo da qualidade da atenção à saúde, juntamente com a satisfação do usuário.

Assim, entendemos que há duas perspectivas através das quais podemos considerar o termo “qualidade de vida”, e estas perspectivas são complementares e não excludentes: uma que relaciona qualidade de vida com a definição de saúde de uma forma mais ampla, e outra que está ligada à aferição de tratamento para patologias crônicas e degenerativas.

Não nos resta dúvida da proximidade que tem a qualidade de vida da saúde, esta como sendo um componente daquela, mais ampla e de diversa conceituação. No próximo tópico buscaremos discorrer acerca do histórico e da conceituação da qualidade de vida na área da saúde.

2.1.1 Qualidade de vida: histórico, modelos teóricos e conceito

Há controvérsias quanto ao surgimento do termo qualidade de vida, relacionado à saúde: Seild e Zannon (2004) referem-se a um estudo de avaliação e conceituação da qualidade de vida na década de 1930; enquanto que Fleck e colaboradores (2008) afirmam que o termo surge somente em 1970, como medida de desfecho em saúde, convergindo algumas correntes de pesquisa em saúde, tais como a busca por indicadores sociais, satisfação do cliente, insuficiência de medidas objetivas para o desfecho em saúde, dentre outras.

De acordo com Pagani e Pagani Júnior (2006) somente há menos de 30 anos a expressão qualidade de vida foi incluída no Index Medicus, em conceito abrangente, complexo e abstrato. Relacionam ainda o conceito de qualidade de vida com felicidade e satisfação individual.

Uma busca pela expressão “qualidade de vida” nas bases de dados disponíveis por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (tais como MEDLINE e LILACS) evidencia o aumento das publicações na área, iniciada em 1960 com quatro estudos publicados, crescendo a partir da década de 1980 e tendo o pico de produção em 2010, com 9.264 artigos publicados. O ano 2011 encerra com a marca de 5.412 artigos publicados. As pesquisas totalizam mais de 125.000 publicações.

Apesar desses muitos trabalhos publicados, a diversidade de dimensões concernentes à qualidade de vida não permite atualmente que seu conceito seja definido sem incorrer o risco de ser superficial. De acordo com Fleck e colaboradores (2008), as teorias acerca da qualidade de vida podem ser agrupadas em dois grandes grupos: o *modelo da satisfação* e o *modelo funcionalista*. Já Minayo, Hartz e Buss (2000) acrescentam um terceiro: o *modelo de utilidade*.

No primeiro modelo, desenvolvido por meio de pesquisas de cunho sócio-psicológico na percepção de felicidade e bem-estar, são consideradas as relações entre nível de expectativa e resultado real em vários domínios da vida que são definidos como importante por cada indivíduo. O desfecho que indicaria qualidade de vida seria o *sucesso*, quando a expectativa e o resultado se aproximassem, ou a *resignação*, como forma alternativa de satisfação, muito embora a experiência seja afetivamente diferente.

É neste contexto que Souza e Barroso (1999), associam o significado de qualidade de vida à satisfação das necessidades básicas e aspirações pessoais por meio de mecanismos de enfrentamento e adaptação às possíveis limitações que possam se apresentar.

Segundo Calman (apud Fleck e cols, 2008, p. 24) “o indivíduo pode atingir um bom nível de qualidade de vida buscando um aumento de suas realizações ou uma diminuição de suas expectativas”. Acrescentam ainda esse *continuum* entre satisfação e resignação pode ser modulado tanto pela personalidade tanto pela cultura onde o indivíduo esta imerso. É importante salientar inclusive que o bem-estar relaciona-se não somente com aspectos subjetivos como também com aspectos mais essenciais de satisfação das necessidades humanas básicas, tais como mobilidade, segurança e alimentação (FLECK *et.al*, 2008).

Inseridos neste grande grupo estaria o **modelo psicológico**, que afirma que possuir determinada patologia é diferente de se sentir doente, com íntima conexão entre estado psicológico e físico, o **modelo de Bech** que prediz a qualidade de vida relacionada ao grau de desconforto psicológico provocado por sintomas somáticos e estressores (LIMA, FLECK, PECHANSKY, 2002).

Já o segundo modelo, o funcionalista, concebido em moldes positivistas, relaciona a qualidade de vida a um bom funcionamento da “máquina humana” não somente em termos biológicos como também por meio da representação adequada de seu papel social. As críticas acerca deste modelo dizem respeito à adequabilidade de mensuração da qualidade de vida em seu aspecto mais global, bem como à visão reducionista de deficiências, que podem ser tidas como fator estimulante no desenvolvimento humano.

Aqui se inclui o **modelo de qualidade de vida relacionada à saúde**, desenvolvida por Parsons, onde a doença somente se tornaria problema para a qualidade de vida quando afetasse a possibilidade de realizar tarefas (LIMA, FLECK, PECHANSKY, 2002; FLECK *et.al*, 2008).

É nesta abordagem que o economista Amartya Sen enfoca sua teoria centrando a capacidade de realizar atividades como mecanismo de liberdade individual de eleger diferentes formas de vida. Para o autor tal liberdade encontra-se pautada em políticas públicas que transformem ambientes sociais e quadros epidemiológicos, entretanto sem negar o aspecto subjetivo dessa escolha (AGUDELO, GARCÍA, RESTREPO, 2002).

Ainda acerca da dualidade dos grupos teóricos sobre qualidade de vida, Seild e Zannon (2004) e Belasco e Sesso (2006) se referem ao primeiro modelo quando evidenciam um conceito de qualidade de vida mais genérico, global e ao segundo modelo com um conceito de qualidade de vida restrito, relacionado à saúde, desconsiderando fatores da vida não relacionados diretamente à saúde, mas determinante dela, tais como aspectos financeiros (PAGANI, PAGANI JR, 2006).

Lima, Fleck e Pechasky (2002) e Fleck e colaboradores (2008) arrematam observando que, muito embora haja diversos modelos teóricos, os mesmos trazem características em comum quais sejam: a abordagem é centrada no paciente/usuário, guardado seu aspecto de **subjetividade**; a qualidade de vida flutua ao longo do tempo; é determinada pela **multidimensionalidade**, uma vez que abrange diversos domínios da vida, como aspectos funcionais, psicológicos, de interação social e ambiental; tais aspectos (ou dimensões) apresentam-se de forma positiva ou negativa em sua influência na qualidade de vida.

Por fim, o **modelo de utilidade** mencionado por Minayo, Hartz e Buss (2000) tem base econômica e se mede por meio da escolha entre um estado ou outro de saúde, pelos sujeitos. São representados por instrumentos que visam medir a sobrevida incrementada por tratamentos de saúde, tendo como pressuposto a ideia de custo-efetividade. O indicador mais conhecido dessa abordagem teórica é *Quality-adjusted Life-years* (QALY).

O QALY combina quantidade com qualidade de vida numa perspectiva de custo-oportunidade a fim de que seja orientador de alocação de recursos na saúde. As críticas ao modelo são diversas. Minayo, Hartz e Buss (2000) assinalam que não abrange considerações acerca das diferenças demográficas, epidemiológicas, preços e custos e variações na prática clínica.

De acordo com Farquhar *apud* Siel e Zannon (2004) o conceito de qualidade de vida evolui desde uma conceituação mais global, predominante até a década de 1980, sem direcionamento para construção de dimensões ou conceitos, relacionando qualidade de vida diretamente à mensuração de bem-estar e satisfação; passando pela construção de dimensões, já na década de 1980 ou focalizada em aspectos e habilidades funcionais (definição com base em componente e definição focalizada) e culminando em uma definição combinada dos dois grupos anteriores, favorecendo tanto aspectos conceituais globais quanto abrangendo as diversas

dimensões que compõem o construto, com desenvolvimento de instrumentos de avaliação global e fatorial.

A qualidade de vida, de acordo com Rueda (1997) *apud* Souza e Carvalho (2003, p.516) apresenta-se “[...] como uma condição complexa e multifatorial sobre a qual é possível desenvolver algumas formas de medidas objetivas, através de uma série de indicadores [...]”. Acrescenta ainda a importância do aspecto subjetivo nas experiências dos sujeitos ou grupo social. Cecagno *et al.* (2003) consideram qualidade de vida um conceito que envolve componentes essenciais da condição humana (físico, psicológico, cultural ou espiritual).

O conceito da Organização Mundial da Saúde nos parece o mais adequado e abrangente, e será utilizado em nosso estudo. Nele, a qualidade de vida é expressa como a “percepção do indivíduo em sua posição na vida, no contexto de sua cultura e nos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações.” (FLECK *et al.*, 2008, p.25).

Observamos que a evolução do conceito está diretamente relacionada à operacionalização das pesquisas realizadas no âmbito quantitativo, na elaboração dos instrumentos de mensuração da qualidade de vida. Pesquisas (DANTAS, SAWADA, MALERBO, 2003; CAMPOLINA, CICONELLI, 2006) apontam para a utilização de instrumentos genéricos ou específicos à determinada patologia.

A seguir apresentamos algumas abordagens metodológicas das pesquisas sobre qualidade de vida.

2.1.2 Abordagem metodológica e instrumentos de mensuração da qualidade de vida

Muito embora possa haver dualidade metodológica a partir dos modelos teóricos, fazendo pressupor que o modelo teórico funcionalista seja adotado por pesquisas de caráter quantitativo, com a utilização de instrumentos de aferição de qualidade de vida, e que o modelo de satisfação esteja relacionado diretamente com pesquisas de cunho qualitativo, o que observamos é que ambas as abordagens, quantitativas e qualitativas, podem utilizar ambos os marcos teóricos.

A escolha do marco teórico mais adequado e da abordagem metodológica a ser utilizada reside no objetivo principal da pesquisa. De acordo com Pagani e Pagani Jr (2006, p.33)

“a avaliação da QVRS [qualidade de vida relacionada à saúde] é realizada quando o objetivo é monitorizar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico da doença, além de avaliar os efeitos do tratamento”.

Martins e Cesarino (2005) utilizam-se também de abordagem qualitativa para avaliar a qualidade de vida de pessoas portadoras de insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise. Souza e Carvalho (2003) avaliam as atividades desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família em um município do interior do estado de Minas Gerais no tocante à qualidade de vida por meio de uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva, utilizando-se de roteiros de observação. Contudo, não conseguem verificar de forma objetiva o impacto dessas atividades na qualidade de vida da comunidade.

Cecagno *et al.* (2002) verificam as interfaces da qualidade de vida e trabalho de enfermeiros por meio de um estudo de caso no Rio Grande do Sul. Gomes *et al.* (2007) delineiam o conceito de qualidade de vida de médicos e usuários do município de Fortaleza, Ceará, por meio de pesquisa etnográfica. Tais estudos são citados como ilustração das possibilidades metodológicas na abordagem qualitativa.

Entretanto, devido à natureza de nosso estudo, discorreremos mais especificamente sobre a abordagem quantitativa e os instrumentos de aferição da qualidade de vida. De uma forma geral o desenvolvimento destes instrumentos baseia-se no modelo de avaliação psicométrica. Tal modelo, utilizando o enfoque da Teoria das Provas, presume que mesmo um conceito não objetivamente mensurável possa ser passível de mensuração, como no caso da dor. Assim, e baseado na capacidade de cada indivíduo respondente discernir estímulos de diferentes intensidades, as principais propriedades dos instrumentos de qualidade de vida são a confiabilidade² (ou reprodutibilidade) e a validade³ (BELASCO, SESSO, 2006).

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) realizaram uma revisão bibliográfica sobre estudos acerca da qualidade de vida nas universidades de São Paulo. Dentre os achados da pesquisa verificaram que 71,7% das pesquisas eram de cunho correlacional (epidemiológico). As amostras variaram entre 10 a 350 *indivíduos*. Em estudos veiculados internacionalmente, tais como de

²Medida pela consistência interna verifica se o instrumento é capaz de demonstrar resultados semelhantes em momentos distintos para um mesmo respondente, desde que não tenha havido grandes alterações em seu estado de saúde (objetivo ou subjetivo), ou seja, livre de erro aleatório (CICONELLI, et al., 1999; BELASCO, SESSO, 2006; FLECK et al. 2008)

³Analisando a validade de conteúdo, do construto e do critério dos quesitos utilizados, esta característica reflete o a capacidade do instrumento medir/avaliar o que ele realmente se propõe (BELASCO, SESSO, 2006).

Rusli, Edmansyah e Naing (2008) e Griep *et al.* (2011) as amostras ultrapassam esta marca, podendo chegar a mais de 1.000 participantes.

Outro fator trazido por Dantas, Sawada e Malerbo (2003) diz respeito à **natureza dos instrumentos de aferição de qualidade de vida**, podendo ser desenvolvidos a partir de uma abordagem específica para determinadas patologias ou no intuito de verificar a qualidade de vida de uma forma genérica. Segundo Belasco e Sesso (2006) quando um instrumento inclui de forma mais abrangente os domínios da qualidade de vida é dito como genérico, e é específico quando incide a análise minuciosa sobre somente um domínio da qualidade de vida. Nestes, há uma abordagem mais direcionada a sinais e sintomas das patologias em questão bem como a limitações psicossociais decorrentes da mesma.

Assim, os instrumentos específicos dizem respeito à **qualidade de vida relacionada a uma doença específica**, sendo mencionados abaixo natabela criada nós, baseada na pesquisa de Dantas, Sawada e Malerbo (2003).

Tabela 1 – Instrumentos específicos de qualidade de vida segundo população/patologia.

| <i>População/Patologia Específica</i> | <i>Nome do Instrumento</i> |
|--|--|
| Distúrbios Pulmonares | <i>St Georges' Respiratory Questionnaire</i> <i>Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire</i> Questionário de Vias Aéreas (AQ20) Escala de Cotes |
| Doenças Imunológicas | <i>Health Assessment Questionnaire (HAQ)</i> <i>Arthritis Impact Measurement Scales-2 (AIMS-2)</i> <i>Rhinoconjunctivitis Quality of Life</i> <i>Dermatology Life Quality Index (DLQI)</i> <i>Caregiver Burden Scale</i> |
| Distúrbios Renais | <i>Kidney Disease Questionnaire</i> Índice de Karnofsky Índice Cognitivo de Depressão |
| Distúrbios cardíacos | <i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i> |
| Distúrbios Psiquiátricos | <i>Lancashire Quality of Life Profile</i> |
| Obesidade | Questionário de Funcionamento Psicossocial |
| LER/DORT | <i>Functional Living Index Cancer (FLIC)</i> Questionário de Dor de Gill |
| Saúde da Mulher | <i>Women Health Questionnaire</i> Índice Menopausal de Kupperman |

Fonte: Elaboração Própria com base em dados de Dantas, Sawada e Malerbo (2003).

Além dos instrumentos específicos mencionados na revisão em questão, temos também os relatados a seguir: o *Autoquestionnaire Qualité De Vie Enfant Imagé* (AUQEI)

(ASSUMPÇÃO JR *et al.*, 2000), o *General Health Questionnaire* (GHQ), para mulheres (ADEODATO *et al.*, 2005), o *Quality of Life Scale* para esquizofrenia (CARDOSO *et al.*, 2003), o *Psoriasis Disability Index-12* e o *Dermatology Life Quality Index*, para avaliação de psoríase/dermatologia, elaborados por Finlay (MARTINS, ARRUDA, MUGNAINI, 2004), o *University of Washington Quality of Life*, para portadores de câncer que passaram por laringectomia (BARROS *et al.*, 2007) e o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* para doença inflamatória intestinal (PONTES *et al.*, 2004), o *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, e o *Medical Outcomes Study- HIV*, para pessoas vivendo com HIV/AIDS (SEILD, ZANNON, 2004).

Já os instrumentos de qualidade de vida genéricos estão sendo desenvolvidos e utilizados há mais de 30 anos, e podem verificar a qualidade de vida em populações que não estejam em determinado ciclo de vida ou possuam patologia específica (BELASCO, SESSO, 2006). Minayo, Hartz e Buss (2000) acrescentam que este tipo de instrumento são mais apropriados para serem utilizados em estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde justamente por não serem específicos a patologias.

Dos diversos instrumentos genéricos utilizados no Brasil os mais difundidos são o *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form* e o *World Health Organization Quality of Life - Bref*. Ambos, já validados, foram traduzidos para língua portuguesa e adaptados culturalmente por Ciconelli *et al.* (1999) e Fleck e cols. (2008), respectivamente.

Teixeira-Salmela *et al.* (2004) realizam tradução e validação de outro instrumento de qualidade de vida genérico, o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), desenvolvido originalmente para aferição da qualidade de vida em pacientes portadores de doenças crônicas. Baseado na classificação de incapacidades da Organização Mundial da Saúde, as respostas aos 38 itens são dicotômicas (sim/não). Estes são organizados em seis categorias, a saber: nível de energia, dor, reações emocionais, sono, interação social e habilidades físicas. A pontuação se dá por meio de conferir o valor 1 (um) a cada resposta positiva e 0 (zero) a cada resposta negativa.

Já Dantas, Sawada e Malerbo (2003) mencionam o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. O *Sickness Impact Profile* (SIP) é mencionado na revisão de Sield e Zannon (2004) e por Belasco e Sesso (2006), como sendo um dos primeiros instrumentos de qualidade de vida genérico a ser desenvolvido, datado de 1981, por Bergner e colaboradores. Lima, Fleck e

Pechansky (2002) mencionam o *Satisfaction with Life Domain Scale*, e o *Lehman Quality of Life Interview*.

O *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form* (SF-36) é formado por 36 itens, em resposta tipo likert de 5 pontos, englobados em oito escalas, de característica multidimensional, podendo ser auto-administrado ou administrado por pesquisadores treinados. É tido como um dos mais conhecidos e talvez utilizados instrumentos genéricos de mensuração da qualidade de vida. Foi desenvolvido por Ware e Sherbourne e deriva do *Medical Outcome Study – MOS*, de 149 itens. De acordo com os autores foi desenvolvido para uso na prática clínica e nas pesquisas, assim como para avaliações de políticas de saúde e inquéritos à população em geral. Por ter formato abreviado, algumas características como funcionamento familiar, sexual e cognitivo foram omitidos (MOONEY, 2006).

Fleck *et al.* (2002) acrescentam ainda que do SF-36 se subtraem duas outras escalas: o *Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form* (SF-12), abrangendo os itens que abordam as dimensões física e mental; e o Mental Health Index-5 (MHI-5) que consta de 5 itens sobre saúde mental.

As escalas dizem respeito à capacidade funcional (desempenho das atividades diárias), aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho de atividades profissionais e diárias), dor (nível e impacto nas atividades desempenhadas), estado geral da saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde), vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde), aspectos sociais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar). Em uma escala de 0 a 100, o escore obtido pela resposta varia de “pior estado geral de saúde” a “melhor estado de saúde”, respectivamente (CICONELLI *et al.*, 1999; CASTRO *et al.*, 2003).

Há ampla utilização deste instrumento tanto nacional quanto internacionalmente. Para ilustrar citamos alguns estudos a seguir. Murray, Lefort e Ribeiro (1998) verificam a qualidade de vida em grupos de idosos institucionalizados. Castro *et al.* (2003) mensuram a qualidade de vida de um grupo de pacientes portadores de insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise. Tveito *et al.* (2004) avaliam a qualidade de vida de 119 cuidadoras de duas casas de cuidados de enfermagem nos Estados Unidos. Tsukimoto *et al.* (2006) utilizam o SF-36, dentre outros instrumentos, como forma de verificar o desfecho para o tratamento da lombalgia crônica. Cavalcante *et al.* (2007) analisaram dois grupos de pacientes portadores de hipertensão arterial

(um no início do tratamento, grupo controle; e outro com tratamento já iniciado) num estudo quase-experimental⁴. Silva *et.al* (2010) avaliam não só a qualidade de vida como também estresse e esforço e recompensa despendidos no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário de São Paulo.

Martinez e Latorre (2006) por outro lado utilizam o SF-36 com o intuito de mensurar a saúde e capacidade para o trabalho de 224 empregados de uma empresa de auto-gestão de planos de previdência privada de São Paulo. Este estudo não se refere ao SF-36 enquanto instrumento de qualidade de vida e considera as escalas enquanto “dimensões de saúde”.

Monney (2006) tece uma discussão acerca da real capacidade preditiva do SF-36 na mensuração da qualidade de vida. Considera que a limitação mais importante do SF-36 diz respeito a imprecisão de qual perspectiva de saúde ou qualidade de vida que o respondente do questionário esteja se utilizando. E arremata “*it is not clear what HRQL is and it is not clear what the questionnaire is measuring (i.e., health or HRQL or something else)*”(MOONEY, 2006, p. 337).

Assim, concordando com outros autores, a autora supracitada relaciona o SF-36 como instrumento que mede o estado de saúde. Outro fator importante observado por nós diz respeito ao aspecto comercial dos instrumentos verificado em sites na internet com a venda do mesmo⁵.

É fundamentado nessa discussão que alguns autores sugerem que mesmo de maneira genérica, alguns instrumentos, como o SF-36, o SIP e o PSN, mensuram a **qualidade de vida relacionada à saúde**, enfatizando aspectos funcionais, havendo uma valorização de aspectos relacionados a limitações funcionais (LIMA, FLECK, PECHANSKY, 2002).

Nesta perspectiva os autores classificam o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL Bref)*, o *Satisfaction with Life Domain Scale*, e o *Lehman Quality of Life Interview* como instrumentos genéricos de aferição da **qualidade de vida mais global**.

Baseados nas elucidações tecidas neste tópico, verificamos a diversidade de instrumentos que tem como objetivo a mensuração da qualidade de vida, independente de sua perspectiva de análise. Tal fato vem ao encontro de afirmativas como as de Seild e Zannon (2004), Belasco e Sesso (2006) e Bernardes (2007). Muito embora Belasco e Sesso (2006)

⁴ Segundo Santarem (2002), o método quase-experimental é assim denominado quando o delineamento experimental não é possível e caracteriza-se pelo estudo de casos ou grupos de casos, com a presença de uma variável a ser estudada. Estudos de casos clínicos geralmente são exemplos desse delineamento de pesquisa.

⁵ <http://www.qualitymetric.com>

relacionem este aumento ao que denominam de “amadurecimento conceitual e metodológico” do uso do termo da linguagem científica, nos parecem desnecessários os esforços em construir e validar novos instrumentos em detrimento de qualificação e aprimoramento daqueles já existentes. Acreditamos ser importante, no entanto, que cada pesquisador verifique a adequabilidade de cada instrumento no que concerne ao objeto e objetivo de seu estudo.

É neste sentido que arrematamos este tópico com uma comparação realizada entre os dois principais instrumentos de qualidade de vida genéricos: o WHOQOL *Bref* e o SF-36. Fleck e outros autores (CRUZ *et al.*, 2009) traçam uma comparação utilizando os dois instrumentos em pacientes com doença coronariana. Concluem que ambos os instrumentos são válidos e confiáveis para avaliar a qualidade de vida nos referidos pacientes. Ponderam baseados em outros estudos, que o SF-36 está voltado para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde, em um aspecto de estado de saúde, enquanto o WHOQOL *Bref* diz respeito a uma visão mais global, relacionada a diferentes aspectos de sua vida.

Mais adiante, no capítulo Referencial Teórico Metodológica, retomaremos a discussão acerca do instrumento da Organização Mundial de Saúde.

2.1.3 A qualidade de vida e sua interface com a saúde mental e o trabalho

Verificamos por meio da sucinta explanação acerca da qualidade tecida até o momento que o termo é complexo, subjetivo e determinado por várias dimensões da vida dos indivíduos. Que guarda relações com várias áreas de estudo, possuindo diversas metodologias e marcos teóricos sob os quais pode ser verificada/aferida.

Realizamos, portanto, o início do recorte de nosso estudo, no tocante às dimensões de saúde, mais especificamente saúde mental, e trabalho. A qualidade de vida é entendida por Minayo, Hartz e Gomes (2000) como um híbrido biológico-social, mediado por condições mentais e ambientais, dentre outras.

Retomando discussão de que a saúde seria uma dimensão da qualidade de vida, por esta ser mais ampla, e observando os âmbitos da qualidade de vida descritos em Belasco e Sesso (2006), verificamos que tanto saúde, especificamente mental, quanto trabalho são componentes da qualidade de vida.

Enfatizamos que o trabalho, dentre tantos ambientes, é aquele onde o ser humano realiza atividades necessárias não só ao seu sustento e acesso a renda, como também apresenta-se como local de trocas afetivas e relacionais primordiais ao seu desenvolvimento.

É neste cenário onde são desenvolvidas relações sociais e onde incidem sobre o indivíduo, cotidianamente e de forma mais específica, todas as alterações macrosociais, de políticas econômicas e sociais. A competitividade acirrada atual, a rapidez com que ocorrem as mudanças, o caráter individualista, entre outros fatores, são perspectivas colocadas pelo novo modelo de produção que acompanhou a globalização.

De acordo com Sousa e Figueiredo (2004) aspectos presentes na organização do trabalho estão relacionados com qualidade de vida e inseridos na ordem das contradições sociais, no intuito de adequar os valores individuais aos interesses coletivos. Assim os efeitos da alienação e seus impactos na subjetividade dos trabalhadores vêm apresentando resultados problemas de saúde, sofrimento mental e acidentes de trabalho, afetando sua qualidade de vida.

Neste sentido Barbosa (1998) realiza uma reflexão bastante pertinente nos dias atuais quanto à produção social das doenças mentais. As pressões decorrentes do mundo do trabalho incidem sobre estados subjetivos e reduzem a qualidade de vida da população. Neste contexto a eclosão de doenças não só de cunho somático, como lesões de esforço repetitivo, mas também patologias mentais podem surgir. Inicialmente podem se apresentar como queixas inespecíficas (palpitações, falta de ar) que não estão associadas a patologias de base, podendo evoluir para transtornos mentais.

O poder psicopatogênico do ambiente de trabalho será abordado mais especificamente no próximo capítulo. Contudo e mediante esta breve discussão, podemos perceber a importância do trabalho (e do não trabalho) não só na qualidade de vida como também na saúde mental, uma vez que esta é dimensão daquela e que o trabalho se encontra como mediador de ambas.

2.2 SAÚDE MENTAL E TRABALHO

2.2.1 O trabalho: uma breve contextualização

Mente sã em um corpo são. A virtude seria encontrada no trabalho, fonte de saúde tanto para o corpo quanto para a mente, muito embora o mesmo não oferecesse ao indivíduo longevidade ou uma vida de luxo. O trabalho dignifica o homem.

Entretanto, esta concepção do trabalho, como a consideramos atualmente, não foi sempre desta maneira. De acordo com a Bíblia o trabalho é originado como forma de castigo à Adão e Eva. O termo vem do latim *tripalium* que consistia em instrumento de tortura para os escravos. Assim, as primeiras representações do trabalho aparecem como algo penoso, custoso, verdadeiro castigo (AZEVEDO, 2008).

É necessário compreender que a concepção de trabalho varia conforme o modo de produção vigente em cada época e sociedade. Nas sociedades tribais ele era desempenhado de forma coletiva e solidária, passando pela escravidão no período onde predominaram os impérios (Antiguidade - Grécia e Roma), pela servidão no período feudal e por fim pela forma assalariada, a partir do modo de produção capitalista, ocorrendo consolidação e abrangência do mesmo após o advento da Revolução Industrial, no século XVIII.

Destarte, o significado do trabalho para o ser humano se altera. Se outro é tido como castigo, atualmente, por meio da possibilidade de acúmulo de riqueza através da exploração da mais-valia, de acordo com o pensamento marxista, o trabalho se torna lócus central na vida humana (BARBOSA, 1998; AZEVEDO, 2008).

Em moldes de análise econômica, o trabalho é toda atividade que resulte em bens e serviços, e se dá por meio de combinação de dois tipos de atividades: manual e intelectual, variando o quanto de cada uma dessas está envolvida no processo de produção social, interligando o homem à natureza (CÂMARA, *et al.*, 2003). Heloani e Capitão (2003) enfatizam a produção de subjetividades no processo de trabalho e consumo dado através do mesmo.

Karl Marx, o principal pensador a respeito dos processos de trabalho no modo de produção capitalista, dentre outras considerações sobre o tema, classifica o trabalho em qualificado e não qualificado, diferindo o grau de preparação teórica e técnica para desempenhá-lo bem como o estratifica em termos de ganho salarial.

Com suas considerações realizadas a partir do cotidiano dos trabalhadores nas indústrias recém inventadas na Europa dos idos de 1890, Marx verifica as condições insalubres vivenciadas pelos mesmos, as extensivas cargas-horárias, a falta de proteção às mulheres e crianças, os diversos acidentes de trabalho e tantas outras mazelas sofridas pelo trabalhador. É o

autor que pondera, em *O Capital*, que o homem, alterando a natureza por meio do trabalho, acaba por alterar-se a si mesmo. Este quadro não mais é que o desenho explícito de violência social no âmbito do trabalho.

A negação de um ambiente saudável no desenvolvimento de suas atividades laborais pode constituir o que chamamos de violência *do* trabalho, quando estão relacionadas à deteriorização das condições de trabalho e; violência *no* trabalho, concernentes as relações entre chefes, subordinados e clientes (LANCMAN et al, 2009). Entende-se, para fins de conceituação e aplicação à pesquisa, que violência se configura não somente no aspecto físico, mas principalmente psíquico e moral.

Além disto Câmara *et al.* (2003, p. 474) acrescentam que “É no decorrer desse processo [de trabalho, em geral] que são geradas condições e situações em que estão presentes os elementos patógenos [...] que constituem riscos [...] para a saúde dos trabalhadores [...]”.

A evolução dos meios de produção leva à elaboração de teorias administrativas que visam controle mais rígido do trabalhador, como maneiras de redução de tempo para execução de determinada atividade, aumento de produtividade e conseqüente competitividade da empresa no mercado. Este modelo, elaborado por Taylor, faz com que os condicionamentos de postura do trabalhador sejam supervalorizados em detrimento do trabalho criativo o que geralmente pode acarretar em vivências depressivas e perda de significado do trabalho (HELOANI, CAPITÃO, 2003).

Os movimentos sindicais surgem em respostas às altas pressões demandadas pelo processo de trabalho, trazendo ganhos à classe trabalhadora e mais especificamente no Brasil, culmina na Consolidação das Leis Trabalhistas, na era populista do governo de Vargas, em 1930⁶. Desenha-se o que Seligmann-Silva (2011) chama de resistência coletiva, de caráter transformador e libertador, com a construção de um sentido compartilhado, em sentimento solidário que culminam em organizações formais e ganhos para a classe trabalhadora.

Contudo o controle do trabalhador, ainda necessário para ser realizado de forma mais sutil é, a partir de então, revestido do discurso de melhoria da qualidade não só dos produtos e

⁶ Embora no Brasil tais ganhos tenham ocorrido após a emergência da atividade industrial e intensificação do trabalho urbano, no mundo são marcantes as transformações decorrentes das crises e manifestações do proletariado em vários países europeus na segunda metade do século XIX (HOBSBAWN, 1978 *apud* SELIGMANN-SILVA, 2011)

serviços prestados como também da qualidade de vida dos trabalhadores. Entretanto o domínio e a docilização dos corpos continuaram presentes (SELIGMANN-SILVA, 2011).

De acordo com Mendez e Costa (1999, p. 414) “[...] atualmente o questionamento da exploração econômica, do trabalho-mercadoria, dos moldes tayloristas e fordistas de produção, tornou-se anacrônico diante da necessidade de manter o emprego [...]”. Una-se a este fator o enfraquecimento dos movimentos sindicais e conseqüente diminuição do suporte social (senso de solidariedade entre os trabalhadores, por exemplo), decorrentes ao modelo de sociedade altamente competitiva e individualista que estamos imersos atualmente.

Essas características da sociedade são cunhadas em moldes neoliberais, onde o desmantelamento das relações trabalhistas está relacionado diretamente ao ideário de Estado mínimo, onde o mercado, e não mais o Estado regula a sociedade e a relação capital/trabalho. O forte controle sobre os trabalhadores, característica do modelo taylorista/fordista, não mais atendiam a lógica de mercado, se fazendo necessário o controle velado, como mencionado anteriormente.

É neste contexto que surge o toyotismo, centrado no papel do trabalhador como responsável pelo processo de trabalho. Revestido de um discurso de qualidade total e eficiência, tal modelo imputa no cotidiano de trabalho mecanismos que tornam intrínsecos ao trabalhador a autorresponsabilização pela produção e resultados, fazendo com que o mesmo se comprometa ao extremo com a atividade laboral.

Como um caráter inverso até então, desenhado pela divisão do trabalho em várias etapas elaboradas por diferentes agentes, a horizontalização das atividades faz com que seja necessário que o trabalhador possua conhecimentos amplos e diversificados, seja autodidata e tenha iniciativa. O poder de decisão, contudo, não lhe é factível. Essa flexibilização (de gestão, de processo de trabalho e contratação) confere às empresas maior competitividade no mercado (ASSUNÇÃO, 2003).

Neste cenário desenham-se perdas para os trabalhadores, quer seja de ordem material (salário mínimo, jornada de trabalho, férias anuais, indenização da demissão sem justa causa) quer seja de ordem subjetiva, relacionadas à autoestima. Esta última em decorrência da repercussão que a perda material causa em termos de valorização do indivíduo e sua categoria profissional. (GOMEZ, COSTA, 1999; FORTE, 2002).

Transpondo nossa discussão para a área de saúde, incluído no terceiro setor da economia, as demandas de saúde podem ser traduzidas como o consumo de algo além da carência dos sujeitos que procuram o serviço de saúde (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999). O âmbito das necessidades entra no cerne de obter algo que lhe torne apto a continuar exercendo suas atividades habituais e autônomas.

Merhy (2002), grande estudioso dos processos de trabalho na saúde, enfatiza que assim como há reflexos da evolução da indústria no setor saúde (como a compartimentalização de saberes e práticas, dada pela divisão entre trabalho manual e intelectual, superespecialização) a reestruturação produtiva provenientes das mudanças atuais no modo de produção (com a inserção de tecnologias mais complexas e caras) também impulsionam o setor saúde a constantes mudanças.

Estas mudanças dizem respeito não só a compra de novos equipamentos e as subsequentes alterações no processo de trabalho em decorrência do mesmo, no setor privado da área da saúde, como também impulsiona a prática médica como um todo ao consumo crescente destas tecnologias e procura das mesmas pela população em geral (MERHY, 2002).

O trabalho em saúde, como sendo “vivo em ato” produz e é produzido e consumido concomitante a sua realização, fazendo uso não só de tecnologias duras (equipamentos), como as leve-duras (conhecimentos estruturados que operam processos relacionais em saúde) e leves (a própria relação entre trabalhador em saúde e usuário). Por fim, o autor sinaliza neste e em outros estudos que a capacidade de reinvenção dos processos de trabalho em saúde, com altruísmo e baseado na capacidade relacional dos trabalhadores de saúde, é capaz de alterar o modelo assistencial no Brasil, por meio do que denomina de micropolítica (MERHY, 2002; MERHY, *et.al*, 2007). Retomaremos, em outro viés, essa discussão no próximo capítulo.

Mediante estas breves considerações acerca do trabalho esperamos ter elucidado as alterações ocorridas historicamente que serão palco e causas principais das repercussões na saúde, inclusive mental, dos trabalhadores e, conseqüentemente, de sua qualidade de vida.

2.2.2. Saúde Mental: conceito e cenário brasileiro

Impossível continuar nossa explanação sem mencionar, mesmo que forma sucinta, os marcos da trajetória da Saúde Mental no Brasil, bem como seu conceito. Também impossível

querer esgotar a discussão de tão ampliada área do saber e práticas em saúde. Buscamos contudo não residir nosso breve tópico na superficialidade.

A saúde mental é entendida como “[...] *concepto amplio que tiene que ver con el bienestar psicológico como parte del bienestar global; alude a temas como la satisfacción con la calidad de vida.*” (GARRIDO, 2004, p.153).

Contudo esse conceito ampliado nos remete ao fato de que historicamente, pensar em saúde mental é ter em mente a perspectiva da doença, mais que em qualquer área da saúde. Não sem bases para tal fato. Em A história da loucura, Foucault demonstra que a “produção” da doença mental tem embasamento no bem-estar social da época da criação dos manicômios uma vez que os insanos e doentes foram vistos como sujeitos passíveis de intervenção pela sociedade. A ordem social estava sendo ameaçadas por aquele que outrora haviam sido tidos como especiais.

Não obstante, o enfoque das ciências médicas, especialmente da Psiquiatria teve como a exclusão e medicalização como forma de tratamento primordial para as patologias psíquicas. No imaginário social ainda persistem as noções de isolamento compulsório e afastamento do anormal até os dias atuais. A atual pandemia do uso abusivo de álcool e outras drogas, especialmente o crack, revela-nos o quanto a sociedade anseio que esses dependentes sejam afastados da “normalidade” cotidiana. Surgem aqui a discussão das comunidades terapêuticas e o risco de as mesmas incorrerem aos antigos manicômios, devido seu caráter de reclusão.

Manicômios estes que, no contexto brasileiro, foram abusivos nos formatos de seus “tratamentos” despendidos aos internos, provocando-lhe sofrimento maior não só por retirarmos do seio familiar e social como também devido a inadequação de condições estruturais, humanas e terapêuticas. As Reformas Psiquiátricas, fruto do movimento dos trabalhadores de saúde mental e das família e portadores de transtornos psiquiátricos, nascem da necessidade de reverter tal quadro, pautado por discussões mais amplas no tocante à própria concepção de saúde.

Lima (2010) considera que estamos passando pela 3ª. Reforma Psiquiátrica Brasileira, onde definitivamente estão sendo realocados mais recursos para ações em saúde mental na comunidade, por meio dos Centros de Apoio Psicossocial, em detrimento aos leitos e unidades hospitalares psiquiátricos.

Realizadas quatro conferências nacionais de Saúde Mental, nos anos de 1987, 1992, 2001 e recentemente em 2010, os debates indicam para uma atenção preventiva, que seja focada

no indivíduo, sua reinserção na comunidade a que pertence, bem como na tentativa de eliminar o preconceito e a exclusão, prevendo a implantação de redes integradas de base comunitária e atenção psicossocial, sob a diretriz da reabilitação para elaboração de um plano terapêutico centrado no sujeito (COSTA-ROZA, LUZIO, YASUI, 2001).

É, portanto, o entendimento de saúde mental como negação da doença e além, que se prescinde ações no que concerne à promoção de ambientes saudáveis para a promoção da mesma. Cenários múltiplos onde se insere o ambiente de trabalho não só físico mas principalmente o espaço socialmente produzido, a partir das conjunturas econômicas e políticas e da tecnologia relacional.

2.2.3 O campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT)

O vasto conteúdo que se refere ao trabalho bem como à saúde mental fez com que optássemos por desenvolver este tópico à luz do campo de Saúde Mental e Trabalho (SM&T). De acordo com Lima (2002) que este campo de conhecimento nasce na Europa, mais especificamente França no final da década de 1940, tendo como principal estudioso à época o psiquiatra social Louis Le Guillant, baseado na sociogênese das doenças mentais.

Seligmann-Silva (2011, p.40) denomina a área de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) e descreve seu objeto como “[...] a inter-relação entre o trabalho e os processos saúde-doença cuja se inscreve *mais marcadamente* nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza seja eminentemente social” (grifos da autora).

A autora enfatiza ainda que várias disciplinas integram este campo de conhecimento, trazendo valiosas contribuições teórico-metodológicas às discussões nesta área específica do conhecimento. Estão subdivididas em dois grupos, a saber: o **primeiro grupo** incide seus estudos na elucidação da saúde humana e suas perspectivas (Medicina do Trabalho, Psicologia do Trabalho, Psicopatologia do Trabalho, Toxicologia, Psicofisiologia, Neurofisiologia, Neuroendocrinologia, Neurologia, Psiquiatria e Psicossomática, Saúde do Trabalhador); e o **segundo grupo** abrangendo disciplinas que se debruçam sobre a problemática do trabalho (Ciências Humanas e Sociais mais especificamente a Filosofia, Economia Política, Organização do Trabalho, Direito, Sociologia e Antropologia do Trabalho, bem como a Engenharia de Segurança e Ergonomia, das Ciências Exatas) (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Assim, as vertentes são as mais variadas e incidem seus lócus de observação em diferentes áreas do saber e do saber-fazer. Devido a esta “multiterritorialidade” os desafios são diversos e dizem respeito a elucidação de alguns aspectos como os contextos internacionais, nacionais, empresariais (ou locais de trabalho) onde se desenvolvem as condições concretas de vida e trabalho bem como nos espaços microssociais deste espaços fazendo com que a autora supracitada demonstre “pistas” a serem percorridas na pesquisa de cada uma dessas vertentes (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Os problemas causado à saúde mental pelo trabalho podem ser, de acordo com Glina *et al.* (2001) graduados ou categorizados, partindo de um mal-estar, passando por estresse e podendo chegar a transtornos psiquiátricos maiores.

Dos transtornos psiquiátricos temos relacionados no Capítulo V da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) - Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho. Destes os transtornos relacionados de F40 a F48 (Transtornos neuróticos, somatoformes e relacionados ao estresse) são os diagnósticos que mais se identificam com a dimensão psicossocial do trabalho. Nosso foco, entretanto, não consiste em evidenciar quadros clínicos (GLINA ET.AL., 2001; TRIGO ET.AL., 2007).

Contudo, como já evidencia Assunção (2003) é ingênuo e inútil procurar associações óbvias entre os diagnósticos prevalentes da CID-10 e o trabalho, devido a complexidade psicofisiológica dos seres humanos e a dinamicidade dos ambientes de trabalho. É a problemática levantada por Glina *et.al.* (2001) em seu estudo acerca do nexos causal relativo ao trabalho.

Assim, muito embora as questões da saúde do trabalhador tenham avançado em termos de caráter legislativo, a abordagem encontra-se relacionada de forma quase que exclusiva com fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais que enfocam aspectos objetivos, de causa-efeito claros e evidentes, deixando a margem os aspectos psicológicos e emocionais, muitas vezes velados.

A partir do próximo tópico exploraremos mais especificamente os marcos teóricos e modelos principais desta área do conhecimento: a Teoria do Estresse, Modelos embasados na abordagem Psicanalítica e a abordagem integradora do Desgaste Humano. Esta divisão traz inovação chegando até mesmo a divergir com próprios autores de alguns modelos teóricos, como Johannes Siegrist, como veremos adiante (GLINA *et al.*, 2001, FERNANDES *et.al.*, 2006, SELIGMANN-SILVA, 2011).

2.2.3.1 Modelos teóricos baseados na Teoria do Estresse

A Teoria do Estresse, conceito trazido da física e utilizado na área da saúde pelo médico canadense Hans Selye na década de 1920, baseia-se na reação adaptativa que o ser humano tem diante de uma agente estressor (seja ela físico, químico, biológico ou psicossocial). É o próprio Selye que conceitua o estresse como um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação de esforço para adaptação (GUIMARÃES, 2000).

Já na década de 1970, outros autores contribuem para o conceito incluindo que as demandas que geram adaptação podem ser de origem interna. A relação entre o homem e meio ambiente como cenário destes episódios, bem como a noção de ameaça ao bem-estar é inserida à percepção de estresse ainda na década de 1980 (GUIMARÃES, 2000).

Manifestado por um quadro de sintomalógico denominado de Síndrome Geral de Adaptação, envolve resposta inespecífica mediada pelo sistema nervoso central e autonômico, com ativação do eixo hipotálamo-hipófise, liberação de hormônio adreno-corticotrópico pelas glândulas supra-renais, na fase aguda do estresse (SOUZA et.al., 2002).

Há uma redução nas atividades do sistema digestivo, renal e reprodutivo com conseqüente aumento da capacidade cardíaca e do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, como forma de mobilizar glicose necessária à reação orgânica diante da ameaça (fator estressante). A energia reservada à adaptação é limitada e necessita ser mobilizada a cada episódio estressante (SOUZA et.al., 2002).

Podem ser distinguidas três fases distintas: **alarme**, com liberação de adrenalina e corticóides, que preparam o indivíduo para luta ou fuga, envolvendo uma reação aguda aos fatores estressantes, há presença de sintomas como taquicardia, sudorese, respiração ofegante; **resistência**, presente diante a persistência do fator de estresse, apresentando nesta etapa sintomas como descontentamento, insônia e mudanças de comportamento; e **exaustão**, quando o mecanismo de reação não consegue responder adequadamente e perde a homeostase (equilíbrio), aparece nesta etapa gastrite, fadiga, hipertensão e o quadro que chamamos de *bornout*⁷. (FILGUEIRAS, HIPPERT, 2002; SOUZA et.al., 2002).

⁷ De acordo com Areias e Comandule (2009) é uma síndrome decorrente de período prolongado de estresse ocupacional, representada por processo de esgotamento físico, emocional ou mental, podendo ser mediado pela auto-estima do trabalhador quanto às atividades desempenhadas, relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho e

De acordo com Fernandes et al (2006, p.168), enfatizando o exposto:

No campo da Saúde Mental, as alterações determinadas pelo *estresse* psicossocial caracterizam-se por um quadro mais próximo de uma síndrome de ativação ou de vigência fisiológica mais aguçada, mediada pela interpretação que o aparelho psíquico formula, em face de uma determinada situação. O fator psicossocial do *estresse* surge quando uma interpretação indica insuficiência dos recursos interiores para enfrentar algo vivido como ameaça.

O tratamento para o estresse dependerá da fase a qual se encontra o indivíduo e geralmente são relacionadas a mudanças de estilo de vida, que promova análise das alternativas de enfrentamento, bem como mobilize apoio social e afetivo (FILGUEIRAS, HIPPERT, 2002; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Muito embora os acontecimentos ocorridos decorrentes do estresse possam, aparentemente, apresentar risco e ser interpretados como negativos os mesmos são necessários à vida humana, uma vez que o senso de integridade confere ao indivíduo atitudes de proteção, desenvolvimento e crescimento pessoal. Este seria o que Vasconcelos (2005) citando França e Rodrigues denomina de **eustress**, ou estresse positivo que provoca sensação de bem estar, realização pessoal e satisfação, pois evidencia um esforço sadio na consecução da sobrevivência, envolvendo equilíbrio entre esforço, tempo, realização e resultados.

Já no **distress**, ou estresse negativo, ou mau estresse, a reação ocasionada causa a perda do equilíbrio biopsicossocial por esforço excessivo ou ausência do mesmo, que se torna incompatível com tempo, realizações e resultados. Há uma resposta inadequada, geralmente alheia aos padrões necessários de reação, fazendo com que o organismo não se adapte a nova situação. Esse é o estresse causador de patologias, inclusive as psíquicas.

Seligmann-Silva (2011) evidencia nove categorias de agentes estressores, a saber: estressores relacionados à exigências para realização de tarefas; relacionados a organização e gerenciamento; a papéis desempenhados; referentes à carreira; horário de trabalho inconvenientes; limitação dos contatos interpessoais; pouca segurança no emprego; riscos físicos e químicos e problemáticas na interface trabalho/lar.

Elucidados os mecanismos e conceitos mais básicos acerca do estresse em geral descreveremos a seguir os modelos mais usuais na área de estresse relacionado ao trabalho.

De acordo com Garrido (2004) os estudos sobre o estresse têm como base dois modelos essenciais: controle-demanda e teoria transacional. Já Vasconcelos (2005) acresce o

doméstico. Apresenta sinais tais como sentimento de alienação, cinismo, impaciência, negativismo, isolamento, tédio, maior vulnerabilidade a doenças.

modelo dinâmico de estresse e estresse-ocupacional/estresse-apoio, além de inserir aqui o modelo utilizado por nós, o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa. Relataremos sucintamente cada modelo.

A origem modelo controle-demanda de Karasek e Theorell deveu-se a verificação da satisfação e motivação dos trabalhadores e análise de risco para desenvolvimento de doenças mediadas por fatores ambientais (no trabalho) que fossem decorrências do estresse aí gerado (VASCONCELOS, 2005).

Seligmann-Silva (2011) o denomina de **modelo tridimensional do ambiente psicossocial do trabalho**. Neste modelo, são analisadas as interações em quatro âmbitos: alto e baixo controle sobre as atividades executadas no trabalho e alta e baixa demanda (ambiente, pressão de tempo e conflitos) requerida pelo mesmo. São considerados, portanto as exigências do trabalho, o nível de apoio social ao executante do mesmo e os níveis de controle do trabalhador.

Quanto mais baixo o controle e maiores as demandas, maior chance do trabalho ser causador de estresse por conferir alta pressão ao trabalhador. Considera o ambiente de trabalho como determinante do estresse. Os estudos decorrentes desse modelo seguem vertentes que analisam ora as repercussões somáticas (desenvolvimento de patologias como cardiovasculares) ora repercussões em nível psíquico e afetivo (GARRIDO, 2004; VASCONCELOS, 2005).

No **modelo transaccional**, ou modelo pessoa-ambiente, que guarda semelhanças como o modelo Demanda-Controle pondera que o meio ambiente seja secundário no papel de desencadear estresse: caso o indivíduo não perceba a situação estressante que o ambiente oferece, fica alheio às tribulações causadas pelo trabalho (GARRIDO, 2004). E acresce: “[...] Al poner énfasis en la respuesta individual, promueve el estudio del estrés laboral con una perspectiva local: los factores de riesgo de estrés que son válidos para una realidad, pueden no ser aplicables em outra (GARRIDO, 2004, p. 155).

Já o **modelo dinâmico de estresse**, criado por Cooper, Sloan e Williams além de enumerar muitos dos agentes estressores já mencionados anteriormente, pondera que mesmo presentes, de forma heterogênea em todos os ambientes de trabalho, os fatores não atingirão igualmente todas as pessoas, lançado a idéia de vulnerabilidade individual (VASCONCELOS, 2005).

Por fim, o **modelo estresse ocupacional** estresse-apoio, baseado no modelo de saúde ocupacional, com instrumento desenvolvido a partir do modelo o *SWS-Survey (Self, Work and*

Social-Survey), analisa a interação de fatores positivos (apoio e fortalecedores) e negativos (estressores) presentes não só no trabalho, como também nas condições de vida e características pessoais do trabalhador, tipos como domínios a serem analisados (VASCONCELOS, 2005).

De acordo com Areias e Comandule (2009) o *SWS-Survey* pretende ser um indicador preventivo na prevenção precoce do estresse incapacitante além de ser ferramenta de investigação sobre a relação do estresse e as condições de trabalho na saúde mental. Entretanto a Organização Mundial da Saúde pondera que, a partir de análise intercultural sobre estresse ocupacional, os fatores de apoio não são iguais nas diversas culturas o que pode inviabilizar a ampla utilização do instrumento sem sua devida adaptação transcultural no momento de sua tradução (VASCONCELOS, 2005).

São indubitáveis as **contribuições** tanto da Teoria do Estresse quanto dos modelos decorrentes dela para área da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho. Estas contribuições dizem respeito à identificação de anomalias que se enquadram no mal-estar psíquico, além das já conhecidas síndromes e transtornos mentais. O caráter epidemiológico social adotado em suas investigações especifica os aspectos sociais analisados e apreendem o estresse como mediador entre o social e o biológico, além de possuir o privilégio da quantificação na identificação de desvios, excessos ou déficits de certos parâmetros importantes à saúde mental (FERNANDES, *et al.*, 2006).

As práticas de prevenção e tratamento em SMRT tiveram ganhos importantes devido a evolução dos estudos que tomaram como base os modelos da Teoria do Estresse. A descoberta de ações patogênicas de diversas substâncias químicas e a elucidação de relações causa-efeito em quadros depressivos tendo o estresse como mediador são alguns destes que podemos citar. Somem-se a estes ganhos na diagnose aos achados e desenvolvimento de terapias cognitivas e outros mecanismos de prevenção e tratamento das patologias em questão (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Contudo, algumas **críticas** a tais modelos são pertinentes e revelam alguns pontos onde os mesmos são insuficientes para a análise da relação saúde mental e trabalho. O principal deles diz respeito ao reducionismo dos processos sociais a simples fatores estressantes não elucidando a intensidade que o mesmo acarreta na saúde mental dos trabalhadores. O mecanismo de alteração das mudanças subjetivas responsável pela patogênese dos transtornos mentais não

está esclarecido por meio desta abordagem (FERNANDES *et al.*, 2006; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Ainda podem ser apontadas questões de limitação metodológica como a utilização do inquérito epidemiológico que podem servir aos interesses mercadológicos de exclusão de trabalhadores de sofram sintomas mentais ou distúrbios comportamentais (FERNANDES *et al.*, 2006)

2.2.3.2 Modelos embasados na abordagem Psicanalítica

A teoria psicanalítica traz em seu bojo a ampliação acerca dos conhecimentos da dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva em SMTR. Trazendo para a centralidade da discussão o sofrimento psíquico acaba por abranger, de acordo com Fernandes et.al. (2006), para além da perspectiva patológica de doenças classificadas o entendimento do mal-estar e os desequilíbrios decorrentes do trabalho.

As vertentes originadas nessa abordagem consideram que a relação do indivíduo com o trabalho e as relações humanas desenvolvidas nesse ambiente afetam diretamente seu estado de saúde, uma vez que o mesmo se constitui meio pelo qual se promove o desenvolvimento do sujeito, podendo vir a promover (des)equilíbrio da saúde do trabalhador (DEJOURS, DESSORS E DESRIAUX, 1993).

Alguns autores dessa corrente teórica, como Dejours, consideram o trabalho como um instrumento de crescimento e desenvolvimento psicossocial dos indivíduos, gerador de significados, uma vez que os insere em redes sociais, grupos aonde irão se defrontar com as mais diversas situações. As relações afetivas travadas possuem função psíquica no que tange a construção da própria identidade e rede de significados.

É, portanto mais que o ato de vender sua força de trabalho, em relações cheias de intencionalidade, uma vez que o mesmo nunca é espaço de neutralidade subjetiva ou social. Não obstante, contamina o tempo do não trabalho com situações originadas no trabalho, reproduzindo por vezes situações de segregação, morte, dominação e ditaduras. (MARTINES, CHAVES, 2007; JARDIM, LANCMAN, 2009; FERREIRA *et al.*, 2009).

A **Psicopatologia do Trabalho**, criada na França no pós-guerra, por Luis Le Guillant, psiquiatra e médico do trabalho traz à pauta uma das mais tradicionais discussões na

perspectiva da psicanálise. Muito embora ainda mantenham resquícios do modelo clássico da fisiopatologia inova a incluir o olhar subjetivo sobre o processo de adoecimento, estabelecendo e clarificando mecanismos como o ressentimento e a vergonha na gênese do sofrimento vivenciado, mesmo que silencioso. Esta corrente também investiga o poder patogênico de determinadas atividades laborais, como as empregadas domésticas e telefonistas (GLINA ET.AL., 2001; HELOANI, CAPITÃO, 2003; FERNANDES ET.AL, 2006).

Desvelam fatores relativos à organização do trabalho para a construção de constrangimentos capazes de afetarem o equilíbrio psicofisiológico e mental. Descreve o que chama de “síndrome subjetiva comum da fadiga nervosa” características passível de ocorrer em trabalhadores cuja natureza das atividades laborais requeira ritmo excessivamente rápido de operações e condições de trabalho penosas, que sob a perspectiva objetiva, quer sob a subjetiva. Pontuam outras características desses trabalhos como a servidão e a humilhação que, somados à fadiga constituem o que hoje sabemos sobre o esgotamento profissional (*burnout*) (SELIGMANN-SILVA, 2011).

As diretrizes metodologias incluem uma anamnese biográfica verificando de que forma se dava o controle exercido sobre o trabalhador, bem como toda a trajetória de vida e trabalho do mesmo. Outros estudiosos como Fannon e Dörner também investigaram sob essa perspectiva os processos psicossociais vivenciados por povos dominados e a medicalização/psiquiatrização dos problemas sociais, respectivamente (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Apesar de alguns autores (GLINA et. al, 2001) considerarem a psicodinâmica enquanto a evolução do termo de psicopatologia do trabalho, Lima (2003) menciona a diferença entre os conceitos quanto a centralidade do trabalho enquanto origem do processo de adoecimento em saúde mental: enquanto Dejours enfatiza que a doença mental é determinada pela personalidade do indivíduo de enfrentamento às dificuldades promovidas pelo trabalho, Le Guillant afirma ser o ambiente de trabalho insalubre determinante da doença mental.

Desta distinção de olhares, como uma crítica à Psicopatologia do Trabalho nasce a **Psicodinâmica do Trabalho**, desenvolvida por Dejours, que analisa o âmbito microssocial da situação do trabalho, adotando abordagem metodológica qualitativa. O objeto de estudo é a “análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade

do trabalho”. É no trabalho onde a identidade se constrói e transforma de forma contínua (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.64).

De acordo com o pensamento do próprio Dejours, Merlo e Mendes (2009, p. 142) situam as investigações deste modelo teórico no contexto pré-patológico e designam que para o autor “o sofrimento é um espaço clínico intermediário, que marca a evolução de uma luta entre [...] [o] funcionamento psíquico e mecanismo de defesa e [...] [as] pressões organizacionais desestabilizantes, com o objetivo de conjurar a descompensação e conservar [...] um equilíbrio possível [...]”.

Fernandes *et.al.* (2006) utilizando-se da denominação de Psicopatologia do Trabalho, enumeram conceitos utilizados pela Psicodinâmica do Trabalho como comportamento livre, estereotipado, conteúdo significativo do trabalho, estratégias de defesa e estruturação do modo operativo. A partir dos mesmos desvela os efeitos psicopatológicos da organização do trabalho sob na consecução de um trabalho repetitivo e sem conteúdo significado para o trabalhador, fazendo com que o mesmo desempenhe um comportamento estereotipado em detrimento do livre, tolhendo assim sua capacidade criativa.

Surgem dessa forma a insatisfação e ansiedade causadas tanto pelo conteúdo ergonômico (inadequação do conteúdo do trabalho às aptidões do trabalhador) quanto do conteúdo significativo. As doenças somáticas seriam produto de um conteúdo ergonômico inadequado, enquanto que o sofrimento mental, da ausência do conteúdo significativo para o trabalhador (FERNANDES *et.al.*, 2006).

Em uma segunda etapa deste modelo teórico o objeto parte do sofrimento dos trabalhadores para a psicodinâmica das situações de trabalho. Aqui o trabalho das mulheres é observado sob o enfoque de gênero e a alienação (mental, social ou cultural) produzida nos ambiente de trabalho é trazida à pauta. Em uma terceira etapa, a banalização e naturalização do sofrimento é criticada, evidenciados os dispositivos de dominação nas organizações, bem como o conteúdo das políticas macrossociais (neoliberais) (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Segundo análise bibliográfica realizada por Merlo e Mendes (2009) os estudos que se utilizam da abordagem da Psicodinâmica do Trabalho muitas vezes utilizam-na combinada com outros métodos e referenciais teóricos, o que por vezes pode evidenciar a restrição na apreensão no objeto, descrevendo-o somente e não adentrando na análise subjetiva da temática em questão.

De acordo com os mesmo autores a abordagem teórico-metodológica deste método reside na pesquisa ação, por meio do processo de elaboração, perlaboração e ressignificação do sofrimento humano. As medições, portanto são reorganizadas conforme ocorra a pesquisa. A escuta e a fala são centrais nesse processo de comunicação tendo como pressuposto que a ação para o enfrentamento do sofrimento seja gerada através deste processo reflexivo. Desta forma o pesquisador participa da ação, interagindo e engajando-se subjetiva, política e eticamente (MERLO, MENDES, 2009).

As contribuições dos métodos são indiscutíveis. O arcabouço teórico, especialmente no Brasil, que desvenda as interfaces da saúde mental no trabalho, em uma ótica mais abrangente que a biologicista é fruto desta corrente teórica e permeia as discussões da área de SMRT. A centralidade nos processos de trabalho e relações sociais e o enfoque nas repercussões das políticas no mundo do trabalho são essenciais para o entendimento do mesmo como determinante da saúde e qualidade de vida dos indivíduos (FERNANDES *et.al.*, 2006; MERLO, MENDES, 2009).

E muito embora a dominação do ideário neoliberal impedir sua utilização para esses fins, a prática preventiva pautada principalmente na Psicodinâmica do Trabalho é de suma importância para a prática clínica da saúde mental (SELIGMANN-SILVA, 2011). Entretanto Silva e Heloani (2007) verificam que, muito embora embasada na psicologia social histórico-crítica, a perspectiva dejuriana tendencia a abordar os problemas de saúde mental e trabalho sob uma ótica individual, que deve ser transposta.

São os mesmo autores (SILVA, HELOANI, 2007) que afirmar a necessidade do emprego crítico de abordagens metodológicas qualitativas, predominantes nesta abordagem, que surgem como forma de sobressair-se das abordagens positivista e de explicação simples para complexos fenômenos como os fatores psicossociais no trabalho. Que ultrapassem a utilização ingênua do modelo teórico apontada pelo estudo de Merlo e Mendes (2009).

2.2.3.3 Abordagem integradora do Desgaste Humano

Alguns estudos mais recentes dos modelos teóricos do campo da SMRT já sinalizam para a abordagem do desgaste humano como uma possibilidade de integrar os modelos teóricos descritos anteriormente, como Seligmann-Silva (2011) e Silva e Heloani (2007). Alguns como

Fernandes et.al. (2006) tecem críticas a essa intenção que seja pontuada adiante. Contudo os aspectos teóricos e marcos históricos deste modelo convergem nos escritos de ambos os autores.

É aqui também onde repousa a divergência entre o enquadramento de alguma das abordagens teórico-metodológicas, a de nosso estudo: o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa, a qual o próprio autor do modelo o descreve como uma perspectiva teórica da Teoria do estresse enquanto Seligmann-Silva (2011) o insere no desgaste humano; e o modelo do esgotamento profissional, ou *burnout*, também considerado pela maior parte dos estudos pesquisados como sendo de cunho da Teoria do Estresse e por Fernandes *et al.* (2006) considerado como dentro da perspectiva do desgaste humano. Para além das divergências que possam ocorrer neste campo teóricos descreveremos a seguir seus principais pressupostos. De acordo com Fernandes *et.al* (2006, p.166) o desgaste é tido como

a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica, na medida em que o trabalho se converteu em atividade, cujo componente desgastante é muito mais efetivo do que o da reposição dessa capacidade e do desenvolvimento de potencialidades do trabalhador.

Segundo Seligmann-Silva (2011) o desgaste é o produto da correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho (e conseqüentemente sobre o trabalhador) que irão repercutir no processo biopsicossocial saúde-doença. A centralidade da análise desse modelo reside no processo de trabalho.

O quadro teórico dessa abordagem foi construído por Asa Laurell, socióloga e médica mexicana, nos anos 1980. Pautada pelo materialismo histórico-dialético afirma que as determinações do processo saúde-doença e processos de trabalho são permeados por questões de ordem sociopolítica e econômica. A autora considera que quanto maior a vulnerabilidade humana potencializada por precárias condições de vida onde o contexto nacional desfavoreça os direitos humanos fundamentais e a cidadania maior poderá ser o desgaste promovido chegando a ser desenhado um sofrimento social (SELIGMANN-SILVA, 2011).

A expropriação é outro fenômeno que está atrelado à idéia do desgaste e retoma o conceito de reificação, coisificação do ser humano onde os indivíduos são despojados de sua essência humana e passam a fazer parte de um todo sem sentido para os mesmos, havendo uma perda de identidade e deformação individual.

O desgaste ainda aparece categorizado em três momentos teóricos distintos, O primeiro dele versa sobre desgaste orgânico literal, mediado por agentes químicos, físicos e ou/biológicos nas funções neuropsicológicas. Já o segundo momento abrange o entendimento da

fadiga, mental e física, sob o viés do desgaste. Aqui é trazida à discussão a interseção entre o estresse e desgaste bem como as noções de sujeição do trabalhador, numa servidão voluntária e a deformação da identidade. O terceiro momento reside na discussão do desgaste da subjetividade, do esfacelamento da dignidade e da esperança, como a subsequente corrosão do caráter. Incide aqui a conexão de desgaste e sofrimento e conecta à vivência ao modo de gestão e organização do trabalho, com a percepção ou não de recompensas e reconhecimento dos esforços do trabalhador. (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Algumas síndromes patológicas abordadas por este modelo são descritas por Fernandes *et.al.* (2006) tais como as síndromes paranóides, as neuroses pós-traumáticas e as síndromes depressivas. Os mesmo autores tecem críticas ao modelo e iniciaremos por descrevê-las a partir deles. Como o desgaste, de acordo com os mesmos, não se referem a nenhum transtorno psíquico isolado e conseqüentemente sua avaliação, a mensuração dos sinais e sintomas encontra-se prejudicada podendo estar relacionado a outros fatores alheios ao trabalho do indivíduo em análise.

Silva e Heloani (2007) já haviam mencionado acerca das incongruências dessa abordagem que tem por pretensão convergir a psicopatologia/psicodinâmica do trabalho e teoria do estresse ocupacional.

Não é nossa pretensão aqui elucidar tais incongruências muito menos escrever um tratado acerca dos marcos teóricos mais utilizados na abordagem da SMRT. Contudo, para nossa caminhada metodológica cognitiva, foi-nos necessário a realização de tais categorizações a fim de que clarificássemos nosso entendimento acerca do tema o que esperamos ter oferecido ao nosso leitor. Retomaremos a discussão quando da elucidação do referencial teórico-metodológico, em capítulo pertinente, quanto ao modelo *Effort reward imbalance*: o desequilíbrio esforço-recompensa.

2.3 O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

2.3.1 Contextualizando a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Adentrando no nível de sistema de saúde que é representado pela Atenção Primária à Saúde (APS) discorreremos sobre alguns marcos históricos que culminaram em seu surgimento, em meados da década de 1970. Algumas experiências nos Estados Unidos e Inglaterra (1915-1920) marcam a tentativa de se instituir estruturas e processo de trabalho em saúde pautado em necessidades populacionais de uma região, onde deveria estar o Centro de Saúde, estabelecimento flexível às alterações dessas necessidades (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2009).

Dentre essas experiências iniciais destaca-se aquela encabeçada por Lord Dawson, então ministro da saúde da Inglaterra, em 1920. Somente aqui a atenção primária lançava um olhar organizativo sobre a rede de atenção à saúde, regionalizada e hierarquizada, tendo como cenário a reconstrução da Inglaterra no período que precedeu a Primeira Guerra Mundial. O serviço foi oferecido pautado em ações médicas curativas e preventivas em conjunto com ações de enfermagem e já previa apoio de especialistas, como um esboço de apoio matricial (CASTRO, 2009).

Outros marcos ajudam a delinear APS, como a definição da Academia Americana de Médicos de Família, que acresceu a coordenação dos cuidados à APS, e a conhecida Conferência de Alma-Ata, em 1978, que ao centralizar a discussão na Promoção da Saúde, traz a APS como suporte assistencial sanitário principal para poder ser alcançada pela população de uma nação (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2009).

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde (Conferência de Alma-Ata) recomendou a adoção de oito elementos necessários a promoção da saúde, a saber: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e meios para sua prevenção e controle, alimentação adequada, abastecimento de água e saneamento básico apropriados, atenção materno-infantil incluindo o planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento adequado para doenças prevalentes e acidentes e distribuição de medicamentos básicos (BUSS, 2000).

A partir de então, e dos esboços de seus princípios, a Atenção Primária à Saúde vem se lapidando e atualmente podemos expressá-la, de forma abrangente conforme a descrição de Lago e Cruz citado por Andrade, Barreto e Bezerra (2009, p.786-7):

Estratégia flexível, caracterizada através do **primeiro contato** do paciente e equipe de saúde, que garante uma **atenção integral** oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável que transcende o campo sanitário e **inclui outros**

setores; organizada em **coordenação** com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, em um processo conjunto de **produção social de saúde** - mediante um pacto social - que inclui aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo.(grifos nossos)

Esta conceituação já nos direciona a algumas de suas características, destacadas por nós, tais como a intersetorialidade, integralidade das ações e a oportunidade do primeiro contato. Como bem ressaltado pelos autores, verificando a norma da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) devemos observar que cada país, conforme sua realidade pode operacionalizar a APS de forma distinta, sem que com isso percam-se os valores, princípios e características primordiais.

Assim, compreendendo valores como princípio social que rege o embasamento moral deste nível de sistema temos: o direito ao mais elevado nível de saúde possível, solidariedade e equidade. Entre os princípios verificamos: a) resposta oportuna às necessidades de saúde da população; b) serviços de saúde orientados pela qualidade; c) responsabilidade e prestação de contas pelos governos; d) sociedade justa; e) sustentabilidade do sistema de saúde; f) participação e g) intersetorialidade.

Podemos, diante do já exposto, verificar que a diferença entre a forma tradicional de conceber a prestação dos serviços de saúde e um sistema de saúde baseado na APS reside em garantir acesso universal a uma rede de serviços organizadas de forma complementar, onde o “guardião” ou o filtro para o acesso a outros níveis do sistema seria o atendimento primário amplo, visando a promoção da saúde e não tão somente focado na cura e reabilitação de patologias já instaladas (CASTRO, 2006, GIOVANELLA, MENDONÇA, 2009).

Muito embora seja realidade que a instauração e consolidação das ações de saúde nos países latino-americanos venham se caracterizando como uma atenção primária à saúde seletiva, com um pacote mínimo de ações visando combater as doenças prevalentes na infância e a saúde da mulher, há de se confirmar que a evolução destes sistemas, de forma irregular como foi sua implantação, fez com que fosse trazido à pauta o conceito mais amplo de atenção primária e, com isso, a tentativa de se consolidar ações integradas em prol da saúde da população (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Os atributos, portanto da Atenção Primária à Saúde, tais como suas características essenciais são o acesso de primeiro contato, enquanto serviço estrategicamente posicionado

próximo à comunidade, sendo sua primeira referência de atendimento em saúde, assim acessível; longitudinalidade, porquanto assume a responsabilidade de manter a continuidade do cuidado independente de qual ponto do sistema de saúde o usuário necessite ao longo de sua vida; integralidade que confere ao usuário o atendimento considerando todas as dimensões de sua vida e saúde, além da física, como também a emocional e social; e coordenação dos cuidados enquanto pretende se fazer organizadora do fluxo do usuário quando o mesmo necessite de atendimento mais complexo no tocante a tecnologias duras e menos freqüente de posse de informações anteriores acerca da saúde do usuário (CASTRO, 2006; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2009).

Enquanto atributos derivados destes são: centralidade na família, uma vez que deve considerar no atendimento o contexto e dinâmica familiar a fim de que haja uma melhor abordagem do problema em questão; orientação comunitária tendo como destaques determinantes e condicionantes de saúde num contexto local, realizando-se levantamento de problemas de saúde e os mecanismos comunitários de enfrentamento do mesmo; e competência cultural no tocante a oferta do cuidado diferenciado/específico a grupos étnicos, racial e culturalmente diversos (CASTRO, 2006; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2009).

Vários estudos foram realizados no intuito de demonstrar a eficácia de sistemas de saúde que tem os atributos da APS enquanto organizadores do atendimento à saúde. Tais estudos pautam-se especificamente na análise da redução de patologias comuns e sensíveis às ações de atenção primária à saúde, bem como a redução de hospitalizações em decorrência das mesmas.

Um trabalho clássico é a pesquisa realizada por White, Williams e Greenberg com publicação em 1961, que demonstra que no período de um mês, de 1000 pessoas de uma comunidade, 750 apresentarão algum sintoma, mas somente 250 procurarão unidade de APS. Destas 236 terão como atendimento final a própria unidade, sendo os demais direcionados à atenção secundária e/ou terciária. Chegamos então a tão falada resolubilidade de 85% das unidades de APS (CASTRO, 2006).

Para tanto se deve realizar não somente consultas médicas como também, e principalmente, de ações educativas, visitas domiciliares, atendimento em grupos, trabalho sobre território e com equipe multiprofissional, além de atividades gerenciais que conectem vários serviços dentro do setor saúde e fora dele, configurando ações intersetoriais (CASTRO, 2006).

Artigo de Macinko et.al. (s.d.) revela que no Brasil a implantação da APS, enquanto reorganizadora do Sistema Único de Saúde, vem reduzindo os níveis de hospitalização desnecessária. O estudo pautou-se na verificação de uma lista de condições crônicas de saúde que podem ser controladas com cuidados primários à saúde e conseqüente verificação de internações, por meio das autorizações de internamento hospitalar (AIH) conseqüentes a tais agravos de saúde.

A implantação da APS no Brasil, sob a forma da Estratégia de Saúde da Família tem suas raízes em discussões e movimentos anteriores a 1994. Movimentos sociais e de profissionais da saúde datados no período da Ditadura Militar, iniciada em 1964, trazem à discussão a questão do direito universal à saúde integral, uma vez que a crise de financiamento do setor saúde à época tornou degradante a qualidade dos escassos serviços prestados, com aumento das filas, atendimento desumanizado e mortes desnecessárias (COSTA *et al.*, 2009).

O movimento de Reforma Sanitária, assim como foi conceituado, participou do processo de redemocratização do país, fazendo com que a Constituição de 1988 não somente reconhecesse o conceito amplo de saúde, da Organização Mundial da Saúde, como também a tornasse direito universal a todos os cidadãos, pois até então o acesso aos serviços de saúde estava vinculado a direitos trabalhistas e previdenciários e atingia diferentemente a indigentes e trabalhadores contribuintes (BRASIL, 2003).

O Sistema Único de Saúde surge então como resposta aos anseios não só da população marginalizada e dos movimentos populares, como também de muitos profissionais que ansiavam por uma democratização também dos cuidados de saúde, primando pela valorização dos aspectos preventivos e promocionais de saúde.

Tem como princípios doutrinários a universalidade, integralidade e equidade; e organizativos a acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização, ea participação popular (ANDRADE *et al.*, 2004).

A superação do modelo assistencial privatista e centrado na doença ainda está longe de se realizar. Contudo, entendemos que o processo é lento, sendo urgente a renovação das forças tão necessárias ao movimento acima mencionado, quiçá uma nova Reforma Sanitária.

Na prática, a necessidade de se discutir saúde fora dos domínios hospitalares foi iniciada anteriormente ao SUS e fortalecida após sua regulamentação. Entende-se a repercussão de fatores sócio ambientais no estado de saúde das populações. Uma destas iniciativas foi a

experiência dos Agentes Comunitários de Saúde, iniciada de forma emergencial para conter a mortalidade materno-infantil no Ceará, em 1987, baseada em um projeto desenvolvido na década de 1970 em Sobradinho-DF (LAVOR, LAVOR, LAVOR, 2004).

O Programa Agente de Saúde foi implantado formalmente em 1988 no estado do Ceará pelo Decreto 19945 de 02 de janeiro de 1988 em 45 municípios. Especificamente em Sobral, o programa iniciou em 1992, com contratação de 87 agentes de saúde (AGUIAR, ANDRADE, 2004).

Como política adotada pelo Ministério da Saúde, foi ampliada para todo o Nordeste brasileiro em 1991 sob o nome de Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), e posteriormente para todo Brasil. A partir de 1995 extrapolam os limites estritos da assistência à saúde realizando levantamento sobre crianças fora da escola (LAVOR, LAVOR, LAVOR, 2004).

No ano em que completa duas décadas chegamos à marca de 10.032.392 Agentes Comunitários de Saúde listados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES distribuídos entre as 1.289.810 Equipes de Saúde da Família e 145.219 Equipes de Agente Comunitário de Saúde (DATASUS, 2011).

A implantação da Estratégia Saúde da Família em 1994 agrega o trabalho do Agente Comunitário a uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. O trabalho agora é interdisciplinar e não de forma isolada somente sob a supervisão de um enfermeiro como outrora (PACS).

Este processo de descentralização da saúde traz os profissionais de saúde a municípios de pequeno porte dos estados brasileiros no intuito de garantir acessibilidade e equidade na prestação dos serviços de saúde. Assim, o aumento expressivo da mão de obra em saúde, iniciada em meados da década de 1970 (ELIAS, NAVARRO, 2006), teve uma retomada na década de 1990.

Para a realidade de Sobral, o então Programa Saúde da Família foi implantado em 1997, inicialmente por meio de 31 equipes em 25 unidades básicas cobrindo 100% da população sobralense. Contavam à época com 295 Agentes Comunitários de Saúde, 31 médicos, 46 enfermeiros e 51 auxiliares de enfermagem (AGUIAR, ANDRADE, 2004).

A Estratégia Saúde da Família traz consigo a responsabilidade de reorganização da lógica de organização do setor saúde. Novos postos de trabalho foram garantidos nas mais diversas regiões do país, notadamente em locais mais carentes e distantes dos grandes centros.

A equipe de Saúde da Família tem por finalidade assistir a saúde de uma dada população moradora (cerca de 2.500 a 4.500 pessoas) de um território definido, onde também serão observados os processos desenvolvidos neste território como meio de redução de danos à saúde, promovendo e protegendo assim a mesma. À equipe mínima descrita anteriormente pode ser acrescida a equipe de saúde bucal, constituída por odontólogo e técnico em saúde bucal, devendo desenvolver suas atividades em conjunto com a equipe (BRASIL, 2009).

As ações devem ser voltadas para as necessidades da comunidade tendo como base suas características de adoecimento, de produção de saúde, processos de trabalhos, enfim os perfis epidemiológico e socioeconômico.

Deve contar com uma estrutura física de uma unidade básica de saúde onde são desenvolvidas atividades como consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, reuniões e atividades de grupo/educação em saúde, imunização, curativos, nebulização e outros procedimentos de enfermagem e atendimentos programados, tais como puericultura, coleta para citologia oncológica, pré-natal, planejamento reprodutivo, acompanhamento de clientela portadora de agravos crônicos degenerativos (hipertensão arterial e diabetes mellitus) e transmissíveis (hanseníase e tuberculose) dentre demais atendimentos.

Os trabalhadores dessa estratégia, portanto, devem estar preparados não somente cientificamente como também pessoal e psicologicamente para lidar com a população e sua demanda. Outro fato importante é a necessidade de residir no local, tendo um duplo papel de agente e sujeito (JARDIM, LANCMAN, 2009).

Franco e Merhy (2007) frisam que, muito embora haja melhorias na assistência em decorrência da implantação da Estratégia Saúde da Família, a mesma não consegue avançar na questão de cuidados universais uma vez que há mudanças somente da estrutura e não nos processos de trabalho, vindo a alterar o que denominam de micropolítica do processo de trabalho médico.

Os autores mencionam também que mesmo sendo responsáveis por uma população adscrita, os profissionais não conseguem estabelecer vínculo e responsabilização nesta relação. O modo de se produzir saúde continua intacto, centrado nos saberes médicos. Há, de fato, uma continuidade do isolamento em núcleos de competência dos profissionais da estratégia (FRANCO, MERHY, 2007).

2.3.2 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Adentramos especificamente no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sujeito de nossa pesquisa. O ACS é o profissional da equipe que, por excelência, possui as características de vínculo, configurando-se a possibilidade de ser um agente transformador e por isto mesmo passível de estresse e sofrimento psíquico.

Desde sua criação vem sendo utilizado potencial comunitário para o desenvolvimento das ações por meio de treinamento em serviço, a identidade deste profissional de saúde, atualmente reconhecido como tal, é construída em base frágil de conhecimento científico e forte em conhecimentos populares e culturais, sendo citado como um personagem híbrido e polifônico, um trabalhador *sui generis*, fazendo-se, assim, valer do agir comunicativo e tecnológico (BORNSTEIN, STOTZ, 2008; MARTINES, CHAVES, 2007; HIDELBRAND, SHIMIZU, 2008; FERREIRA et.al., 2009).

A identidade, construída ao longo da vida do sujeito e nas relações travadas, vem sendo de um trabalhador que age como mediador social, um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, entre o acesso e a ausência do serviço, entre a informação para saúde e o usuário, entre os membros da família, entre a comunidade e o direito social que lhe cabe. Mediação esta conservadora ou transformadora, podendo se revestir ora de uma lógica utilitarista, onde é visto como mão de obra barata, ora solidarista, reconhecendo o potencial na mudança do modelo assistencial vigente. Desempenha papéis de agente transformador e anteparo do sistema de saúde (NOGUEIRA, 2002; HIDELBRAND, SHIMIZU, 2008; BORNSTEIN, STOTZ, 2008; BORNSTEIN, STOTZ, 2009; JARDIM, LANCMAN, 2009).

A construção da identidade de uma categoria perpassa inclusive pela legalização da mesma, reconhecida como tal, garantindo os direitos trabalhistas, natureza de vínculo, necessidade de formação específica e conteúdos a serem abordados neste processo, bem como processo seletivo a ser executado para escolha de candidatos ao cargo de ACS.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde está legalizada sob a homologação da Lei 10.507 de 2002, posteriormente revogada e substituída pela Lei 11.350 de 2006. Tal lei discorre acerca das atribuições não só do agente comunitário de saúde como também do agente de combate às endemias.

A mesma lei determina a exclusividade do Agente Comunitário de Saúde junto ao Sistema Único de Saúde, sendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças da população seu objetivo primordial, obtido por meio das visitas domiciliares. Lista as exigências ao cargo, como residir na comunidade, ter o ensino fundamental concluído e conclusão do curso introdutório.

Compete ao ACS, de acordo com a Portaria 2.048, de 2009, do Ministério da Saúde: realizar cadastramento das famílias, participar do diagnóstico demográfico da área e do perfil sócio econômico da comunidade, acompanhamento das micro-áreas de risco, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos, com ênfase nos menores de um ano em situação de vulnerabilidade, encaminhamento para imunização, promoção do aleitamento materno exclusivo, monitoramento das diarreias e realização da hidratação oral, identificação de gestantes e encaminhamento ao serviço pré-natal, dentre outras atividades.

Não obstante, a natureza do seu trabalho apresenta dimensão técnica e política, enquanto organizador da assistência à saúde, em lócus estratégico e complexo, tanto na atenção primária, registrando a população pela qual é responsável, orientando o cuidado necessário; quanto na atenção de média e alta complexidade, por vezes melhorando o acesso da população a este nível de atendimento. O ACS organiza a atenção à saúde, inclusive, porque possui um elo mais forte, de pertencer à comunidade, de ser igual, ser do local. Enfim, organiza o processo de trabalho da atenção primária, sendo o alicerce da estratégia saúde da família (KOYASHIKI, 2008; HOLANDA, 2009).

Seu trabalho se caracteriza por estar em contato íntimo com as situações familiares mais diversas durante, formalmente, 40 horas semanais podendo esta carga horária ser ultrapassada, devido a estar presente na comunidade, em algum caso que demande sua atenção, fora do horário formal. Demonstra-se aqui o que Jardim e Lancman (2009) mencionam como porosidade entre o trabalhar e o viver em comunidade.

É também nesse contexto que surge uma duplicidade de demandas: de um lado a comunidade que requer um tratamento pessoal, de outro a equipe, que exige um distanciamento e tratamento pedagógico e técnico (NUNES *et al*, 2002).

Segundo Junges, Mazari e Selli (2008) a singularidade do trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde transita por campos como a assistência social, saúde, educação e meio ambiente e que o mesmo, devido a sentir-se despreparado, busca a construção de sua identidade como profissional por meio de capacitação.

Diante do exposto e verificando a necessidade de se determinar o quanto o processo de trabalho do ACS interfere em sua qualidade de vida, especialmente no tocante à sua saúde mental, justifica-se a realização desta pesquisa.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a qualidade de vida e trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Sobral, Ceará.

3.2 ESPECÍFICOS

- Mensurar a qualidade de vida global e seus domínios dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Verificar o esforço e recompensa relacionados ao trabalho exercido pelo Agente Comunitário de Saúde;
- Correlacionar os índices de esforço-recompensa com a qualidade de vida geral e seus domínios destes profissionais.

4. HIPÓTESES

- 1) O Agente Comunitário de Saúde sofre desequilíbrio relativo ao esforço realizado para o trabalho e a recompensa pelo esforço.
- 2) Este desequilíbrio afeta a qualidade de vida global dos mesmos, especificamente no tocante à dimensão psicológica (saúde mental).

5. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

*“Quem sabe isso quer dizer amor
Estrada de fazer o sonho acontecer”*

(Milton Nascimento, Cantor e Compositor)

A seguir descreveremos o marco teórico utilizado em nossa pesquisa, tendo em vista os instrumentos utilizados para a coleta de dados.

Enfatizando nossa discussão no *World Health Organization Quality of Life*, reportamo-nos ao trabalho realizado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (*WHOQOL Group*), iniciado em 1991.

As atividades deste grupo iniciaram-se com uma revisão colaborativa que culminou no conceito de qualidade de vida descrito no tópico anterior deste capítulo, seguida da criação e definição das facetas da qualidade de vida conforme os aspectos de vida a serem analisados/considerados e a elaboração de um conjunto global de questões a partir das quais seriam derivadas as perguntas dos instrumentos (FLECK et.al., 2008).

De acordo com Lima, Fleck e Pechansky (2002) o Instrumento de Qualidade de Vida da OMS (*WHOQOL*) foi desenvolvido em conjunto por 15 centros, envolvendo 45.000 participantes no decorrer de quatro anos. A teoria das necessidades básicas de Maslow foi considerada pelo Grupo desenhando uma pirâmide de conceitos onde o bem-estar estaria no topo, facetas específicas (componentes de cada domínio) na base e domínios mais amplos (psicológico, físico e social) em local intermediário (FLECK et.al., 2008).

O quantitativo de 100 questões encontra explicação na elaboração de 24 facetas (tendo a 25^a. como o domínio de qualidade de vida global) após exclusões necessárias observadas pelos estudos do grupo, guardando a média de quatro itens (perguntas) para cada faceta. As 24 facetas estão distribuídas nos domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais. É válido ressaltar que essas variáveis foram elaboradas a partir de discussões em grupos focais (FLECK et.al., 2008).

Sield e Zannon (2004) concordam com os autores do *WHOQOL Group* que o instrumento supracitado tem boa capacidade de mensurar a qualidade de vida, sendo que a

estrutura do construto pode ser comparável em diversas culturas, demonstrando-se como importante ferramenta transcultural.

Já o modelo breve (*WHOQOL Bref*), foi desenvolvido como uma forma reduzida do *WHOQOL-100*. Fornece escores resumidos para os quatro domínios ao em vez de escores detalhados no nível das facetas, o que é feito no *WHOQOL-100*. Possui 26 perguntas, com uma pergunta de cada faceta, uma pergunta sobre qualidade de vida global e uma pergunta da faceta de Estado de Saúde Geral. O domínio VI do *WHOQOL-100* (aspectos espirituais/religião/crenças pessoais) foi incorporado ao domínio psicológico.

As facetas estão inclusas nos domínios conforme o descrito a seguir:

Tabela 2 – Domínios e facetas/itens do *WHOQO Bref*

| <i>Domínio</i> | <i>Facetas dentro dos domínios</i> |
|------------------|--|
| Físico | Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e descanso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação e de tratamentos |
| Psicológico | Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Autoestima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/religião/crenças pessoais |
| Relações Sociais | Relações pessoais Apoio Social Atividade Sexual |
| Meio Ambiente | Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Participação em e oportunidade de recreação/lazer Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte |
| Domínio Geral | Qualidade de vida global e percepções de saúde geral |

Fonte: FLECK *et.al.*, 2008.

O instrumento pode ser auto administrado, assistido pelo entrevistador ou completamente administrado pelo entrevistador. De acordo com Fleck e cols. (2008) possui uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,91 para as 26 questões), validade discriminante,

validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste. Afirmam ainda que, quando comparados, *WHOQOL-100* e *WHOQOL Bref* têm propriedades psicométricas semelhantes.

Por fim orientam que, em estudos epidemiológicos e que se utilizem mais de um instrumento de avaliação, o *WHOQOL Bref* parecer ser uma alternativa adequada para verificar a qualidade de vida (FLECK *et al.*, 2000).

Apresenta-se em perguntas relativas às duas últimas semanas e as respostas correspondem a uma escala tipo Likert de cinco pontos. As escalas estão distribuídas entre quatro tipos: escala de intensidade (nada a extremamente), escala de capacidade (nada a completamente), escala de frequência (nunca a sempre) e escala de avaliação (muito satisfeito a muito insatisfeito e muito ruim a muito bom). A versão em português está disponível no Brasil, no *site* do Grupo de estudos sobre Qualidade de Vida, do departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BERNARDES, 2007).

Diversos são os estudos que utilizam o *WHOQOL Bref*. Fleck *et al.* (2002) avaliam a associação entre sintomas depressivos e funcionamento social numa amostra de pacientes que procuraram um serviço de cuidados primários de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Pachoa, Zanei e Whitaker (2007) analisam a qualidade de vida de técnicos e auxiliares de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Kluthcovsk *et al.* (2007) mensuram a qualidade de vida de 169 agentes comunitários de saúde utilizando o referido instrumento. Rusli, Edmansyah e Naing (2008) realizam uma análise combinada entre vários instrumentos, dentre os quais o *WHOQOL Bref*, para analisar a qualidade de vida, condições de trabalho e níveis de ansiedade, estresse e depressão de um grupo de trabalhadores da indústria automobilística da Malásia. Diniewicz *et al.* (2009) analisam a qualidade de vida de um grupo de trabalhadores metalúrgicos e enumeraram queixas somáticas frequentes dos mesmos. Entretanto, por razões metodológicas e de natureza da pesquisa, não realizam correlações entre a qualidade de vida e tais queixas.

Já o *Effort reward imbalance* (ERI), em português, desequilíbrio esforço-recompensa, foi desenvolvido a partir de um programa científico maior que avalia as contribuições dos fatores sociais e psicológicos para saúde humana desenvolvido na Universidade de Dusseldorf, Alemanha. Os estudos desenvolvidos por Johannes Siegrist tentam elucidar os efeitos protetores e nocivos para a saúde que são produzidos a partir dos comportamentos e emoções das pessoas, tendo como base os papéis sociais na vida adulta, como o trabalho (SIEGRIST, 2006).

A **reciprocidade social** é marco principal para esta análise e trata-se de um princípio fundamental do comportamento interpessoal. Caracteriza-se por investimentos mútuos de cooperação baseado na expectativa de retorno, sendo os esforços recompensados por recompensas respectivas. Assim, além de trazer um sentimento de pertença a um grupo específico, o *status* ocupacional se associa à recompensa ou à estima (SIEGRIST, 2006).

A centralidade de análise do modelo é o papel do trabalho, desenvolvida sob uma perspectiva sócio-histórica da tensão no trabalho, tendo como base o contrato social que retribui o esforço pela recompensa adequada. Assim, o trabalho possui função autorreguladora emocional e motivacional capazes de proporcionar mudanças na vida social. O ambiente microssocial do trabalho é atrelado a amplas condições do mercado de trabalho (VASCONCELOS, 2005; VASCONCELOS, GUIMARÃES, 2009; FOGAÇA, *et.al.*, 2010).

O modelo considera as mudanças do mundo ocupacional caracterizado em uma época de globalização por elevada insegurança e frequente mobilidade social. Considera as situações estressantes crônicas mediante conexão entre cargas relacionadas com o posto de trabalho e mercado ocupacional (GRUBITS, GUIMARÃES, 2004).

Partindo de tais premissas, passaremos a analisar cada item que compõe o modelo teórico. O **esforço** diz respeito às obrigações a serem desenvolvidas pelo trabalhador a partir das demandas do trabalho. Essas demandas podem ser extrínsecas ao trabalhador objetivamente impostas pelas atividades a serem realizadas bem como intrínsecas, de caráter motivacional, dada a subjetividade do trabalhador em atender suas expectativas relativas a si mesmo. Os esforços corresponderiam, portanto, às demandas sendo classificados em extrínsecos e intrínsecos (VASCONCELOS, 2005; VASCONCELOS, GUIMARÃES, 2009).

Vasconcelos (2005) referendando Siegrist afirma que o esforço intrínseco varia conforme a trajetória do indivíduo, pautada em sua experiência laboral. A **superdedicação**, ou a necessidade de controle, adicionada ao modelo como componente psicológico, avaliam o padrão de competição e esforço intrínseco despendido pelo trabalhador.

Ilustra que inicialmente, devido ao alto grau de **vigor** (esforço ativo com alto grau de probabilidade de *feedback* positivo), os trabalhadores assumem variadas tarefas. Em longo prazo, e sem as respostas adequadas, este fato pode tender a número crescente de conflitos, caracterizando a **imersão** (estado de exaustiva competição associada à frustração e sentimentos

negativos) impelindo aos mesmos repensarem acerca do esforço intrínseco despendido (VASCONCELOS, 2005).

Desta forma, alguns indivíduos demonstram, mesmo diante de situações de baixo ganho relativo ainda estariam dependendo altos custos (esforços) uma vez que os mesmos teriam necessidade de controle, explicado por características do estilo perceptual e experiências de auto-gratificação por estar no controle diante de situações desafiadoras (VASCONCELOS, GUIMARÃES, 2009).

Fogaça *et.al* (2010) arrematam que o esforço faz parte de um processo de troca organizada socialmente sendo que a sociedade retribui em termos de recompensa.

Esta **recompensa**, resposta social e do trabalho se daria em três vertentes: recompensa monetária (salário adequado), autoestima ou controle social. A autoestima, portanto seria resultado do respeito e apoio por parte de colegas e superiores; e o controle social diria respeito às perspectivas de promoção, estabilidade no emprego e *status* social (VASCONCELOS, 2005; GRIEP *et.al.*, 2011). A ênfase colocada na recompensa social uma vez que assume que essas expectativas ficarão impressas nas estruturas cerebrais humanas como regra básica de intercâmbio social.

O modelo teórico do desequilíbrio esforço-recompensa afirma que emoções negativas, podem ser gerados a partir da falha nessa reciprocidade, especificamente quando elevados esforços despendidos não correspondem à recompensa adequadas. Essas emoções poderiam evoluir ou estar relacionadas a distúrbios somáticos ou psíquicos. Entretanto, quando adequadas, promovem bem-estar e saúde por meio de emoções positivas. Desta forma o equilíbrio entre o esforço e a recompensa é dado quando o trabalhador sabe (ou aprende a) lidar ativa ou passivamente no enfrentamento dos problemas (VASCONCELOS, 2005; FOGAÇA *et.al.*, 2010).

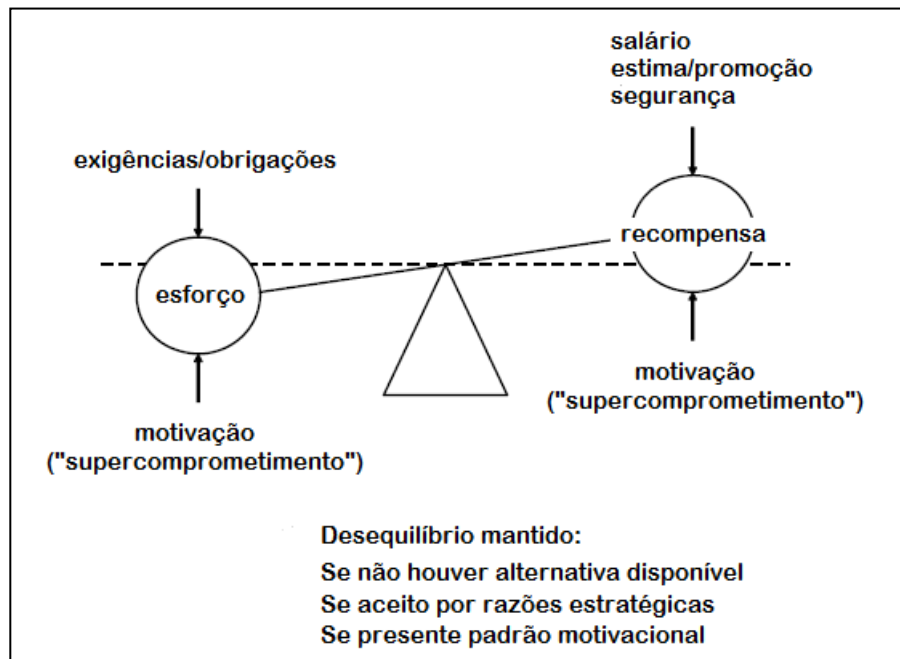
Siegrist define as informações utilizadas no modelo: subjetivas, são pautadas em características pessoais promovendo uma estimativa aproximada da quantidade de tensão que é atribuída à vida laboral (VASCONCELOS, GUIMARÃES, 2009).

As hipóteses do modelo são descritas a seguir: a) A ausência de reciprocidade (desequilíbrio entre esforço e recompensa) aumento o risco de vida reduzido para além do risco associado a cada um dos componentes; b) Sobrecarregados, os indivíduos apresentariam maior probabilidade de sua saúde ser afetada e deslocada para o polo de doença deste processo e c)

Indivíduos que se apresentassem sobrecarregados e apresentando desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho estariam pré-dispostos a desenvolvimento de patologias. Vasconcelos (2005), Vasconcelos e Guimarães (2009), Fogaça *et.al.* (2010), Siligmann-Silva (2011) e Griep *et.al.* (2011) entre outros autores mencionam estudos que comprovam tal correlação, principalmente no tocante a doenças cardiovasculares e exaustão emocional, bem como disfunções imunológicas com maior predisposição a contrair doenças contagiosas.

O modelo pode ser ilustrado conforme a figura a seguir.

Figura 2 - Representação gráfica do modelo teórico *Effort reward imbalance (ERI)*.



Fonte: Adaptado de Siegrist, 2006.

É importante relatar que o modelo postula alterações que visem à promoção da saúde por meio do equilíbrio de seus componentes visando à reciprocidade nas trocas sociais e justiça distributiva. Assim o princípio geral para as intervenções seria investir no aumento de recompensas quando houvesse um alto grau de esforço por parte do trabalhador, especialmente no que diz respeito à autoestima associada ao trabalho e aumento do controle social, sendo que o aumento da recompensa monetária esteja atrelado às outras duas instâncias. É importante que este último recurso seja utilizado com parcimônia uma vez que trabalhadores que estivessem num bom ambiente de trabalho não permanecessem devido à tão somente a recompensa monetária elevada (VASCONCELOS, 2005; VASCONCELOS, GUIMARÃES, 2009).

A Escala de Desequilíbrio Esforço-Recompensa ou *ERIquest (Effort-reward imbalance at work questionnaire)* apresenta uma versão curta de 23 itens e uma longa de 46 itens. Todas as questões se referem ao presente e os sujeitos são solicitados a indicar em que medida os itens refletem sua situação de trabalho típico. Estão organizadas em três escalas unidimensionais: esforço (seis itens), recompensa (11 itens) e comprometimento excessivo (supercomprometimento) (seis itens), correspondentes à versão curta ou 46 itens (seis itens para esforço, 11 itens para recompensa, e 29 para supercomprometimento - 6 itens sobre a necessidade de aprovação, seis itens sobre a competitividade, oito itens sobre irritabilidade e nove itens sobre dificuldade de se desligar do ambiente de trabalho) para versão longa.

Na versão curta da escala, três sub-escalas surgem da escala de recompensa: reconhecimento, segurança no trabalho e promoção no emprego/salário, composta pelos itens 11, 14, 16 e 17. Nas escalas de esforço e recompensa as respostas variam no grau de concordância ou discordância, com escores que vão de 1 a 5. Na escala de comprometimento excessivo, as respostas variam entre discordar fortemente e concordar fortemente, com escores entre 1 e 4 (SILVA, BARRETO, 2010).

Há ainda a possibilidade, de acordo com Fogaça *et al.* (2010) de se calcular o equilíbrio entre esforço e recompensa, dado pelo índice ($\Sigma E \div [\Sigma R \times c]$), onde E é esforço extrínseco e R é recompensa, e c é o valor de correção e Σ significa somatório dos valores em questão. Este fator de correção justifica-se devido à diferença do número de questões entre a escala de esforço e a escala de recompensa. Sendo o índice menor ou igual a um, indica equilíbrio e maior que este valor, desequilíbrio entre o esforço e a recompensa.

A escala foi traduzida e adaptada para o português (Brasil) por três grupos de autores distintos: Guimarães e Grubits (2004), Chor *et.al.* (2008) e Silva e Barreto (2010). No primeiro estudo a escala traduzida é a versão longa. Já a escala traduzida em Chor *et.al.* (2008) é a versão curta assim como em Silva e Barreto (2010). A versão utilizada pelo nosso estudo foi a de Silva e Barreto (2010) tanto devido à acessibilidade quanto da fidelidade da escala à original.

Na adaptação realizada por Silva e Barreto (2010) a consistência interna medida através do alfa de Cronbach variou entre as três escalas de 0,7 a 0,95, indicando boa confiabilidade da escala. Afirmam assim, a importância que a escala tem em medir o estresse psicossocial do trabalho. O instrumento na íntegra é apresentado nos anexos.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em moldes de estudo epidemiológico do tipo transversal/seccional uma vez que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN, BLOCH, 2009).

De acordo com os mesmos autores este tipo de estudo tem sido utilizado com a fim de investigar vários problemas de saúde pública. Tem por finalidade verificar como determinada característica tomada como variável está distribuída na população em estudo.

Apesar de não ser o tipo de estudo epidemiológico mais apropriado para estabelecer umnexo causal a ponto de testar hipóteses neste sentido, os autores supracitados determinam a possibilidade de verificar a associação entre frequência das variáveis em estudo.

Enumeram as fases de um estudo seccional, a saber:

- a) Planejamento, que abrange a fase de elaboração do protocolo (projeto de pesquisa), seleção de questionários a serem utilizados, definição de amostra;
- b) Execução, com a etapa de coleta de dados e controle de qualidade e;
- c) Análise e divulgação de resultados, a partir de análises uni, bi ou multivariadas (por estratificação ou por modelagem).

6.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no município de Sobral, que dista aproximadamente 240 km da capital Fortaleza e está situado na zona do sertão centro-norte do estado do Ceará. Compreende uma extensão territorial de 2.129km² abrangendo uma população de 188.721 habitantes.

No contexto da saúde, Sobral é o município polo tanto da macrorregional quanto da microrregional de Sobral, atendendo 55 municípios circunvizinhos, abrangendo cinco microrregionais, no tocante ao atendimento de alta e média complexidade.

Possui 177 estabelecimentos inscritos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES, sendo 171 destes de gestão municipal e 53 mantidos pela Prefeitura Municipal de Sobral.

Além disso, atende sua população por meio da atenção primária à saúde, contando com 48 equipes de saúde da família, 24 equipes de saúde bucal, bem como seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O local de coleta de dados foram unidades de saúde da família onde os agentes comunitários de saúde estão vinculados, em zona urbana e rural, como também em momentos coletivos e eventos, tais como rodas de conversa e assembleias da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Sobral (AASS).

6.3 PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa, considerando-se também a elaboração do projeto como parte do período da pesquisa, compreendeu um período de 15 meses, entre janeiro de 2011 e março de 2012 para sua realização.

6.4 POPULAÇÃO, AMOSTRAGEM E PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra foi calculada de acordo com Klein e Bloch (2009). A fim de que haja a possibilidade de generalização dos resultados da pesquisa há a necessidade de sua validação em termos probabilísticos da amostra da população, sendo necessário para tanto que a seleção das amostras se dê ao acaso.

A população compreendeu os 387 agentes comunitários de saúde que atuam na estratégia saúde da família do referido município. A amostragem foi probabilística aleatória simples, onde cada um dos sujeitos teve a mesma probabilidade de fazer parte da amostra.

O cálculo de amostra foi baseado nas fórmulas descritas abaixo, estabelecido o intervalo de confiança de 95% (com o valor de $z=1,96$), p em 0,5, q ($q = 1 - p$), portanto em 0,5 e E (margem de erro ou erro máximo admitido) estabelecido em 3 pontos percentuais.

Utilizando inicialmente a primeira fórmula $n_1 = (Z^2_{\alpha/2})(p)(q)/E^2$ obtemos a amostra para populações infinitas, no valor de 1067. No nosso caso, de população finita, devemos a

segunda fórmula $[n_2 = n_1 / (1 + (n_1 - 1) / N)]$, onde N é a população finita, a fim de corrigir o número da amostra.

Diante disso e após os cálculos temos nossa amostra de 284 Agentes Comunitários de Saúde. Em virtude da possível perda de informações devido a formulários incompletos, acrescentamos 5% ao tamanho da amostra calculada, chegando à amostra final de 300 Agentes Comunitários de Saúde.

Entretanto, em virtude de grande amostra e do grau de participação dos ACS de diversas atividades laborais e mesmo de pesquisas anteriores, chegamos ao quantitativo de 232 ACS respondentes dos instrumentos. O critério de inclusão foi aceitar participar da pesquisa.

6.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram o *WHOQOL Bref*, (anexo A) para mensuração da qualidade de vida geral e a Escala de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (anexo B). Tais instrumentos foram descritos no capítulo anterior.

Em se tratando dos dados sócio-demográficos dos sujeitos da pesquisa foi elaborado um questionário que abrange questões sobre idade, sexo, escolaridade, renda familiar mensal, estado civil, dentre outros, conforme apêndice A.

6.6 VARIÁVEIS DA PESQUISA

As variáveis que foram utilizadas são as seguintes:

- 1) Variáveis independentes:
 - a. Dados sócio-demográficos: idade, sexo, escolaridade (número de anos de estudo), estado civil, renda familiar;
 - b. O índice de esforço-recompensa.
- 2) Variáveis dependentes:
 - a. Escores dos domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais);
 - b. Escore de qualidade de vida geral.

É importante atentarmos para natureza de cada variável a fim de que possamos estabelecer o teste estatístico mais apropriado a cada análise. Assim, temos que as variáveis obtidas do perfil sócio-demográficos dos sujeitos da pesquisa são categóricas e nominais. Já as demais variáveis apresentam-se como contínuas, o que, de acordo com Jekel, David e Katz (1999), confere ao pesquisador a possibilidade de realizar inferências mais detalhadas que àquelas realizadas utilizando-se de dados nominais.

Ao estabelecermos como variáveis os dados sócio-demográficos dos sujeitos intencionamos verificar se houve variação entre as demais variáveis de acordo com idade, sexo, escolaridade, estado civil ou renda familiar dos sujeitos.

Partimos do pressuposto de que o índice esforço-recompensa a ser encontrado é inerente à natureza do trabalho do agente comunitário de saúde, bem como da percepção do mesmo acerca do seu trabalho, sendo independente de outras variáveis.

Assim, e retomando as hipóteses, as variáveis dependentes são as que dizem respeito à qualidade de vida, seja em seu escore global, seja no escore de seus domínios em separado.

6.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente calculamos todos os escores de cada instrumento utilizado por meio de seu algoritmo específico. Nesta fase seguimos as instruções nele contidas utilizando para o tratamento estatístico o software R, bem como o Microsoft Excel.

Utilizamos o R em sua versão 3.0.2 para as análises realizadas. A escolha pelo R tem uma justificativa bastante atrativa para o meio científico: O software é gratuito e por isso permite a replicação dos resultados apresentados com grande facilidade para todos os interessados. Para os dados sócio-demográficos houve a tabulação dos mesmos a fim de que se realizem procedimentos estatísticos descritivos, calculando-se as principais medidas de tendência central e o desvio-padrão para cada variável.

Diante disto, realizamos dois tipos de análise estatística:

- 1) Bivariada, estabelecendo-se o grau de correlação entre uma variável dependente e outra independente, usando o teste de Pearson, indicado quando se utilizam duas variáveis contínuas. O valor do coeficiente (r) encontrado varia de -1 a +1, passando por zero. Quanto mais próximo o valor esteja de 1 quão mais as variáveis

analisadas demonstram-se dependentes enquanto sua variação, quer seja uma relação diretamente (positiva) ou inversamente (negativa) proporcional. As variáveis utilizadas aqui serão o índice esforço-recompensa e os escores de qualidade de vida.

- 2) Multivariada, utilizando mais de uma variável independente e uma dependente, por meio de regressão linear (*Ordinary Least Square Regressions* ou Regressão dos Mínimos Quadrados Ordinários), para verificar a dimensão e a significância estatística do impacto das variáveis independentes de interesse.

6.8 DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Diante da análise estatística dos dados foi determinada a necessidade de interpretação dos mesmos. Assim, mediante os achados numéricos procedemos à explicação do fenômeno observado, ou seja, a correlação entre trabalho, esforço e recompensa e qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde.

Por meio da reflexão lógica, embasada pelo referencial teórico introduzido neste projeto, aos dados encontrados foram conferidos sentidos e valores a fim de haja dedução da realidade a partir dos mesmos. Foram ao final do processo, expostos por meio de gráficos, tabelas e diagramas observada a natureza dos mesmos e sua forma mais adequada de exposição.

6.9 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Os aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos no tocante a não maleficência, beneficência, justiça, equidade anonimato e autonomia dos sujeitos quanto à pesquisa, dispostas nas normas regulamentadoras e na resolução no. 196 de 1996 e na Portaria 2048 de 03 de setembro de 2009 (BRASIL, 1996; BRASIL, 2009).

Foi garantido sigilo das informações, sendo divulgadas de forma a manter o anonimato da identidade dos participantes. Tal cuidado evita alguma possibilidade de retaliação proveniente da postura e da informação fornecida pelo participante à pesquisa.

Como diz respeito ao processo de trabalho e satisfação com o mesmo, alguns danos previsíveis repousam na possibilidade de reviver situações danosas esquecidas, bem como da expectativa de pronta resposta aos anseios vivenciados. Como forma de minimizá-los a

divulgação das informações será garantida não só às unidades de saúde da família como também a gestão municipal responsável pela elaboração de políticas públicas. A escuta ativa e postura empática da pesquisadora será despendida sempre que desejável e necessário.

A não maleficência, dizendo respeito à redução de danos previsíveis, será garantido por meio de não divulgação do nome ou quaisquer características que revelem a identidade do participante da pesquisa. Para tanto os resultados foram divulgados coletivamente.

A partir do esclarecimento do objetivo da pesquisa, bem como da não obrigatoriedade de participação na pesquisa, explicitados através da Carta de Informação ao Participante (apêndice B), foi conferida ao Agente Comunitário de Saúde a autonomia de participar ou não da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C). Também foi frisada a possibilidade de desligar-se da pesquisa no momento que o mesmo achar necessário.

No momento da abordagem dos Agentes Comunitários de Saúde para aplicação dos questionários, individual e coletivamente, foi apresentado o projeto e realizada sensibilização dos mesmos para a importância de sua participação na pesquisa, livre de quaisquer tipos de pressões, esclarecidas todas as dúvidas que surgiram.

Quanto ao princípio da beneficência, os participantes da pesquisa foram beneficiados ao passo que lhes foi garantida possibilidade de explorar os aspectos de seu trabalho que pudessem estar causando dano à sua qualidade de vida, estando até então imperceptíveis aos mesmos. A partir desta consciência houve a possibilidade de alterações, ao menos de postura e individuais, bem como coletivas de reivindicação para reorganização do processo de trabalho, a fim de minimizar os danos causados.

Para o sistema local de saúde além da pesquisa não oferecer custos diretos já que o custeio da pesquisa foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAPES, por meio de bolsa e anteriormente a isso, por nós, haverá possibilidade de mudança qualitativa na forma de oferecer cuidado à população, por meio da divulgação dos resultados e sugestões da pesquisa, utilizando a gestão do sistema local do conhecimento científico para elaboração e otimização de políticas públicas que visem à saúde do trabalhador em saúde. Assim, uma vez saudáveis, os trabalhadores tendem a desempenhar suas atividades de forma mais eficaz, eficiente e humanizada.

Enfim para o Sistema Único de Saúde será de incontestável importância e beneficência a realização da pesquisa. Descrevendo as fragilidades nos processos de trabalho a pesquisa subsidia a discussão da evolução das políticas e modelos assistenciais implantados, esboçando os próximos passos a serem realizados a fim de que haja a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, caminhando cada vez mais na direção da superação do paradigma biomédico e positivista de pensar e fazer saúde.

A devolução da pesquisa será realizada em momentos distintos: inicialmente em assembleia geral dos ACS, com a apresentação dos resultados e disponibilização de um exemplar da pesquisa para a Associação dos Agentes de Saúde de Sobral. Em outro momento, a entrega do exemplar para a gestão municipal.

O cumprimento da justiça, diz respeito à observância dos demais princípios bem como a vantagem oferecida não somente aos participantes, como também para os demais sujeitos envolvidos, valorizando a destinação sócio-humanitária da pesquisa.

Por fim, o princípio da equidade faz-se presente uma vez que iguala os participantes da pesquisa (vulneráveis ou não a redução da qualidade de vida) e legitima suas características e possíveis vulnerabilidades no seu processo de trabalho como um todo coletivo, além de trazer à pauta tal discussão.

Garantimos tais os aspectos éticos conduzindo a pesquisa da seguinte maneira: no primeiro momento, encaminharemos este projeto para Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral para avaliação e autorização, em seguida submetemos o mesmo ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, tendo sido aprovado sob o CAAE 0056.0.039.000-11. Após parecer favorável do comitê de ética iniciamos a pesquisa de campo.

7. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa, frutos do tratamento estatístico, são expostos quanto à análise descritiva das variáveis e análise inferencial. A análise descritiva das variáveis do estudo diz respeito não só a caracterização sócio-demográfica e profissional dos participantes da pesquisa no tocante ao sexo, faixa etária, estado civil, quantidade de filhos, escolaridade, renda familiar, tempo de atuação como agente comunitário de saúde, local de trabalho, origem do vínculo e atividades desenvolvidas; como também a descrição dos indicadores obtidos por meio da sintaxe de cada instrumento.

Para a Escala de Desequilíbrio Esforço-Recompensa foram calculados as dimensões de esforço, de recompensa, o índice esforço-recompensa e o supercomprometimento presente nas atividades laborais para cada agente comunitário de saúde. Foi calculada a média dos mesmos, seu o desvio-padrão, bem como valores mínimo e máximo de cada dimensão.

Ainda para os dados obtidos com o referido instrumento, mediante a divisão entre agentes comunitários de saúde com desequilíbrio e equilíbrio entre o esforço e a recompensada das suas atividades laborais são descritas as variáveis socioeconômicas e laborais.

Quanto ao instrumento *WHOQOL-Bref*, os domínios da qualidade de vida, ou seja, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, bem como a qualidade de vida global, foram calculados individualmente, calculada a média e descritos juntamente com desvio-padrão e valores mínimo e máximo para cada domínio.

A organização dos dados obtidos resultou em tabelas que evidenciam a distribuição e comparação de frequências das variáveis analisadas, bem como sua porcentagem, além do coeficiente de correlação e índices de regressão linear.

Para tanto utilizamos o software R para as análises estatísticas realizadas.

7.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Quanto às características sócio-demográficas os participantes da pesquisa apresentam-se conforme a tabela a seguir.

Tabela 3 – Caracterização Sócio-demográfica dos Agentes Comunitários de Saúde, quanto às variáveis sexo, faixa etária e escolaridade. Sobral-CE, 2012.

| Variáveis | Total | |
|---------------------|------------|---------------|
| | N | % |
| Sexo | | |
| Feminino | 210 | 90,52 |
| Masculino | 22 | 9,48 |
| Total | 232 | 100,00 |
| Faixa etária | | |
| 21 a 25 anos | 17 | 7,33 |
| 26 a 30 anos | 44 | 18,97 |
| 31 a 35 anos | 48 | 20,69 |
| 36 a 40 anos | 40 | 17,24 |
| 41 a 45 anos | 36 | 15,52 |
| 46 a 50 anos | 27 | 11,64 |
| 51 a 55 anos | 10 | 4,31 |
| 56 a 60 anos | 9 | 3,88 |
| 61 a 65 anos | 1 | 0,43 |
| Total | 232 | 100,00 |
| Escolaridade | | |
| 1 a 5 anos | 4 | 1,72 |
| 6 a 13 anos | 55 | 23,71 |
| 14 a 16 anos | 75 | 32,33 |
| 17 anos ou mais | 98 | 42,24 |
| Total | 232 | 100,00 |

Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa

Percebemos inicialmente a predominância do sexo feminino, de adultos jovens da faixa etária de 31 a 35 anos, com escolaridade predominante acima e 17 anos, que indica que ensino de nível técnico ou superior.

Maiores considerações acerca dos dados serão realizadas na discussão dos mesmos, no próximo capítulo. A tabela a seguir remete a características familiares dos participantes da pesquisa.

Tabela 4 – Caracterização Sócio-demográfica dos Agentes Comunitários de Saúde, quanto às variáveis estado civil, quantidade de filhos e renda familiar. Sobral-CE, 2012.

| Variáveis | Total | |
|-----------------------------|------------|---------------|
| | N | % |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 67 | 28,88 |
| Casado | 142 | 61,21 |
| Separado | 9 | 3,88 |
| União Estável | 10 | 4,31 |
| Viúvo | 4 | 1,72 |
| Total | 40 | 100,00 |
| Quantidade de Filhos | | |
| Nenhum | 65 | 28,02 |
| 1 a 3 filhos | 146 | 62,93 |
| 4 a 6 filhos | 19 | 8,19 |
| 10 ou mais | 2 | 0,86 |
| Total | 232 | 100,00 |
| Renda Familiar | | |
| Menos de 1 salário mínimo | 63 | 27,16 |
| De 1 a 2 salários mínimos | 150 | 64,66 |
| Mais que 2 salários mínimos | 19 | 8,19 |
| Total | 232 | 100,00 |

Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa

Aqui, verificamos que os ACS que participaram da pesquisa são, em sua maioria, casados, possuem de 1 a 3 filhos, e sua renda familiar gira em torno de 1 a 2 salários mínimos.

Importante observar que para esta categoria, ainda são praticados valores salariais abaixo de um salário mínimo. Descrevemos, a seguir, as características do trabalho dos ACS participantes da pesquisa.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O trabalho dos ACS foi sumariamente caracterizado por meio de aspectos relevantes ao estudo e as variáveis são descritas na tabela a seguir.

Tabela 5 – Caracterização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Sobral-CE, 2012.

| Variáveis | Total | |
|---|------------|---------------|
| | n | % |
| Local de Trabalho | | |
| Zona Rural | 83 | 35,77 |
| Zona Urbana | 149 | 64,23 |
| Total | 232 | 100 |
| Origem do Vínculo Institucional | | |
| Estado | 101 | 43,53 |
| Município | 124 | 53,44 |
| Sem Informação | 7 | 3,03 |
| Total | 232 | 100 |
| Tempo como ACS | | |
| Menos de um ano | 10 | 4,31 |
| 1 a 5 anos | 54 | 23,28 |
| 6 a 10 anos | 59 | 25,43 |
| 11 a 15 anos | 53 | 22,84 |
| 16 a 20 anos | 54 | 23,28 |
| Mais de 20 anos | 2 | 0,86 |
| Total | 232 | 100 |
| Atividades Desenvolvidas | | |
| Visita Domiciliar (VD) | 43 | 18,54 |
| VD e Sessão Educativa | 21 | 9,05 |
| VD e Organização de Cadastro | 10 | 4,32 |
| VD, Sessão Educativa e Organização de Cadastro | 33 | 14,22 |
| VD, Sessão Educativa e Organização de Prontuário | 4 | 1,73 |
| VD, Organização de Cadastro e Organização de Prontuário | 12 | 5,17 |
| Todas | 94 | 40,51 |
| Todas e Outras | 15 | 6,46 |
| Total | 232 | 100,00 |

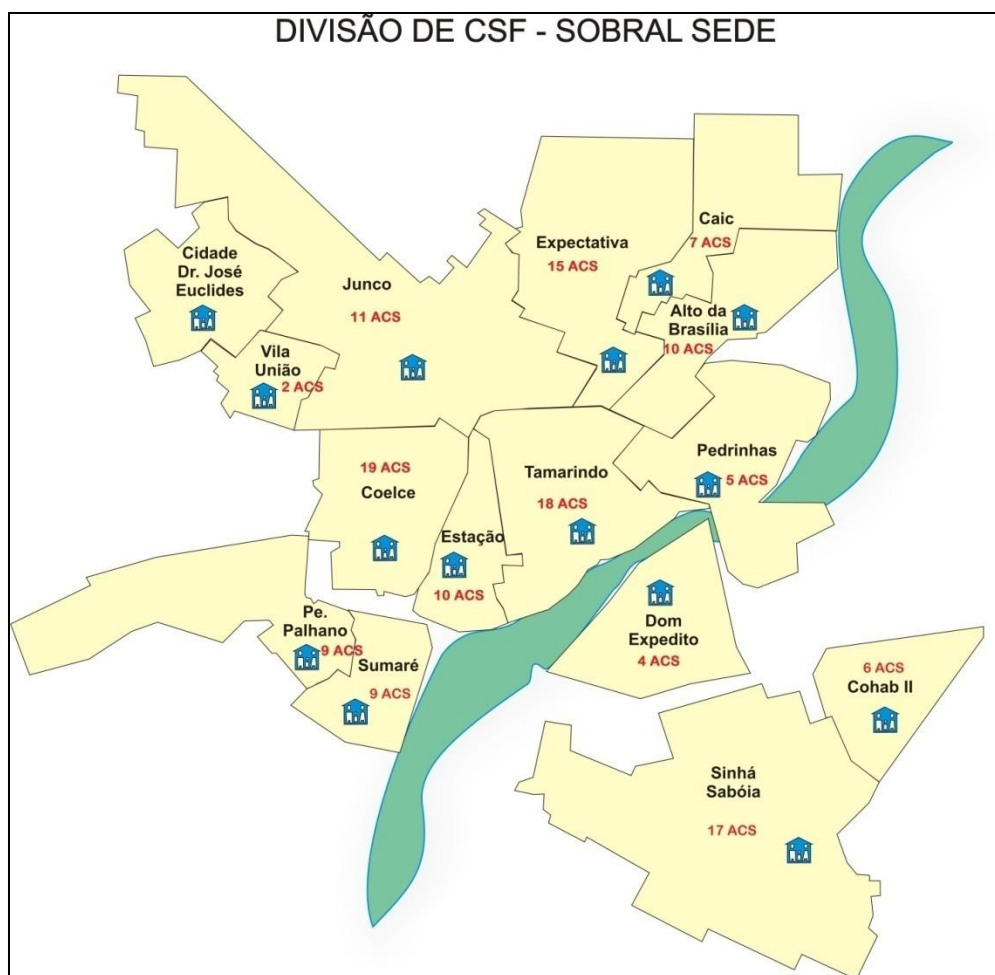
Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa

Assim, observamos que a maioria dos ACS participantes da pesquisa atuam na zona urbana. Há uma pequena predominância de ACS que tem vínculo com o município em detrimento daqueles que possuem vínculo empregatício com o estado.

Atuam, em sua maioria, como ACS entre 6 a 10 anos. Todos realizam visitas domiciliares podendo também executar outras atividades no âmbito dos Centros de Saúde da Família, tais como sessão educativa, organização de cadastro, organização de prontuário, dentre outras.

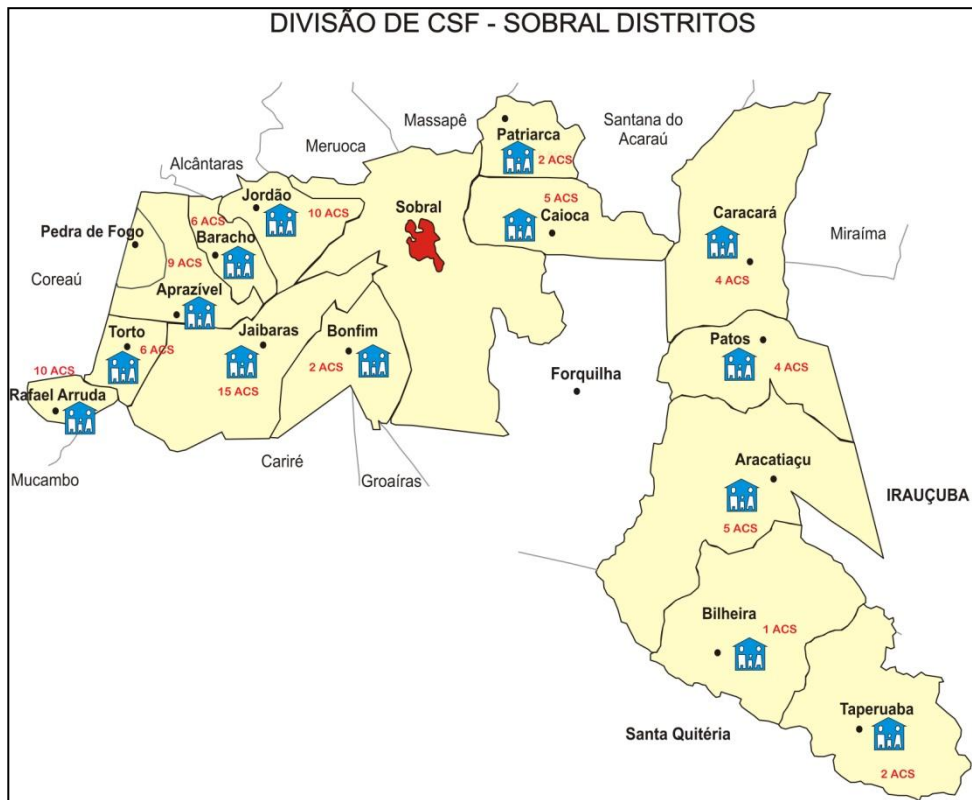
A seguir ilustramos a quantidade de ACS por Centro de Saúde da Família que participou de nosso estudo, tanto na zona urbana, quanto na zona rural.

Figura 3 – Agentes Comunitários de Saúde por Centro de Saúde da Família da zona urbana. Sobral, Ceará. 2012.



Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa, baseada em mapa disponibilizado pelo setor de Endemias do município de Sobral, CE.

Figura 4 – Agentes Comunitários de Saúde por Centro de Saúde da Família da zona rural. Sobral, Ceará. 2012.



Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa, baseada em mapa disponibilizado pelo setor de Endemias do município de Sobral, CE.

7.3 ESFORÇO E RECOMPENSA NO TRABALHO

Diante da caracterização do trabalho realizado e dos ACS participantes de nossa pesquisa, é chegada a hora de reconhecer o quanto este trabalho está demandando de esforço dos mesmos e o quanto os está recompensando.

A análise do trabalho quanto ao esforço e recompensa despedido na realização do mesmo está dada nas tabelas a seguir. Inicialmente descrevemos os escores para cada dimensão obtida na escala.

Tabela 6 – Escores das dimensões do trabalho dos participantes da pesquisa quanto ao esforço e recompensa. Sobral-CE, 2012.

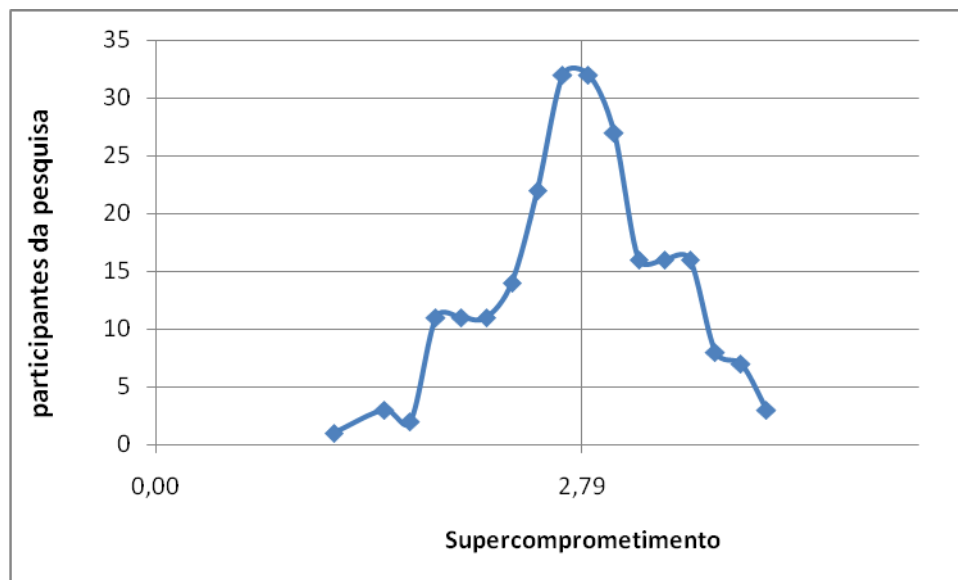
| Dimensões | Média (\pm DP) | Mínimo | Máximo |
|---------------------------|--------------------|--------|--------|
| Esforço | 2,43 (\pm 0,86) | 1,00 | 5,00 |
| Recompensa | 3,92 (\pm 0,76) | 1,27 | 5,00 |
| Índice Esforço/Recompensa | 1,26 (\pm 0,77) | 0,39 | 6,00 |
| Supercomprometimento | 2,79 (\pm 0,55) | 1,16 | 4,00 |

Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa.

Já quanto ao supercomprometimento, apesar de não haver um valor de corte como existe para o índice esforço-recompensa, variou de 1,16 a 4, com média de 2,79, com desvio padrão de 0,55. Como alguns estudos, nacionais e internacionais, relatam quanto maior o escore, maior é a vivência de excesso de comprometimento com o trabalho, transparecendo a inabilidade do trabalhador em se afastar das exigências do trabalho (GODIN *ET.AL.*, 2005; LAU, 2008; SOUZA, 2009).

Assim, tendo verificada a média entre os escores de supercomprometimento, consideramos a mesma como ponto de corte para a amostra, dicotomizando os dados em alto e baixo supercomprometimento. A distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com esta variável encontra-se ilustrada a seguir.

Figura 5 – Distribuição do escore de supercomprometimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto à média de valores. Sobral-CE, 2012.



Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa

Tabela 7 – Agentes Comunitários de Saúde distribuídos conforme grau de comprometimento com o trabalho. Sobral-CE, 2012.

| Supercomprometimento | N | % |
|-----------------------------|------------|---------------|
| Baixo | 102 | 46,10 |
| Alto | 125 | 53,90 |
| Total | 232 | 100,00 |

Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa

Tabela 8- Variáveis sócio-demográficas dos Agentes Comunitários de Saúde que apresentaram equilíbrio e desequilíbrio entre esforço e recompensa. Sobral-CE, 2012.

| Variáveis | Equação Esforço Recompensa | | | | Total | |
|---------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|---------------|--------------|---------------|
| | Equilíbrio | | Desequilíbrio | | n | % |
| | N | % | N | % | | |
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 99 | 91,67 | 111 | 89,52 | 210 | 90,52 |
| Masculino | 9 | 8,33 | 13 | 10,48 | 22 | 9,48 |
| Total | 108 | 100,00 | 124 | 100,00 | 232 | 100,00 |
| Faixa etária | | | | | | |
| 21 a 25 anos | 8 | 7,41 | 9 | 7,26 | 17 | 7,33 |
| 26 a 30 anos | 16 | 14,81 | 28 | 22,58 | 44 | 18,97 |
| 31 a 35 anos | 22 | 20,37 | 26 | 20,97 | 48 | 20,69 |
| 36 a 40 anos | 17 | 15,74 | 23 | 18,55 | 40 | 17,24 |
| 41 a 45 anos | 21 | 19,44 | 15 | 12,10 | 36 | 15,52 |
| 46 a 50 anos | 15 | 13,89 | 12 | 9,68 | 27 | 11,64 |
| 51 a 55 anos | 4 | 3,70 | 6 | 4,84 | 10 | 4,31 |
| 56 a 60 anos | 5 | 4,63 | 4 | 3,23 | 9 | 3,88 |
| 61 a 65 anos | - | 0 | 1 | 0,81 | 1 | 0,43 |
| Total | 108 | 100,00 | 124 | 100,00 | 232 | 100,00 |
| Estado Civil | | | | | | |
| Solteiro | 35 | 32,41 | 32 | 25,81 | 67 | 28,88 |
| Casado | 61 | 56,48 | 81 | 65,32 | 142 | 61,21 |
| Separado | 4 | 3,70 | 5 | 4,03 | 9 | 3,88 |
| União Estável | 5 | 4,63 | 5 | 4,03 | 10 | 4,31 |
| Viúvo | 3 | 2,78 | 1 | 0,81 | 4 | 1,72 |
| Total | 108 | 100,00 | 124 | 100,00 | 232 | 100,00 |
| Escolaridade | | | | | | |
| 1 a 5 anos | 2 | 1,85 | 2 | 1,61 | 4 | 1,72 |
| 6 a 13 anos | 33 | 30,56 | 22 | 17,74 | 55 | 23,71 |
| 14 a 16 anos | 29 | 26,85 | 46 | 37,10 | 75 | 32,33 |
| 17 anos ou mais | 44 | 40,74 | 54 | 43,55 | 98 | 42,24 |
| Total | 108 | 100,00 | 124 | 100,00 | 232 | 100,00 |

Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa

Tabela 9 - Caracterização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de acordo com os participantes que apresentaram equilíbrio e desequilíbrio entre esforço e recompensa. Sobral-CE, 2012.

| Variáveis | Equação Esforço Recompensa | | | | Total | |
|-----------------------------------|----------------------------|------------|---------------|------------|------------|------------|
| | Equilíbrio | | Desequilíbrio | | | |
| | N | % | N | % | n | % |
| Local de Trabalho | | | | | | |
| Zona Rural | 42 | 38,89 | 41 | 33,06 | 83 | 35,77 |
| Zona Urbana | 66 | 61,11 | 83 | 66,94 | 149 | 64,23 |
| Total | 108 | 100 | 124 | 100 | 232 | 100 |
| Vínculo Empregatício | | | | | | |
| Estado | 47 | 43,52 | 54 | 43,55 | 101 | 43,53 |
| Município | 58 | 53,70 | 66 | 53,23 | 124 | 53,44 |
| Sem Informação | 3 | 2,78 | 4 | 3,23 | 7 | 3,03 |
| Total | 108 | 100 | 124 | 100 | 232 | 100 |
| Tempo de atuação como ACS | | | | | | |
| Menos de um ano | 4 | 3,70 | 6 | 4,84 | 10 | 4,31 |
| 1 a 5 anos | 19 | 17,59 | 35 | 28,23 | 54 | 23,28 |
| 6 a 10 anos | 31 | 28,70 | 28 | 22,58 | 59 | 25,43 |
| 11 a 15 anos | 23 | 21,30 | 30 | 24,19 | 53 | 22,84 |
| 16 a 20 anos | 30 | 27,78 | 24 | 19,35 | 54 | 23,28 |
| Mais de 20 anos | 1 | 0,93 | 1 | 0,81 | 2 | 0,86 |
| Total | 108 | 100 | 124 | 100 | 232 | 100 |
| Atividades Desenvolvidas | | | | | | |
| Visita Domiciliar (VD) | 21 | 19,44 | 22 | 17,74 | 43 | 18,54 |
| VD e Sessão Educativa (SE) | 12 | 11,11 | 9 | 7,26 | 21 | 9,05 |
| VD e Organização de Cadastro (OC) | 7 | 6,48 | 3 | 2,42 | 10 | 4,32 |
| VD, SE e OC | 11 | 10,19 | 22 | 17,74 | 33 | 14,22 |
| VD, SE e Org. de Prontuário (OP) | 1 | 0,93 | 3 | 2,42 | 4 | 1,73 |
| VD, OC e OP | 4 | 3,70 | 8 | 6,45 | 12 | 5,17 |
| Todas | 47 | 43,52 | 47 | 37,90 | 94 | 40,51 |
| Todas e Outras | 5 | 4,63 | 10 | 8,06 | 15 | 6,46 |
| Total | 108 | 100 | 124 | 100 | 232 | 100 |

Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa

Podemos observar nas tabelas e gráficos anteriores a distribuição dos ACS participantes da pesquisa quanto ao grau de supercomprometimento com o trabalho, se alto ou baixo. Os dados mostraram uma simetria em relação à média, não parecendo evidente nenhuma tendência a valores mais altos ou mais baixos. Contudo, observamos que cerca da metade dos ACS apresentam níveis de comprometimento do trabalho elevado (com índice acima de 3). Verificamos também a distribuição dos ACS, relativo às variáveis demográficas,

socioeconômicas e aspectos do trabalho, quando distintos os grupos de ACS que apresentaram equilíbrio e desequilíbrio esforço-recompensa relativo ao trabalho.

Maiores considerações acerca dos dados apresentados serão realizadas no capítulo de discussão dos resultados.

7.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida foi demonstrada pela sintaxe de pontuação de 0 a 100 e descrita na tabela abaixo.

Tabela 10 – Qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde conforme o WHOQOL *Bref.* Sobral-CE, 2012.

| Domínio | Média (\pmDP*) | Mínimo | Máximo |
|--------------------------|------------------------------------|---------------|---------------|
| Físico | 62,23 (\pm 15,24) | 17,86 | 100,00 |
| Psicológico | 68,97 (\pm 13,62) | 25,00 | 100,00 |
| Relações Sociais | 70,26 (\pm 16,66) | 16,67 | 100,00 |
| Meio Ambiente | 49,80 (\pm 12,12) | 15,63 | 84,38 |
| Qualidade de Vida Global | 59,53 (\pm 18,46) | 0 | 100,00 |

Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa * Desvio-Padrão

Verificamos aqui que a maior pontuação média foi para o domínio Relações Sociais, enquanto o domínio Meio Ambiente foi o de mais baixa pontuação média. Observamos também que a qualidade de vida global houve a maior variação de valores atribuídos.

Quanto ao domínio psicológico, de segunda maior média, obteve o mais alto valor mínimo entre os escores (25,00). Já o domínio físico, com média de escores de 62,23, variou de 17,86 a 100,00.

7.5 CORRELAÇÃO: QUALIDADE DE VIDA E ÍNDICE DE DESEQUILÍBRIO ESFORÇO RECOMPENSA

Descrevemos a correlação entre as principais variáveis do estudo: qualidade de vida global e seus domínios, e *índice esforço-recompensa* e índice de supercomprometimento com o trabalho.

Para analisar a correlação, ou seja, a associação linear entre duas variáveis, não realizando julgamento de causa-efeito entre si, entre as principais variáveis do estudo, realizamos

o teste de Pearson, como já mencionado no capítulo de metodologia. O referido teste verifica quão consistentemente duas variáveis mudam em conjunto.

Tabela 11 – Correlação entre as variáveis de trabalho e qualidade de vida dos ACS. Sobral-CE, 2012.

| Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1.Esforço-Recompensa | 1,000 | | | | | | |
| 2.Qualidade de Vida Global | -0,162 | 1,000 | | | | | |
| 3.D. Psicológico | -0,256 | 0,484 | 1,000 | | | | |
| 4.D. Relações Sociais | -0,240 | 0,344 | 0,480 | 1,000 | | | |
| 5.D. Físico | -0,290 | 0,555 | 0,574 | 0,433 | 1,000 | | |
| 6.D. Meio Ambiente | -0,217 | 0,422 | 0,499 | 0,482 | 0,474 | 1,000 | |
| 7.Supercomprometimento | 0,148* | -0,157 | -0,173 | -0,148* | -0,163 | -0,125* | 1,000 |

Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa * $p < 0,05$

Os valores, que variam de -1 a +1, indicam a direção e magnitude da correlação entre as variáveis. Assim, quanto mais próxima do valor 1 (absoluto), mais forte a correlação entre as mesmas. Por outro lado, quando negativo, verificamos que o valor indica que as variáveis comportam-se de forma inversamente proporcional: quando uma aumenta, o valor da outra diminui. E caso o valor seja positivo, as mesmas variam na mesma direção, sendo diretamente proporcionais (ULYSSES, 1999). Os valores marcados em asterisco não diferem estatisticamente de zero a um nível de 0,05 de significância de acordo com o teste para a correlação de Pearson.

De acordo com (SANTOS, 2007) os valores de correlação de Pearson (r) podem ser interpretados da seguinte forma.

Figura 6 - Interpretação dos valores da Correlação de Pearson

| Valor absoluto do coeficiente de correlação | Correlação |
|---|------------|
| $r=1$ | Perfeita |
| $0,8 \leq r < 1$ | Forte |
| $0,5 \leq r < 0,8$ | Moderada |
| $0,1 \leq r < 0,5$ | Fraca |
| $0 < r < 0,1$ | Ínfima |
| 0 | Nula |

Fonte: Santos, 2007

Quando o valor absoluto do coeficiente for igual a 1, a correlação é perfeita, seja ela positiva ou negativa, entre 0,8 e 1, temos uma correlação forte, entre 0,5 e 0,79, uma correlação moderada, de 0,5 a 0,1 uma correlação fraca e de 0,1 a 0, uma correlação ínfima.

Desta forma verificamos que as variáveis não possuem correlação forte entre si. Contudo, observamos que os domínios da qualidade de vida entre si variam de forma direta, sendo o valor da correlação positivo. A correlação entre o domínio físico e o domínio psicológico e o domínio físico e o índice de qualidade de vida global são, nesta pesquisa, as correlações de maior valor, configurando-se como uma correlação moderada.

7.6 REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA

A regressão, enquanto técnica estatística busca, como a correlação, estabelecer o nível de associação entre duas variáveis. O pesquisador escolhe ou determina qual das variáveis estudadas supostamente sofre o efeito das outras, que será então a variável *dependente*. As outras variáveis que serão incluídas no modelo de regressão serão as chamadas variáveis *independentes*, sendo que uma ou algumas das variáveis independentes serão de particular interesse.

Em nosso estudo, queremos conferir, através da regressão, quais as variáveis que afetam o desempenho (variação) do índice de qualidade de vida e a dimensão psicológico deste índice. Uma vez que cada uma, individualmente em cada modelo, é nossa variável dependente.

As variáveis independentes utilizadas em nosso estudo estatístico são:

- a) Idade, que variou de 21 a 63 anos;
- b) Sexo, variável dicotômica (sexo feminino = 1 ; masculino= 0);
- c) Tempo de atuação como ACS, que variou de 0,166 a 23 anos;
- d) Quantidade de filhos, dos ACS que participaram da pesquisa, variável numérica que variou de zero a 13 filhos;
- e) Estado Civil, desmembrado em variáveis dicotômicas:
- f) Casado/união estável = 1, outro estado civil = 0
- g) Separado/divorciado=1, outro estado civil=0, Viúvo=1, outro estado civil =0
- h) Índice Supercomprometimento, variável numérica, que variou de 1,16 a 4;

O modelo da regressão utilizado pode ser descrito como:

$$Y = \alpha + \beta_1 ER + \beta_2 Idade + \beta_3 Sexo + \beta_4 Casado + \beta_5 Divorciado + \beta_6 Viúvo + \beta_7 Filhos + \beta_8 Escolaridade + \beta_9 RendaFamiliar + \beta_{10} TempodeTrabalho + \beta_{11} OC + \varepsilon$$

Em que Y é a variável dependente, ou seja, o índice de qualidade de vida e a dimensão psicológico (sendo usadas individualmente a cada modelo), α é a constante de cada

modelo, descrita na primeira linha da tabela, os coeficientes β_i são valores desconhecidos a serem estimados e medem o quanto e como cada variável independente influencia a variável dependente, e por fim ε representa o erro aleatório que modela a variabilidade da variável Y.

Foi usada a técnica de regressão linear multivariada uma vez que nos interessa avaliar mais de uma variável dependente. Como as variáveis dependentes são do tipo variável numérica contínua, utilizamos o modelo de regressão do tipo OLS (Ordinary Least Squares, ou dos Mínimos Quadrados Ordinários).

Os modelos estão descritos na próxima tabela. Para as variáveis independentes que demonstraram ter significância quanto ao seu valor preditivo da variável dependente, identificamos o valor de p das mesmas. Tal valor, que sintetiza o resultado do teste de hipótese, quando menor que 0,05, indica que poderemos rejeitar a hipótese nula com margem de erro de 5%, enquanto que um valor de p menor que 0,01 indica a rejeição da hipótese nula com margem de erro de apenas 1%. Assim, nessa tabela ** indica significância estatística a um nível de 0,01 e * a nível de 0,05. O valor entre parênteses são os erros-padrão dos estimadores. Já *** indica significância estatística a um nível de 10^{-10} .

Tabela 12 – Regressão Linear Múltipla. Sobral-Ce, 2012

| | Qualidade de Vida | Psicológico |
|--------------|--------------------|-------------------|
| A | 75,49*** (11,5472) | 85,88*** (8,1171) |
| β_1 | -3,51* (1,5944) | -4,3*** (1,1217) |
| β_2 | 0,19 (0,1869) | -0,12 (0,1314) |
| β_3 | 0,77 (4,2741) | -2,67 (3,0045) |
| β_4 | 1,45 (3,1783) | 0,96 (2,2345) |
| β_5 | 0,08 (6,8199) | 2,31 (4,7941) |
| β_6 | 5,52 (5,6933) | 8,09* (4,0020) |
| β_7 | -0,99 (0,8828) | 0,48 (0,6214) |
| β_8 | 0,20 (1,4577) | 1,94 (1,0255) |
| β_9 | -1,86 (2,2382) | -1,69 (1,5732) |
| β_{10} | -0,57* (0,2454) | -0,27 (0,1721) |
| β_{11} | -3,77 (2,2733) | -2,48 (1,5986) |

*p<0,05 **p<0,01 ***p< 10^{-10}

Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa

Os dois modelos descritos analisam, enquanto variável dependente, tanto o índice de qualidade de vida quanto à dimensão psicológica, individualmente, perante as variáveis independentes descritas anteriormente.

Neles, o coeficiente β_1 , referente à variável “Índice Esforço-Recompensa” foi estatisticamente significativo e negativo. Isso sugere que o aumento no desequilíbrio esforço-recompensa provoca uma redução no índice de qualidade de vida. A variável “tempo de trabalho” é estatisticamente significativa a um nível de 1% e negativo. Já para a dimensão psicológica, o coeficiente da variável “Viúvo” mostrou-se estatisticamente significativo a um nível de 1% e positivo.

O teste F para a não nulidade dos coeficientes, como o nome já diz, indica a um determinado nível de significância se a hipótese de todos os coeficientes serem nulos é razoável. Para a regressão cuja variável dependente é a dimensão psicológica do índice QV o modelo foi estatisticamente significativo, isto é, a regressão é válida. Porém, para o modelo cuja variável dependente é o índice QV, não rejeitamos a hipótese de serem todos os coeficientes iguais a zero a um nível de 5% de significância e esse modelo não deve ser usado. A um nível de 10% de significância esse modelo poderia ser usado sem problemas.

Por precaução, utilizamos um procedimento para seleção de variáveis independentes que fornece um modelo melhor quando a variável dependente for QV. Esse procedimento está implementado na função `step` do R e mostra o seguinte modelo como a melhor opção:

$$QV = \alpha + \beta_1 ER + \beta_2 \text{TempoDeTrabalho} + \beta_3 OC + \varepsilon$$

Para esse modelo as estimativas estão expostas na próxima tabela.

Tabela 13 – Regressão Linear Múltipla do Modelo Ajustado. Sobral-Ce, 2012.

| | Estimativa | Erro-padrão |
|-----------|------------|-------------|
| α | 79,52 | 6,37 |
| β_1 | -3,53 | 1,56 |
| β_2 | -0,42 | 0,19 |
| β_3 | -4,04 | 2,19 |

Fonte: Elaboração Própria com base em dados da Pesquisa

Todos os valores foram estatisticamente significante a um nível de 5%. Assim, de todas as variáveis descritas nesse modelo (que influenciam de forma negativa o índice de qualidade de vida) o supercomprometimento (β_3) demonstrou maior influencia (valor absoluto) sobre o referido índice.

No próximo capítulo, no item correspondente, elucidaremos alguns aspectos das variáveis que se apresentaram significância estatística em cada modelo.

8. DISCUSSÃO

8.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Percebemos a predominância de mulheres em nossa amostra, representando 90,52% dos mesmos, quando analisamos a variável *sexo*. Na população de ACS de Sobral temos também esta proporção entre homens (11,59%) e mulheres (88,41%).

Estudos como de Simões (2009), Ferraz e Aerts (2005) e Rosa, Cavichioli e Brêtas (2004) e Theisen (2004) confirmam essa tendência de predominância de mulheres como ACS enquanto que no estudo realizado por Gomes *et.al.* (2009) as mulheres foram a totalidade de ACS.

Este fato traz importantes reflexões sobre as consequências da atuação e relações laborais pertinentes às atividades desenvolvidas pelos ACS. De acordo com Labor, Labor e Labor (2004) a concepção histórica do trabalho dos ACS concentrou-se na valorização e utilização das potencialidades do papel feminino no âmbito comunitário. Além de gerar renda em comunidades pobres, as mulheres tidas como líderes foram responsabilizadas pelo cuidado com o estado de saúde, principalmente de mulheres e crianças dessas comunidades.

De acordo com (KANAPIK, 2004), é ainda no período do neolítico, com a sociedade comunal, que surge a divisão sexual do trabalho, ficando relegada a mulher o papel de cuidar da casa e dos filhos, preparar a comida e fabricar objetos de cerâmica. É da observação do ambiente pelas mulheres que se instala a agricultura de subsistência. É importante assinalar que esta divisão de tarefas, à época, não causava desigualdade social.

Na idade média, o trabalho feminino, assim como o infantil, é assinalado inicialmente, com o modo de produção marcado pela servidão, onde o espaço físico destinado ao trabalho era o lar. O trabalho desempenhado tinha como objetivo a subsistência da família e lucratividade do dono da terra (KANAPIK, 2004).

O fator marcante da saída do trabalho feminino do lar é a Revolução Industrial, com o emprego das habilidades femininas precisas em atividades que requeriam paciência e delicadeza. De acordo com Theisen (2004), muito embora haja ocorrido a expansão do trabalho feminino a

partir de então, o mesmo é precarizado, caracterizado por maior informalidade e desnível salarial mais acentuado que o trabalho masculino.

A desvalorização do trabalho feminino ainda relaciona-se com o fato da mulher ser tida como reprodutora do núcleo familiar, desempenhando serviços e atividades consideradas de pouco valor de mercado, justificando a marginalização do trabalho predominantemente feminino, tais como a enfermagem (THEISEN, 2004).

O acúmulo de papéis e a responsabilização do cuidado do lar às mulheres culmina na dupla jornada de trabalho. Devido à construção social da imagem das mulheres como seres dóceis, frágeis e capazes de suportar adversidades emudecidas fazem com que o ideário de dominação e exploração seja fortalecido no trabalho desenvolvido pelos ACS. Existe, portanto dupla opressão, exploração e discriminação em trabalhos de demandas de diferentes naturezas (THEISEN, 2004). Vidal e Silvany Neto (2009) referenciam a associação entre a dupla carga de trabalho e piores condições de saúde entre as mulheres.

Seligmann-Silva (2011) enumera aspectos importantes do trabalho feminino. A vida cotidiana, com esforço para atender as necessidades patronais e demandas familiares, o duplo enfrentamento (no lar e trabalho) contra o preconceito (mesmo que velado e inerente à organização societária) e o aumento da competição interna nos ambientes de trabalho faz com que a sobrecarga esteja presente mais acentuadamente no trabalho feminino o que pode acarretar em adoecimento e desgaste psíquico, com conseqüente redução da qualidade de vida.

As formas de enfrentamento constituem em organização e alianças no intuito de construção de solidariedade entre as mulheres, verificando movimentos organizados de garantia de direitos.

A variável *faixa etária* foi escalonada em intervalos de 5 anos, sendo predominante a faixa etária entre 31 a 35 anos, representando 20, 69% dos participantes. A amostra de Simões (2009) difere da nossa uma vez que há pouca variabilidade da idade (entre 23 e 27 anos) justificada em partes pela implantação recente da Estratégia Saúde da família no município em análise, com seleção há menos de 2 anos dos ACS. No estudo de e Rosa, Cavichioli e Brêtas (2004) os participantes da pesquisa possuem idade entre 20 e 30 anos. O município de análise encontrava-se em transição entre o modelo do PACS para a Estratégia de Saúde da Família.

Já no estudo de Ferraz e Aerts (2005) a amostra analisada de ACS encontra-se distribuída, no quesito faixa etária, como a do nosso estudo, sendo que na faixa etária entre 30 e

39 haviam 33,3% dos participantes daquela pesquisa. O município analisado, Porto Alegre, teve suas primeiras equipes de saúde da família implantadas no ano de 1996 e afirmam que o trabalho foi inicialmente realizado por pessoas de mais idade.

A mesma faixa etária (30 a 39 anos) é predominante no estudo de Gomes *et.al.* (2009) correspondendo a 63,6% da amostra analisada. Para esse estudo não foi informado a data de implantação da ESF, porém com o tempo de atuação como ACS para 72,7% das participantes da pesquisa foi maior que 5 anos e a coleta de dados tenha ocorrido em novembro de 2008, consideramos que a estratégia esteja implantada no mínimo desde 2003.

Assim, observamos que quanto mais recente a implantação da ESF nos municípios maior a tendência da população de ACS ser mais jovem. Isto se deve ao fato da natureza do trabalho do ACS já ser conhecida, bem como a necessidade, desde 2002 com a implantação da lei n. 10.507, ser pré-requisito para o trabalho como ACS o nível fundamental completo. Sabemos da dificuldade de acesso dos mais idosos ao ensino na idade certa e a procura discreta dos mesmos pelo ensino formal depois da idade tida como escolar. Outro fator que pode estar relacionado ao fato de se ter predomínio de adultos jovens reside na ampliação das ações do ACS para zona urbana (MOTA, DAVI, 2010).

Como a implantação do PACS em Sobral é datada de 1992, explica-se o fato de 73,71% dos participantes da pesquisa apresentar idade maior que 30 anos.

A *escolaridade* foi dividida categoricamente em anos de estudo e cada faixa de ano estudado representa o nível de ensino, a saber: de 1 a 5 anos representa ensino fundamental incompleto, de 6 a 13 anos representa o ensino fundamental completo, de 14 a 16 representa o ensino médio (completo ou incompleto) e acima de 17 anos representa ensino técnico/superior (completo ou incompleto).

Entendemos que os cursos de ensino médio e técnico se configuram igualmente como nível médio de ensino, porém optamos por deixá-los em separado, já que o ensino técnico confere algum grau de diferenciação a esse trabalhador com relação à formação específica e profissionalização.

Verificamos que a maioria dos participantes da pesquisa (42,24%) já iniciou ou concluiu ensino técnico ou superior. Contudo ainda 25,43% dos participantes informaram não ter cursado ensino médio, o que nos apresenta a possível ausência de inteligibilidade deste quesito do

questionário ou mesmo se esses ACS não estão cumprindo prerrogativa do Ministério da Saúde em que o ACS deverá possuir o ensino fundamental completo, previsto pela Lei 10.507/2002.

Ferraz e Aerts (2005), Gomes *et.al.* (2009) e Mota e Davi (2010) confirmam essa tendência na escolaridade dos ACS. São estes autores que tecem discussão acerca de como a escolaridade pode ser vista frente à profissão de ACS.

Relembrem que historicamente os ACS são provenientes de camadas populares que tem como objetivo melhorar as condições de vida. Muito embora não necessariamente a escolarização possa vir a garantir tal objetivo, tendo importante valor na ascensão social e profissional. Além disto, o acesso a novos conhecimentos e saberes por meio das capacitações requer educação permanente durante a atuação destes profissionais, configurando-se como possibilidade de retomada dos estudos, parados anteriormente. Lembremos-nos do fato que, inicialmente, a escolaridade requerida aos ACS era saber ler e escrever (MOTA, DAVI, 2010).

Previsto na Lei 11.350/2006, as atividades formativas dos ACS ainda estão longe de serem implantadas logo quando os mesmos iniciam seu trabalho. Irão de encontro à comunidade que residem ainda desprovidos de saberes científicos necessários ao trabalho. A percepção demonstrada em alguns artigos de desvinculação do trabalho do SUS reflete, além de ausência de capacitações e cursos introdutórios, uma postura inerte e ausência de atitudes transformadoras (OLIVEIRA, NACHIF, MATEUS, 2003; HIDELBRAND, SHIMIZU, 2008; KOYASHIKI, ALVES-SOUZA, GARANHANI, 2008).

A ausência deste processo de capacitação e educação permanente constitui-se fator determinante da contínua dualidade entre comunidade e equipe, entre conhecimento empírico e científico nas ações desenvolvidas pelos ACS no âmbito da Atenção Primária à Saúde (ZANCHETA *et.al.*, 2005; MOROSINI, CORBO, GUIMARÃES, 2007; MARTINES, CHAVES, 2007).

Esta dualidade tem origens em seus aspectos mais singulares uma vez que sendo da comunidade o ACS é também profissional de saúde. De acordo com Nunes *et.al.* (2002) o destaque que o indivíduo tem quando se imbuí do papel de ACS confere-lhes orgulho pela possibilidade de diferenciarem o saber popular do científico. Contudo, como nos lembra Junges, Mazari e Selli (2008) é importante que o fator origem comunitária seja uma constante no trabalho do ACS e sempre valorizado pela política de saúde e principalmente pelos profissionais que atuam em conjunto com os ACS.

O Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde foi publicado em 2004, propondo para a formação do ACS além do módulo de Educação Básica. Há a expectativa que a partir do processo de educação continuada o ACS consigam aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade e avancem em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente (LIMA, COCKELL, 2008/2009).

É válido ressaltar que no Ceará, por meio da Escola de Saúde Pública (ESP) e Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia, o curso para formação do Técnico Agente de Saúde iniciou em 2004, com a proposta de curso com carga horária de 1800 horas, dividida em 3 etapas formativas. Pela ESP foi garantida a etapa formativa I (Qualificação Básica), sendo dada continuidade com a etapa formativa II a partir de março de 2010 para os 660 ACS de Fortaleza. Até o ano de 2010, a ESP qualificou 11.789 ACS do Ceará.

Quanto ao *estado civil* os participantes são predominantemente casados (61,21%) sendo que a maioria (71,98%) possui pelo menos um filho. Ferraz e Aerts (2005), Gomes *et al.* (2009) e Simões (2009) confirmam a tendência de nosso estudo onde a maioria dos participantes possui companheiro (65,52%). Quanto ao *número de filhos* o estudo de Simões (2009) demonstra a mesma tendência da nossa pesquisa, com concentração de 1 a 3 filhos (69,3%), bem como o estudo de Ferraz e Aertz (2005) com 70,2% dos ACS possuindo de 1 a 3 filhos.

Canezin (2004) descreve o papel do casamento quanto à submissão das mulheres. Ilustra que na Grécia Antiga o único direito resguardado às mesmas era o casamento e maternidade. A partir disso, e somente após, passam a existir em registros e perante a sociedade grega. O casamento representava uma componente de socialização voltada aos interesses de sobrevivência econômica e política, sendo um dever do homem, mesmo tolhido em sua liberdade, dar filhos ao estado (WAGNER, 2005).

É somente a partir do século XVIII que se é instituída a ótica de troca amorosa e de satisfação sobre o casamento e a partir do século XIX há abertura para escolha dos jovens sobre seu parceiro, o que outrora não lhes era permitido (WAGNER, 2005).

Já transportando a discussão para a sociedade brasileira, a autora relembra que a cidadania da mulher foi tão somente adquirida a partir de 1932. Em 1977 foi instituído legalmente o divórcio e a visão de mulher “desquitada” enquanto despudorada e motivo de

vergonha vem sendo modificada. O jugo marital assim vem sendo rompido culminando em reconhecimento de igualdade entre homens e mulheres na Constituição de 1988 (CANEZIN, 2004).

Existe hoje, entretanto, o que Wagner (2005) denomina de crise do casamento contemporâneo, devido à idealização dos parceiros e grande demanda atrelada aos mesmos (companheirismo, afetuosidade, realização sexual, amizade, oportunidade de desenvolvimento emocional e manutenção de autonomia individuais) fazendo com que haja um crescente número de divórcios atualmente. Contudo, para os participantes de nossa pesquisa, aparentemente esta crise não foi instalada.

A discussão neste ponto nos remete a questão de sistema de valores. Este é considerado como ordenação e classificação de valores éticos, estéticos e ideológicos que determinam as ações e decisões de sujeitos, grupos ou sociedades. A cultura, portanto é um sistema de valores compartilhado por sujeitos e se conforma um sistema de valores da sociedade. Ainda podemos observar que coexistem na mesma sociedade um sistema de valor idealizado e ou percebido, onde o primeiro diz respeito aos valores que são melhores e deveriam ser aplicados. Já o segundo consiste no que de fato é aplicado (APPELL-SILVA, ARGIMON, WENDT, 2011).

Diante do exposto, a cultura construída é de valorização da mulher casada diante da sociedade, muito embora que, idealmente, tanto solteiros e casados, homens e mulheres sejam iguais perante a lei. No sistema de valores percebido, praticado, ainda existe um “ranço” deixado por aquelas mulheres que não se casam na faixa etária tida como adequada, que não praticam a maternidade.

Se se transpõe a discussão para dados da nossa pesquisa verificamos que, quer seja por idealização individual, quer seja por pressão da sociedade, os ACS, em sua maioria mulheres, estão casados. Fato que pode inclusive interferir de forma positiva na execução de suas atividades laborais, onde são reconhecidas como indivíduos merecedores de apreço e estima por estarem dispostos a contribuir com os valores da sociedade onde se inserem.

Quanto à *renda familiar* é curioso verificar que 27,16% das famílias dos participantes possuem uma renda inferior a um salário mínimo, proporção semelhante àquela encontrada por Ferraz e Aerts (2005). Este fato está intrinsecamente relacionado à discussão da divisão sexual do trabalho, com a desqualificação inclusive recaindo sobre a remuneração do trabalho da mulher (SELIGMANN-SILVA, 2011).

A renda é tida como instrumento utilizado para o suprimento não só das necessidades básicas humanas (alimentação, vestuário, moradia, dentre outras) como também garantem acesso a elementos como a tecnologia, informação e lazer. A falta de renda compromete não só as condições de vida das pessoas, mas também o desenvolvimento econômico. Os problemas gerados pelo acesso restrito a renda demonstra característica de sistemas sociais que negam o usufruto pleno de todos os aspectos do contexto social (trabalho, saúde, educação dentre outros) (THESEN, 2004).

Moreno *et.al.* (2004) enfatizam que aspectos como pobreza, ausência de lazer, de opções de trabalho e geração de renda contribuem para baixa autoestima e falta de perspectiva, o que somada a possíveis sobrecargas podem desencadear processos patológicos. Sampaio e Messias (2002) afirmam que na relação existente entre acumulação de esquizofrenias e psicoses na classe social baixa deve ser considerado o fator de opressão que recai sobre a mesma.

Legalmente, nenhum funcionário público, independentemente de vínculo empregatício pode ganhar menos de um salário mínimo. Verificamos, quando da aplicação dos questionários na Assembleia Geral dos ACS que surgiram dúvidas quanto ao real valor ganho pelos ACS, conformando ausência de uniformidade do valor pago.

8.2 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O trabalho dos ACS foi sumariamente caracterizado por meio de aspectos relevantes ao estudo e as variáveis são descritas na tabela a seguir.

Observamos a predominância de participantes da pesquisa que atua na zona urbana do município de Sobral (64,22%). Na população de ACS atuante no município verificamos que 73,85% são lotados em Centros de Saúde da Família da zona urbana. Assim temos que nossa amostra conseguiu significativa participação dos ACS da zona rural, demonstrando um maior percentual na pesquisa (35,78%) que na população (26,15%).

Mesmo que o acesso aos ACS da zona urbana seja facilitado, a estratégia de coleta de dados garantiu que os ACS da zona rural participassem da pesquisa. Verificamos que é na zona rural onde existem maiores índices de participação de ACS por equipe, chegando a 100% dos ACS vinculados a equipes de saúde da família. Já para a zona urbana, esse índice cai para 83,33%.

Esta distribuição não é a mesma encontrada no estudo de Gomes *et.al.* (2009) com predominância da lotação dos ACS na zona rural. Refere ainda que 36,4% trabalham em zona rural e urbana.

Martines e Chaves (2007) escrevendo sobre vulnerabilidade do ACS ao sofrimento revelam o fator decisivo que a violência urbana tem nesse processo. É principalmente no cenário urbano onde são mais perceptíveis a falta de acesso a emprego e renda da população e suas repercussões negativas sobre a saúde e trabalho dos ACS. Reside aqui a dificuldade do ACS em lidar com as limitações socioeconômicas da comunidade, situações de violência interpessoal e drogadição (BORNSTEIN, STOTZ, 2009).

Jardim e Lacman (2009, p.129) ilustram bem a repercussão da violência local e falta de segurança em uma fala: “o povo da favela quer matar o ACS porque o paciente morreu esperando a consulta. Imaginou isso, tenho filho e estuda na mesma escola que os filhos deles!” Assim existe o medo de alguns usuários saberem onde os ACS moram sendo que, em alguns casos, há necessidade de intervenção da Polícia ou do Conselho Tutelar.

Dessa forma alguns estudos mencionam a possibilidade de sofrimento e vulnerabilidade dos ACS a doenças mentais e distúrbios psicológicos menores (ZANCHETA *et.al.*, 2005; SIMÕES, 2009; JARDIM, LANCMAN, 2009; OLIVEIRA *et.al.*, 2010).

Muito embora haja a situação de violência e insegurança real gerada em comunidades urbanas marginalizadas como favelas, imaginar que o trabalho do ACS na zona rural seria um “mar-de-rosas” é extremamente equivocado. Foi-nos relatada inclusive, durante a aplicação dos questionários, a necessidade de mudança de localidade de uma ACS, que já estava sendo acometida de depressão, devido à alta cobrança da comunidade.

Oliveira *et.al.* (2010) revela, usando a técnica de análise do discurso do sujeito coletivo, algumas particularidades do trabalho na zona rural, como a dificuldade de transporte em caso de doença de alguma pessoa da comunidade, recaindo a responsabilidade maior sobre o ACS, bem como o transporte dificultado dentro da área, com espaçamento entre as famílias. Já Gomes *et.al.* (2009) relata fala sobre a dificuldade de se locomover para tão longe e não encontrar a família em casa para fazer a visita, ficando por vezes sem visita naquele mês.

Quanto à origem do *vínculo empregatício*, excetuados os sete participantes da pesquisa dos quais não foi possível verificar a origem do mesmo, temos que a maioria dos participantes tem contrato com o município de Sobral (55,11%). Como mencionado

anteriormente, tais ACS não são trabalhadores efetivos possuidores de estabilidade no emprego, o que torna frágil e precarizado o vínculo dos mesmos.

Mota e Davi (2010) ponderam, entretanto, que trabalhar próximo à residência com a possibilidade de acompanhamento do cotidiano familiar, principalmente dos filhos, pode-se configurar vantagem que se sobressai à precarização de vínculos empregatício e baixo salário.

O contrato do ACS como autônomo é firmado via AASS, como em regime de cooperativa, que realiza em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde a seleção dos ACS. Como forma de sanar parcialmente tal fato está sendo viabilizada, por meio jurídico, negociação entre a AASS e Prefeitura Municipal de Sobral, a efetivação dos ACS que foram selecionados desde 2005.

A especificidade da institucionalidade do trabalho do ACS vem sendo relatada por vários estudos. Lima e Cockell (2008/2009) relatam as múltiplas formas de seleção do ACS, a saber: concurso público, concurso simplificado, indicação, termo de adesão, seleção popular, dentre outras. São os autores que apontam a ocorrência de problemas para gestão do trabalho e para os ACS devido à multiplicidade de vínculos institucionais, acarretando incertezas e conflitos.

Oliveira *et.al.* (2010) afirmam que a falta de vínculo institucional efetivo dos ACS no município está relacionado a limitações do trabalho do ACS tanto com a comunidade quanto com a equipe. Há a urgência de se criar dispositivos que resultem em legitimação e fortalecimento da dimensão política deste profissional.

Assim, Nogueira, Silva e Ramos (2000) relacionam os possíveis vínculos, suas vantagens e desvantagens. Afirmam ainda que, diante das particularidades do trabalho do ACS, que não pode ser engessado na estrutura burocrática do município e deve ter seus direitos trabalhistas garantidos, o contrato dos ACS devem ser, preferencialmente, realizado por entidades privadas não lucrativas como empregados celetistas mediante convênios com a Secretaria de Saúde do município.

Acreditam que muito embora haja dificuldades para implantação desta proposta justificada pela imaturidade da base institucional da sociedade civil, ainda se configura como importante para a potencialização entre a relação estado e comunidade por meio do ACS (NOGUEIRA, SILVA, RAMOS, 2000).

A discussão promovida pelos autores é pertinente, contudo lembramos que a flexibilização do trabalho perpassa pelo desmatelamento do Estado e de sua capacidade de organização laboral de seus trabalhadores. Como bem assinalam, as desvantagens do modelo de contratação do ACS como autônomo, praticado pelo município de Sobral, diz respeito à ausência de garantia dos direitos trabalhistas.

Mediante o desafio assinalado para o terceiro modelo de vinculação institucional sugerido, acreditamos ainda ser de suma importância o ACS ser empregado público, quer seja municipal ou estadual, para consecução de direitos trabalhistas e maior estabilidade empregatícia, desenvolvendo com segurança e continuidade suas atividades laborais.

O *tempo de atuação* como ACS foi categorizado em faixa de 5 anos e observamos que há uma ligeira predominância (25,43%) do tempo de atuação entre 6 e 10 anos. A maioria dos participantes (75, 86%) está atuando como ACS há até 15 anos, período que foi implantada a Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral.

Os estudos de Simões (2009) e Mota e Davi (2010) revelam dados diferente daqueles de nossa pesquisa, com predominância de ACS atuando nos municípios com menos de 2 anos. Tal fato deve-se, aparentemente, por apresentar alta rotatividade, com a permanência dos ACS na função por apenas 4 a 7 anos, e implantação recente da ESF.

É válido ressaltar que no estudo de Mota e Davi (2010) onde foi percebida a alta rotatividade dos ACS, a faixa etária dos mesmos é comparada ao de nosso estudo. Contudo, os autores, verificando a procura dos ACS de sua pesquisa por estudo em outras áreas (inclusive cursos de graduação) indagam acerca da atuação do ACS enquanto uma carreira ou alternativa temporária.

Algo que pode justificar inclusive a predominância dos participantes em nossa pesquisa atuando até 15 anos como ACS, além da implantação tanto do PACS quanto da ESF ocorrida precocemente em Sobral, as dificuldades de inserção no mercado de trabalho formal pode estar contribuindo para a permanência dos ACS nesta profissão.

Já quanto às *atividades laborais desenvolvidas* pelos ACS a totalidade realiza visita domiciliar, uma vez que a mesma é o instrumento pelo qual se realiza o processo de trabalho do ACS. Somente 18,54% dos ACS informaram realizar exclusivamente visita domiciliar. Contudo as demais demandas que são originadas da Visita Domiciliar, tais como organização de cadastro (ficha A) não é realizada (ou percebida) como atividade laboral por 9,05% dos participantes da

pesquisa. O preenchimento da Ficha A é indispensável para o processo de trabalho do ACS e acompanhamento das famílias.

O ACS tem como funções de realizar o mapeamento da área de atuação, cadastramento das famílias de seu território, identificação de situações de risco, realização de ações básicas de saúde, promoção da educação à saúde, encaminhamento e acompanhamento da referência a outros serviços visando à proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Deve realizar mobilização comunitária para ações de saneamento e melhoria do meio ambiente tendo em vista a formação de conselhos locais de saúde. Orienta as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, informar os demais membros da equipe acerca da dinâmica social da comunidade, já que o é sabido a rede social em que está inserido. Participa inclusive do processo de programação e planejamento local das ações com vistas à superação dos problemas identificados (FERRAZ, AERTS, 2005; HIDELBRAND, SHIMIZU, 2008; GOMES *et al.*, 2010).

Para tanto desenvolvem ações, diferindo-as basicamente em trabalho propriamente dito e atividades burocráticas. Optou-se descrever as atividades desenvolvidas e mencionadas dessa forma uma vez que, pelas representações sociais dos ACS de alguns estudos, os mesmos não consideram como próprios as ações gerenciais e de planejamento do trabalho. O cuidado, a promoção da saúde e prevenção de doenças são objetivos primordiais dessa categoria, identificando, encaminhando, orientando e acompanhando as famílias (OLIVEIRA, NACHIF, MATHES, 2003; FERRAZ, AERTS, 2005; MOROSINI, CORBO, GUIMARÃES, 2007; MARTINES, CHAVEZ, 2007; BODSTEIN, STOTZ, 2008).

Abordando as atividades diárias, Gomes *et al.* (2010) mencionam que apesar de não haver uma média preconizada de visitas domiciliares, instrumento básico de trabalho do ACS, e de acordo com a Portaria 648/2006 o agente de saúde precisa acompanhar mensalmente as famílias pelas quais é responsável. Já Ferraz e Aerts (2005) mencionam que o número de visitas preconizado é de, no mínimo, oito por dia. Subentende-se assim que se haja ao menos uma visita por mês a cada família.

Bodstein e Stotz (2008) relatam a necessidade de planejamento do processo de trabalho. Neste intuito, Ferreira *et al.* (2009) relatam que dispositivos como a criação de rotinas e escalas são bem vindos, apesar de inexistentes. Em alguns casos, e devido ao número elevado de famílias por Agente Comunitário de Saúde, realiza-se priorização das famílias a serem visitadas,

por grupos reconhecidos como mais vulneráveis (crianças, gestantes e idosos portadores de hipertensão e diabetes, por exemplo). Demonstra-se que o processo de planejamento, apesar de considerar a vulnerabilidade da população, ainda está direcionado a uma concepção biologicista.

Pertinente a tal discussão, a ausência de conhecimentos específicos e socialmente aceitos para o trabalho do ACS no que tange a abordagem à família e situações precárias de vida da população a quem assiste, faz com que as ações dos mesmos sejam pautadas no senso comum e na religiosidade. Outro fator importante diz respeito à incompreensão de instrumentos existentes, tais como o Sistema de Atenção Básica e relatórios decorrentes, reduzindo sua capacidade de planejar o trabalho desenvolvido, sendo até considerado como um obstáculo ao mesmo (MARTINES, CHAVEZ, 2007; BODSTEIN, STOTZ, 2008).

Já o trabalho coletivo de educação em saúde (sessão educativa) não é realizado uniformemente pelos participantes da pesquisa, sendo que 28,03% não a realizam. As informações coletivas são tão importantes quanto às orientações individuais e sua ausência no cotidiano do ACS pode refletir tanto despreparo insegurança e mesmo ausência de rotina implantada pela equipe de saúde da família. Isso, por sua vez pode demonstrar certa fragilidade no incentivo à promoção à saúde.

A educação em saúde, individual e coletivamente realizada, tem sido um ponto crítico no trabalho do ACS. A mediação que possibilita que a informação técnico-científica seja inteligível à comunidade faz com que o ACS utilize as tecnologias leves e leve-duras para alcançar tal objetivo de ação. A relação, travada entre a comunidade e o agente de saúde, em espaço domiciliar, não público, requer capacidade de criação de vínculo. Os mesmos reconhecem que a ausência de local para realização das palestras apresenta-se como um entrave para a plena realização de suas atividades laborais com as famílias (OLIVEIRA, NACHIF, MATHES, 2003; MARTINES, CHAVEZ, 2007; KOYASHIKI, ALVES-SOUZA, GARANHANI, 2008).

Apesar de ter o foco na família, a atitude observada não somente no desenvolvimento das atividades do ACS como também de todos os membros da estratégia Saúde da Família, desconsidera a dinâmica familiar sendo que tanto as ações educativas/preventivas quanto as curativas são pautadas no saber biomédico (GOMES *et.al.*, 2010).

De acordo com Martines e Chaves (2007) e Koyashiki, Alves-Souza, Garanhani (2008) quando tomadas, as iniciativas educativas são pontuais e nos parecem prescritivas, não

considerando a vivência dos mesmos na comunidade, refletindo saberes existentes ainda insuficientes para “dar conta” da natureza do trabalho do ACS.

Outro fator importante relativo às atividades desenvolvidas diz respeito à organização dos prontuários. É sabido que a cada entrada de novas famílias nas microáreas, o prontuário familiar deve estar disponível no Centro de Saúde da Família para que os membros da mesma possam ser atendidos de forma a haver continuidade do cuidado.

Em alguns Centros de Saúde da Família, os atendentes do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), onde é realizado a guarda e conservação dos prontuários, são responsáveis exclusivos pela organização dos prontuários familiares o que, para 47,41% dos participantes da pesquisa é uma realidade. Os demais realizam organização de prontuário, mesmo em caráter complementar às ações do SAME.

Bodstein e Stotz (2008) reafirmam que as atividades burocráticas são vistas pelos ACS como fator impeditivo para realização do principal trabalho, que é a orientação e acompanhamento da família. A necessidade de remarcar consultas quando, por exemplo, o médico falta, garantia de acesso a medicamentos e consultas especializadas, bem como a interface com outros projetos e programas que não são estão relacionados diretamente com suas funções trazem, além da sobrecarga de trabalho, a descrença do ACS frente à comunidade onde e para quem trabalha.

Retornando a análise específica da tabela de nossa pesquisa, 40,51% dos participantes da pesquisa, realizam todas as atividades listadas no questionário. Somente 6,46% dos participantes relataram realizarem outras atividades para além de todas listadas, tais como grupos de caminhadas e organização de livro de puericultura.

8.3 ESFORÇO E RECOMPENSA NO TRABALHO

Muito embora o esforço apareça com média menor que a média da recompensa, o índice apresenta um valor maior que 1,00 o que representa desequilíbrio entre o esforço despendido e a recompensa recebida devido ao fator de correção necessário ao cálculo do índice esforço-recompensa. O fator, como visto anteriormente, é utilizado para compensar a diferença de itens entre as escalas.

Assim, verificamos que a média na pontuação do índice esforço recompensa demonstra que os participantes da pesquisa apresentam um desequilíbrio quanto ao esforço despendido e recompensa para o trabalho, com desvio padrão de 0,77. Contudo verificamos que dentre as dimensões analisadas, este índice é o que apresenta maior variabilidade de valores, tendo como valor mínimo entre os participantes índice de 0,39, e valor máximo de 6,00.

Verificamos uma distribuição considerada normal do escore em análise, com maior amplitude entre o valor mínimo (1,16) e a média (2,79) que entre o valor máximo (4,00) e a média. Contudo, a quantidade de participantes da pesquisa encontra-se concentrada a direita da média, demonstrada pelos altos valores da curva.

Há, desta forma, 125 participantes da pesquisa, correspondente a 53,90% dos mesmos com escores acima de 2,79, correspondendo a um alto supercomprometimento com o trabalho e 46,10% dos participantes (107 indivíduos) abaixo da média, apresentando baixo supercomprometimento, conforme tabela a seguir.

De acordo com Souza *et.al.* (2011) a validação da escala em estudos brasileiros tem demonstrado bom desempenho do instrumento, tais como o de Silva e Barreto (2010) e Chor *et.al.* (2008) já mencionados anteriormente.

Contudo, e apesar das várias versões validadas para o português, observamos ainda ser escassa a utilização deste instrumento no Brasil, especificamente em sua versão de 23 itens, fazendo com que se torne difícil a comparação de achados entre os estudos. Como informação adicional, apresentamos a seguir breve análise entre os achados do nosso estudo e daqueles que tivemos acesso, quer seja em âmbito nacional ou internacional.

Souza (2009) e Souza *et.al.* (2011) estudaram os 161 trabalhadores homens em companhias de alta tensão da Bahia e Sergipe quanto a associação entre transtornos mentais comuns e aspectos psicossociais do trabalho. Apesar de haver um supercomprometimento com o trabalho em 52,17% dos trabalhadores, somente 8,9% apresentaram desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho. Relata ainda que em outros estudos a prevalência para este item é comparável com o achado de sua pesquisa, inclusive o de Silva e Barreto (2010).

Já para Inoue (2010) que analisou o esforço e recompensa de 709 trabalhadores homens do subúrbio de Tóquio, comparando o estresse laboral com o estilo de vida, sintomas subjetivos e índice de massa corporal, utilizando a mesma escala de nosso estudo, verificou que

para os participantes que possuíam altos escores de desequilíbrio entre esforço-recompensa estava associado a existência de sintomas subjetivos e obesidade.

Estudo realizado na Noruega teve como objetivo validar a versão da escala para aquele país aplicando a escala em uma população de 1803 empregados municipais de um município de médio porte. Teve como resultado que aqueles participantes da pesquisa que tinham valores elevados tanto de desequilíbrio entre esforço e recompensa, quanto de supercomprometimento apresentaram escores de saúde mais desfavoráveis. Para esta população as duas variáveis foram inversamente proporcionais (LAU, 2008).

Analisando 1896 empregados de empresas belgas, Godin *et.al.* (2005) verificaram, a associação entre baixa saúde mental e alto estresse ocupacional, encontrando entre homens altas taxas de estresse de início recente influenciando a saúde mental e, entre mulheres, estresse acumulado.

Percebemos, diante dos resultados expostos anteriormente, que **53,44% dos participantes da pesquisa apresentaram desequilíbrio entre o esforço e a recompensa no trabalho**. Nesta parte da amostra não houve variação entre homens que demonstraram equilíbrio e aqueles de demonstraram desequilíbrio. O mesmo ocorreu com as mulheres. Observamos, quando comparamos os grupos, um discreto aumento do número de homens que não possuem equilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho.

Esse achado difere da pesquisa de Vasconcelos (2005) e Vasconcelos e Guimarães (2009) que, estudando profissionais da área de enfermagem, verificou que há uma tendência maior de homens apresentarem desequilíbrio esforço-recompensa que as mulheres. Apesar de não ser a mesma profissão analisada, lembremos que tanto na enfermagem quanto em agentes comunitários de saúde há predominância de mulheres trabalhadoras, o que aproxima as duas categorias profissionais neste aspecto de análise.

Já Martins (2005) analisando militares homens que trabalhavam na manutenção de aeronaves, verificou que os mesmos não apresentaram predominantemente, índices de supercomprometimento com trabalho, sendo somente 10% da população estudada (82 profissionais) e somente 33% apresentaram desequilíbrio entre esforço e recompensa. Tais achados podem residir na formação militar voltada para enfrentamento de situações adversas. A pesquisa utilizou a primeira versão validada para o português (versão longa).

Silva (2008) analisando o trabalho de enfermagem em um hospital universitário constatou que, em uma amostra de 696 trabalhadores de enfermagem (87,8% mulheres) apenas 7,8% apresentavam desequilíbrio entre esforço e recompensa, com 41,2% apresentando alto comprometimento com trabalho. A pesquisa utilizou a escala validada por Chor *et.al.* (2008).

Dentre trabalhadores (médicos e enfermeiros) de UTI, Fogaça *et.al.* (2010) avalia que em uma amostra predominantemente feminina para ambas as profissões, apresentaram altos índices de desequilíbrio entre esforço e recompensa.

Quanto à *faixa etária*, observamos que há, entre os participantes que apresentaram equilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho, predominância da faixa etária entre 31 a 35 anos (20,37%), enquanto que para aqueles que demonstraram desequilíbrio a faixa etária predominante é de 26 a 30 anos (22,58%). É nesta faixa etária (26 a 30 anos) que reside a maior diferença de pontos percentuais (7,77%) entre os grupos, para o desequilíbrio. Já a faixa etária de 41 a 45 anos apresenta diferença de 7,3% entre os grupos para o equilíbrio.

Os estudos que utilizaram o modelo ERI analisados não descrevem a variável faixa etária diferida entre grupos. Contudo, há predominância de faixa etária entre 30 a 40 anos nos estudos de Martins (2005), Vasconcelos (2005), Godin *et.al.* (2010) e Fogaça *et.al.* (2010). Já em Silva (2008) a faixa etária predominante entre os trabalhadores de enfermagem era de 15 a 24 anos (30%) e em Souza (2009) era a de 47 a 51 anos (27,2%).

Quanto ao *estado civil*, verificamos que a maior diferença entre os grupos (8,82%) encontra-se entre indivíduos casados, sendo que os mesmos referem possuir maior desequilíbrio entre esforço e recompensa. É importante também ressaltar também que a diferença entre os solteiros (6,6%) e os viúvos (1,97%) nos grupos indica um maior equilíbrio entre participantes da pesquisa que não vivem com companheiro.

Os estudos relatados utilizam a variável estado civil como caracterização sócio-demográfica, não realizando descrição desta variável entre os grupos. Contudo, para as amostras de Martins (2005) e Silva (2008) há predominância de participantes com companheiro (acima de 70% da amostra). Já para Souza (2009) 56% da amostra analisada não tinham companheiro.

Relativo à *escolaridade* percebemos que quanto maior a quantidade de anos estudados, maior a diferença entre os grupos, sendo o maior quantitativo de participantes da pesquisa no grupo que apresentou desequilíbrio entre o esforço e recompensa. A maior diferença entre os grupos está entre aqueles que estudaram de 6 a 13 anos, ou seja, que possuem ensino

fundamental completo. É interessante observar que há pouca diferença entre os grupos que possuem maior escolaridade, menor que 3 pontos percentuais entre si. Este fato pode estar relacionado com a conformação dos ACS quanto às dificuldades impostas pela profissão.

Para os estudos analisados, que também não descrevem a variável conforme os grupos, somente na amostra analisada por Silva (2008) há predominância de participantes com nível fundamental completo (54,6%). Martins (2005), Vasconcelos (2005), Silva (2009) e Godin *et.al.* (2010) encontraram em suas amostras, a predominância de participantes que possuíam nível fundamental completo, variando de 34,8% a 70,6% das amostras. Já em Fogaça *et.al.* (2010) toda a amostra possuía nível superior completo.

Para as variáveis *local de trabalho* e *origem do vínculo empregatício* não houve grandes variações entre os grupos. Já para a variável *tempo de atuação como ACS* percebemos diferenças maiores entre os grupos. Observamos, por exemplo, que os participantes que tem entre 1 e 5 anos de atuação apresentaram desequilíbrio entre esforço e recompensa maior. E que, entre aqueles que atuam nos extremos (mais de 20 anos e menos de um ano) o desequilíbrio é menor. No grupo de ACS que atuam entre 16 a 20 anos, o equilíbrio entre esforço e recompensa é maior.

Achados parecidos com os da nossa pesquisa foram percebidos nos estudos que analisaram esta variável. Assim para Silva (2008), onde não houve predominância de desequilíbrio entre esforço e recompensa na amostra analisada, a amostra de participantes foi predominante na faixa etária entre 1 e 6 anos (43,9%). Já para Fogaça *et.al.* (2010), onde houve predominância de desequilíbrio entre os participantes, há predominância da média de trabalho entre 5,56 anos para o grupo de enfermeiro e 7,17 anos para o grupo de médicos.

Segundo as *atividades realizadas*, é importante observar que aqueles ACS que são responsáveis pela organização dos prontuários, dentre outras atividades, possuem um desequilíbrio mais prevalente, o que poderia indicar sobrecarga psicossocial no trabalho.

8.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Verificamos que para os participantes da pesquisa o domínio de menor pontuação foi o *meio ambiente*, com uma média de 49,80. O meio ambiente, no instrumento WHOQOL *Bref* é verificado, como visto anteriormente, por meio dos quesitos referentes a **segurança física** (quão seguro você se sente na sua vida diária?), **ambiente do lar** (quão satisfeito você está com as

condições do local onde você mora?), **recursos financeiros** (você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?), **cuidados de saúde** (quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?), **informação** (quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?), **recreação e lazer** (em que medida você tem oportunidade de lazer?), **ambiente físico** (quão saudável é seu ambiente físico?) e **transporte** (quão satisfeito você está com seu meio de transporte?).

Meio ambiente nesta perspectiva extrapola a concepção de ambiente inerte e sem interação homem-homem e homem-natureza, para abranger tecnologias e interações que ocorrem no ambiente das relações sociais. A produção do meio, os serviços nele oferecidos, bem como recursos e oportunidade de acesso aos serviços e lazer são facetas importantes para o alcance da qualidade de vida.

Desta forma, quando observamos que tais meios são os mais escassos na percepção dos sujeitos da pesquisa, pode se evidenciar uma fragilidade no oferecimento de oportunidades de acesso não só a remuneração equivalente às necessidades cotidianas, como também de serviços para promoção de qualidade de vida.

É válido, contudo ressaltar que muito embora hajam políticas implantadas de segurança, lazer, saneamento e promoção de ambientes saudáveis, dentre outras, há heterogeneidade na capilaridade das ações promovidas. Outro ponto a ser considerado diz respeito ao interesse pelas atividades de lazer, por exemplo, que pode ser diverso daquele requerido pelo participante da pesquisa em questão.

Já a **qualidade de vida global** foi apresentada maior variabilidade entre valor mínimo e máximo atribuído e, por isso, desvio-padrão também maior. Sua média (59,53) indica a síntese da variação dos domínios da qualidade de vida. Os quesitos responsáveis por este domínio questionaram os participantes sobre a forma de como os mesmos avaliavam sua qualidade de vida e quão satisfeitos estavam com sua saúde. A maioria dos participantes respondeu ao quesito sobre qualidade de vida como boa (54,31%). Já 37,06% dos participantes da pesquisa consideraram sua como saúde boa.

O domínio de **relações sociais**, construído analisando-se as **relações pessoais, apoio social e atividade sexual**, foi de maior média entre os participantes da pesquisa (70,26). É sabido da importância das relações sociais não só para a qualidade de vida quanto para a saúde. A construção da identidade se dá em partes pelo contato com o outro, o que nos leva a conhecer o

limite de entre nós e o mundo exterior. A identificação e diferenciação se dá desde a mais tenra idade e faz parte do desenvolvimento humano. No trabalho são travadas importantes relações pessoais que muitas vezes envolvem jogos de poder e hierarquização, sobretudo no trabalho do ACS. O apoio social obtido pode estar relacionado à imagem do ACS como líder e pessoa importante na comunidade.

Para os domínios físico e psicológico as médias dos escores obtidos foram valores aproximados, 62,93 e 68,97, respectivamente. No *domínio físico*, quesitos que analisaram **dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades de vida cotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho** foram questionados aos participantes da pesquisa.

A impossibilidade física quer seja permanente ou não, pode ser uma poderosa dimensão limitante na vida e, consecutivamente, para sua qualidade. Fala-se “pode” uma vez que muito embora haja barreiras físicas a cadeirantes, por exemplo, o próprio modelo teórico do WHOQOL *Bref* pondera que as maiores limitações são autodeterminadas. Assim, pessoas portadores de necessidades especiais para locomoção, por exemplo, podem possuir escores de qualidade de vida e domínio físico maiores que pessoas que não tem nenhuma limitação física permanente.

Já o trabalho do ACS, devido demanda física elevada (exposição ao sol em horários mais quentes, sobrecarga de peso devido utilização de balanças e fichas de cadastro diversas, percorrer várias distâncias a pé ou mesmo de bicicleta) poderia ter se apresentado como um fator limitante em sua qualidade de vida.

O domínio psicológico, onde são analisados sentimentos positivos, atos de pensar, aprender, autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos e espiritualidade, foi o que obteve maior valor mínimo.

Vários são os trabalhos que estudam a qualidade de vida dos ACS, tendo em vista que muitos outros analisam a associação do trabalho dos mesmos a sobrecarga de trabalho e transtornos mentais. A seguir relataremos brevemente alguns desses estudos relacionando aos nossos achados.

Utilizando-se do mesmo instrumento de nosso estudo, Kluthcovsky *et.al.* (2007) avaliam a qualidade de vida de 169 ACS no estado do Paraná, quanto às variáveis sócio econômicas. Muito embora os escores obtidos nessa pesquisa sejam numericamente maiores que

as da nossa pesquisa, a variação entre os domínios são semelhantes, tendo como domínio de menor pontuação o Meio Ambiente (54,1) e de maior pontuação o de Relações Sociais (75,8).

Há somente uma discreta diferença no que diz respeito aos domínios físico e psicológico, já que em nosso estudo o escore médio para o domínio físico (62,23) foi maior que o psicológico (67,97), ao contrário do que aconteceu em Kluthcovsky *et.al.* (2007).

Não houve correlação significativamente importante entre as variáveis analisadas neste estudo (idade, sexo, nível educacional e estado civil) com os domínios da qualidade de vida.

Para Bernardes (2007) que estuda a qualidade de vida de 198 ACS em São Paulo, diferindo-os entre grupos que trabalham na estratégia de saúde da família e unidade básica de saúde, os achados da pesquisa diferem do nosso.

O domínio com maior média no escore foi o físico (73,8) seguido pelo domínio psicológico (71,7), relações sociais (70,4) que no nosso estudo tem a maior media entre os domínios (70,26), e meio ambiente (55,8) que coincide em domínio de menor média com o nosso estudo. Para Bernardes (2007) não foi calculado o escore de qualidade de vida global.

Já para Vasconcelos e Costa-Val (2008) que analisaram a qualidade de vida de 60 ACS no interior do estado de Minas Gerais, também com o WHOQOL-Bref, o domínio de relações sociais (77) aparece somente atrás do domínio físico (82,8). O domínio meio ambiente continua sendo o menor dentre todos (59,5). A pontuação dos escores apresenta-se comoa mais elevada entre os estudos já relatados.

Aqui, as variáveis sócio-demográficas analisadas foram sexo (96,7% eram mulheres), idade (média de 33 anos), escolaridade (78,3% possuía o ensino médio completo), estado civil (46,7% possuíam companheiro), religiosidade (63,3% eram católicos), renda familiar (78,3% ganhavam até 3 salários mínimos) e o tempo de atuação como ACS (44% tinham menos de uma ano na profissão).

São os mesmos autores (VASCONCELOS, COSTA-VAL, 2008) que citam outro estudo que analisa a qualidade de vida de ACS de Timbó, Santa Catarina, com comportamento semelhante dos domínios da qualidade de vida no grupo de ACS estudados.

Para Ursine, Trelha e Nunes (2010) a qualidade de vida de 73 ACS de Londrina, Paraná, teve comportamento de escores dos domínios semelhantes ao nosso, contudo, o escore de qualidade de vida global (76,7) foi o maior entre os escores analisados, seguido pelo domínio

físico (74,) um empate entre domínio psicológico e relações sociais (71,5) e meio ambiente (58,0).

As variáveis sócio-demográficas analisadas foram sexo (predominantemente feminino – 86,3%), idade (média de 33,5 anos), escolaridade (67,1% possuíam ensino médio completo) e estado civil (58,9% vivendo com um companheiro).

Verificamos assim, que salvo pequenas alterações de posicionamento de escores, os estudos mencionados corroboram com os achados no nosso estudo. Válido é, portanto, ressaltar que não houve, entre os trabalhos mencionados, nenhum estudo com ACS da região Norte-Nordeste do país utilizando-se o instrumento WHOQOL *Bref* o que nos impossibilita fazer comparações na mesma região.

Tracemos, contudo, uma análise comparativa entre Londrina, Lagoa Santa e Sobral, uma vez que Kluthcovsky *et.al.* (2007) não nos revelou o município de análise, no intuito de verificar distinções entre os mesmos. Esta diferenciação faz-se necessária uma vez que, impossibilitados de compararmos municípios de portes diferentes, estaríamos minimamente compreendendo os fatores sociais que levam a diferença entre os escores da qualidade de vida dos ACS dos municípios analisados nas pesquisas.

Figura 7 – Análise comparativa entre municípios onde foi analisada a qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. Sobral, Ceará. 2012.

| Município | População | Densidade Demográfica | IDH* |
|--------------------|------------------|------------------------------|-------------|
| Sobral | 190.724 hab | 89,84 hab/km ² | 0,699 |
| Lagoa Santa | 52.526 hab | 226,41 hab/km ² | 0,783 |
| Londrina | 596.701 hab | 309,94 hab/km ² | 0,824 |

* Índice de Desenvolvimento Humano

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2012.

As características escolhidas dizem respeito a dados interessantes tanto na percepção da qualidade de vida quanto em fatores que podem interferir nas atividades dos ACS. Sobral e Londrina apresentam-se como municípios de grande porte, com população maior que 100.000 habitantes e Lagoa Santa, como município de médio porte. Este fator relaciona-se com a possibilidade de acesso a escolaridade e opções de lazer que não são possíveis em municípios de pequeno porte.

As atividades econômicas podem também estar presentes mais fortemente em municípios de grande porte, com maior disponibilidade e diversidade para o mercado de trabalho. A violência urbana também se encontra prevalente em municípios de grande porte, comparado aos demais. Tais fatores interferem na qualidade de vida (segurança, lazer, informação, entre outros fatores) dos moradores dos municípios. Em termos de saúde, geralmente quanto maior o município, menor a cobertura da Estratégia Saúde da Família.

A densidade demográfica diz respeito a quantidade de habitantes por quilômetro quadrado e, especificamente para o trabalho do ACS, é de suma importância. Quanto menor a densidade, maior os caminhos a serem percorridos, especialmente na zona rural (onde a densidade demográfica é menor se comparada à zona urbana), para serem realizadas as visitas domiciliares. Observamos que o nosso município de estudo é o que apresenta menor densidade demográfica entre os analisados. Representa assim um maior esforço físico por parte dos ACS na realização de suas atividades laborais.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano, que verifica o grau de “desenvolvimento humano” nas regiões analisando a expectativa de vida ao nascer, a educação e o Produto Interno Bruto *per capita* observamos que tanto Sobral quanto Lagoa Santa apresenta índices considerados de médio desenvolvimento humano, enquanto Londrina apresenta elevado IDH.

Verificamos que os escores de nosso estudo, mais baixos dentre as pesquisas analisadas, podem estar relacionados ao fato tanto de um IDH médio e de uma baixa densidade demográfica.

8.5 CORRELAÇÃO: QUALIDADE DE VIDA E INDICADOR ESFORÇO RECOMPENSA

Dentre os estudos que analisaram, com o instrumento WHOQOL *Bref*, a qualidade de vida de ACS, somente Kluthcovsky *et.al.* (2007) analisou a correlação entre os domínios da qualidade de vida e o índice de qualidade de vida global. Observamos que houve correlação moderadamente positiva entre os domínios físico, psicológico e meio ambiente com o índice de qualidade de vida global.

Vasconcelos e Costa-Val (2008) e Ursine, Trelha e Nunes (2010) realizaram a correlação entre as facetas de cada domínio com o domínio respectivo, observando correlação

moderada positiva entre os mesmos. Verificamos assim que s achados dos estudos anteriores são compatíveis com os nossos.

Já quando analisamos a relação entre os domínios da qualidade de vida e o próprio índice de qualidade de vida global e as variáveis *índice esforço-recompensa* e supercomprometimento, verificamos que, embora seja uma correlação fraca, variam em direções diferentes. Assim, quanto maior o índice de esforço recompensa ou supercomprometimento, menor serão os domínios da qualidade de vida.

Considerando as facetas que compõem tanto o domínio físico quanto o domínio psicológico e analisando a literatura quanto a sua interação com o trabalho, verificamos a relação negativa que certas características do trabalho em geral têm com as saúde física e psicológica, descritas a seguir.

Quanto a aspectos físicos, alguns estudos relacionam o trabalho com lesões de esforço repetitivo/distúrbio ósteomuscular relacionado ao trabalho (LER/DORT) sendo mais comuns entre profissionais da área da computação, cirurgiões dentistas e trabalhadores da área de limpeza. Outros já avaliam a incidência de sintomas em decorrência do trabalho em turnos de algumas profissões, para destaque a enfermagem.

Quanto ao trabalho do ACS em si, Trindade *et.al.* (2007) analisam, sob o viés da ergonomia, as cargas de trabalho de ACS do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Observamos que especialmente as cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas mencionadas pelo estudo podem ter repercussões na saúde física dos ACS.

Entre aquelas classificadas como carga física encontram-se: exposição contínua a temperaturas extremas (altas ou baixas) durante as visitas domiciliares, umidade elevada no período de inverno, agravada pela deficiência de esgotamento sanitário adequado. De acordo com Seligmann-Silva (2011) a umidade é um fator de fadiga física importante.

Em Santa Maria, muito embora de forma heterogênea, os ACS recebem da secretaria de saúde equipamentos de proteção individual (bota, capa de chuva e boné). A exposição a odores provenientes das casas visitadas ou da microárea também foi mencionada com carga física juntamente com ruídos produzidos pelas famílias, considerados como altos pelos ACS participantes daquela pesquisa (TRINDADE *et.al.*, 2007).

Quanto à carga química, pó e fumaça foram relacionados a processos alérgicos. Relativo à carga biológica, fungos, bactérias e parasitas (piolhos, por exemplo) provenientes de

contatos com indivíduos e animais domésticos, foram associadas a infecções urinárias e respiratórias. A carga mecânica relaciona-se com as longas caminhadas e peso das mochilas, associada a surgimento de varizes e cefaléias (TRINDADE *et.al.*, 2007).

Ursine, Trelha e Nunes (2010) assinalam que a dificuldade de transporte relatada pelos ACS do estudo, pode comprometer a saúde física dos mesmos. Contudo ponderam que, juntamente com Vasconcelos e Costa-Val (2008), devido à necessidade de aptidão e capacidade física necessárias a realização das atividades laborais, faz com que os ACS não sejam sedentários, o que se configuraria como redução do sedentarismo e promoção de qualidade de vida e saúde.

Silva-Roosli e Athayde (2011) verificam a utilização pelos ACS de cadernos de registros com informações principais sobre os usuários de sua microárea como uma forma de não necessitarem trabalhar constantemente com todas suas fichas de cadastro de usuário (ficha A). Esse fato, somado ao nosso conhecimento empírico do cotidiano dos ACS, incide na redução de peso na realização de suas atividades laborais.

Simões (2009) reconhece a existência de alta sobrecarga física como sendo componente do trabalho do ACS. Silva e Santos (2005) verificam que existe no trabalho do ACS necessidade de percorrer grandes distâncias entre domicílios, somado a um número excessivo de família, bem com barreiras físicas devido a topografia das microáreas, o que, além de dificultarem o acesso, pode impor sobrecarga física aos mesmos.

Kluthcovsky *et.al.* (2007) destacam a importância do componente físico para a capacidade do trabalho e o que a realização satisfatória do mesmo pode incidir sobre a percepção satisfatória acerca de sua qualidade de vida.

Haikal *et.al.* (2011) analisando a qualidade de vida de ACS de Montes Claros, Minas Gerais, por meio de entrevista, verificaram que as exigências físicas relacionadas ao trabalho dos ACS fazem com que os mesmos relatem problemas decorrentes disso, tais como doenças de coluna, alergia, desgaste em articulações dos joelhos e dermatites. Apontam ainda a sobrecarga de peso em condições de transporte dos instrumentos de trabalho inadequadamente.

Em outro estudo, Simões (2009) verifica os fatores que podem causar estresse em ACS e verifica que quanto a fatores físicos e ambientais, a maioria dos ACS entrevistados referiram não ter lugar próprio na unidade, não possuir material adequado para suas anotações, excesso de trabalho além de ter de realizar as atividades sobre forte sol ou chuva.

Quanto ao excesso de trabalho, Haikal (2011) pondera que a maior parte das pressões advém de questões que ultrapassam o poder de resolução dos ACS, como dificuldade na acessibilidade à consultas, médicos e medicamentos. Algumas cobranças realizadas são pertinentes a outros campos fora do âmbito dos serviços de saúde, como transporte público, coleta de lixo, pavimentação dentre outros. O momento de nossa coleta de dados nos propiciou verificar a queixa existente quanto a esse tipo de cobrança.

Existem também pressões relativas a contato com os moradores fora do horário de trabalho com questões relativas ao mesmo, sendo que uma parte dos entrevistados não se demonstrou queixosa relativo a isso, havendo contaminação do tempo de não trabalho (lazer) pelo trabalho (HAIKAL, 2011)

Essa ajuda solicitada fora do horário de trabalho, tendo em vista que o ACS muitas vezes é tido como super herói, é mencionada por Vasconcellos e Costa-Val (2008). Os mesmos autores pontuam outro fator que pode acarretar em sobrecarga para os ACS: a dualidade entre a necessidade de ser elo, inerente da profissão, e o distanciamento interpessoal imposto pelo processo tecnológico marcante cada vez mais dentre a assistência à saúde.

Ainda sobre o domínio físico da qualidade de vida, Santos e Davi (2011) mencionam outros aspectos de interferência do trabalho no cotidiano do ACS: a dificuldade de dormir associada e o uso indiscriminado de medicações para redução deste fato, bem como sua utilização frequente para redução de cefaleias atribuídas ao trabalho pelos ACS entrevistados.

Ponderam que a fadiga física está associada à sensação de estresse, uma vez que a capacidade de controle eficaz está diminuída e as demandas corpóreas para a manutenção do equilíbrio estão insuficientes (SANTOS, DAVI, 2011).

Assim, analisando a percepção do estresse no trabalho pelos ACS no Rio de Janeiro, são estes autores afirmam que, na prática, a separação entre o desgaste físico e mental não ocorre, uma vez que têm íntima ligação entre si e possuem mútua interferência (SANTOS, DAVI, 2011).

Desta forma incorremos a análise da dimensão psicológica em decorrência do trabalho do ACS.

Analisando a percepção de ACS em 5 núcleos de saúde da família de Ribeirão Preto, Pupin e Cardoso (2008) verificam que a autoimagem relacionada a guardiões e anjos de alguns ACS está relacionada tanto ao desgaste físico quanto mental, uma vez que as mesmos, dada a

impossibilidade de atender todas as demandas da comunidade, podem trazer para si sobrecarga em suas atividades.

Martines e Chaves (2007) relacionam o esgotamento das habilidades para lidar com o excesso de tarefas, pressões de tempo, dificuldade de preservar a o espaço familiar e tempo de descanso, com o cansaço físico e desqualificação do trabalho do ACS. Assim, os sentimentos de frustração, ansiedade, revolta, solidão e certa inutilidade são vivenciados.

Assim, os ACS tornam-se mais vulneráveis às manifestações de estresse que outros membros da equipe de saúde da família devido à sua proximidade e vínculo constante com a comunidade (CAMELO, ANGERAMI, 2004; URSINE, TRELHA, NUNES, 2010).

Theisen (2004) pontua que, inicialmente, sofrimento e adoecimentos, como resultado desta vulnerabilidade, não são perceptíveis, uma vez que são tidos como relacionados a valores e crenças naturalizados (“ruim é não ter como trabalhar”, por exemplo). Desta forma, os riscos se manifestam em longo prazo, com desgaste de forma cumulativa e estaria relacionado principalmente com a precarização do trabalho, contato direto com pessoas que apresentam dificuldades ou patologias graves e morar no mesmo lugar onde trabalha.

Jardim e Lancman (2009) refletem sobre este aspecto como exponencial e potente causador de sofrimento psíquico e vulnerabilidades diversas, onde o trabalho com a construção do vínculo e credibilidade do ACS junto aos usuários, e a necessidade de encobrir falhas advindas do sistema de saúde, contaminam o tempo do não trabalho.

Já Haikal *et.al.* (2011) menciona que muitos usuários, devido justamente a essa credibilidade e vínculo, parecem não entender os limites de atuação do ACS, gerando um processo de culpabilização dos ACS por problemas macrossociais e de estrutura do sistema de saúde vigente.

Já sobre o contato íntimo com pessoas doentes Vasconcellos e Costa-Val (2008) relatam que o mesmo é capaz de gerar altas taxas de estresse psicológico. Outro fator responsável pela gênese de sofrimento e vulnerabilidade psicológica pontuado diz respeito a interação dos ACS com equipe de profissionais com maior nível educacional, salarial, hierárquico e maior prestígio social e liberdade de ações dentro do contexto de assistência à saúde, havendo a possibilidade da degradação da autoestima dos ACS.

Essa autoestima ainda pode ser influenciada pela satisfação com o trabalho de forma mais ampla. Mencionam ainda que a exigência e pressão por produção, prioridades impostas por

normatizações excessivas e desvalorização pelos colegas de trabalho são causas de sofrimento e adoecimento dos ACS, influenciando diretamente seu estado psicológico (CAMELO, ANGERAMI, 2004; VASCONCELLOS, COSTA-VAL, 2008).

Essas vivências depressivas, de angústia e frustração estão presentes também do estudo de Martinez e Chaves (2007) e estão relacionadas com essas pressões e cobranças quanto ao fato de superar as expectativas, sejam elas reais ou idealizadas, intrínsecas ou não ao ACS.

Essas expectativas, quando relativas à equipe de saúde da família, quando não atendidas podem acarretar em dificuldades de entendimento com a mesma que somadas a conflitos com ou nas famílias que atendem, a falta de escolaridade e condições básicas de higiene e moradia são capazes de serem produtoras de sofrimento e redução da qualidade de vida relacionada a saúde mental (SIMÕES, 2009).

Já as cargas psíquicas originadas pelas pelo trabalho do ACS, enumeradas por Trindade *et al.*(2007), dizem respeito ao risco de ser agredido em algum domicílio e ao contato com animais bravos durante as visitas. A atenção quanto ao sigilo das informações e o policiamento quanto ao conteúdo das conversas em cada domicílio é observado e constante. Alguns ACS consideraram seu trabalho monótono e repetitivo, devido a falta de liberdade de desenvolver novos projetos e tomar iniciativas para organizar o trabalho, relacionada ao autoritarismo de alguns profissionais da equipe.

Observe que o termo sofrimento e vulnerabilidades são constantes na literatura pesquisada. Esperamos deixar claro que, muito embora não seja nosso foco aqui avaliar o sofrimento psíquico do ACS, é de suma importância pontuar as repercussões negativas do trabalho sobre seu estado psicológico e sua saúde mental.

Assim, continuamos a discorrer sobre estudos que especificam determinadas patologias a organização do trabalho do ACS, já que, de acordo com Ursine, Trelha e Nunes (2010) é a organização do trabalho, somado ao processo de trabalho e ao seu contexto e não seu objeto, que pode afetar o jeito, o agir e o pensar dos mesmos.

Silva e Menezes (2008) realizando análise de 141 ACS de São Paulo quanto a presença e esgotamento profissional (*bornout*) e transtorno mentais comuns verificaram que 24,1% dos entrevistados apresentaram síndrome do esgotamento profissional. Níveis moderados ou altos de esgotamento profissional foram verificados em 70,9% dos participantes enquanto que a exaustão emocional, uma dimensão importante do esgotamento, foi verificada em 34% dos

mesmos. Já relacionado aos transtornos mentais comuns, os ACS da pesquisa apresentaram uma prevalência de 43,3%, estando associadas positivamente com dimensões do esgotamento profissional.

Trindade e Lautert (2010) reafirmam a associação de da síndrome de *bornout* e o trabalho da atenção primária à saúde, estando incluso aí o trabalho dos ACS. Telles e Pimenta (2009) também analisaram a síndrome de *bornout* entre ACS do interior de Minas Gerais, e estratégias de enfrentamento. Os achados revelaram deterioração da percepção da competência e falta de satisfação com o próprio trabalho. Atitudes negativas e cinismo estavam presentes, bem como a sensação de esgotamento emocional. O modo de enfrentamento mais utilizado foi focalizado no problema, associado a práticas religiosas.

Outro fator importante que incide sobre a saúde mental dos trabalhadores da atenção primária é a repercussão da violência vivenciada pelos profissionais, quer seja gerada pelo trabalho, por expô-los a situações de convivência com a violência urbana, ou violência no trabalho, em decorrência da precarização das condições de trabalho ou mesmo deterioração das relações saudáveis no ambiente do trabalho (LANCMAN *et.al.*, 2009).

Como podemos observar nesta e em outras afirmativas, o componente relações sociais apresenta-se bastante presente na promoção ou deterioração de um bom estado psicológico, quer seja em decorrência da atuação do ACS na comunidade, quer seja de sua atuação junto a equipe.

Haikal *et al.*(ANO) afirma que as relações e experiências vividas no exercício profissional fazem com que o ACS crie laço de solidariedade, responsabilidade e confiança, o que pode ser apontada como gratificante e de promoção para o trabalho. Pupin e Cardoso (2008) revela, entretanto que essa acessibilidade a diversas informações das famílias gera o conflito ético em decorrência da ausência de limite entre o confidencial e o profissional. Algumas informações podem estigmatizar os usuários e fazer ruir a relação de confiança.

Ursine, Trelha e Nunes (2010) confirmam que a empatia com a população pode facilitar o trabalho e a integração com a comunidade, também observado por Jardim e Lancman (2009) e Vasconcellos e Costa-Val (2008). Estes últimos, juntamente com Bodstein e Stotz (2009) acrescem a relação de mediação entre o serviço e a comunidade.

Jardim e Lancman (2009) pontuam que as relações diuturnas no ambiente de moradia e trabalho repercutem na falta de privacidade do ACS bem como de pressão para o trabalho fora do hora formal do mesmo.

Já relativo à equipe multidisciplinar, a relação de coleguismo, em detrimento das relações de amizade, bem como competição e relações hierárquicas que configurem cobrança podem ser associadas a sentimentos negativos relacionados ao trabalho (HAIKAL *et.al.*, 2011).

O mesmo observa Martines e Chaves (2007) acerca das relações conflitivas e afirma que são decorrentes de equívocos quanto ao processo de trabalho interdisciplinar. Simões (2009) acresce que os conflitos que ocorrem com a direção e equipe de saúde, relacionado a cobrança excessiva e rigidez de normas leva não só a sentimentos de desconforto e baixa autoestima, como também refletem na desorganização de suas atividades.

A precarização social tão presente na atual precarização do trabalho relacionam-se a da saúde e vinculam-se indubitavelmente a saúde mental. A degradação da sociabilidade e de valores éticos faz com que sejam rompidos laços de confiança e o desaparecimento da solidariedade. Surge assim a violência psicológica no trabalho, além de assédio moral configurando-se como mobbing⁸ (SELIGMMAN-SILVA, 2011). Simões (2009) apontam para sentimento hostil alimentado por profissionais da equipe direcionado ao ACS.

A gestão de pessoas por parte de gerentes das unidades de saúde bem como do secretário de saúde e todos aqueles que estejam em cargo de chefia devem ser capazes de gerenciarem conflitos, evitando-os ao máximo como forma de promoção de um adequado sistema relacional (SANTOS E CORRÊA, 2007).

De acordo com Ferreira *et.al.* (2009) pautado em Merhy (2007) os ACS se utilizam durante o seu trabalho a tecnologia relacional, ou seja, tecnologia leve, para a produção de cuidados. Esta se configura como conhecimentos e agires dispersos nas experiências e em modo singular de cada profissional atuar.

Por sua vez, essa atuação se dá sobre um ambiente, território-processo no qual são travadas interações diversas entre a comunidade, comunidade-equipe de saúde, comunidade-ACS

⁸ Mobbing, (*mob* significa multidão ou horda) diz respeito a exposição de um indivíduo a ataques repetido, intencionais provocados por um ou mais sujeitos por um período prolongado de tempo. No ambiente de trabalho configura-se como isolamento social ou exclusão e a vítima tem seus esforços desvalorizados e frequentes ameaças. É complementar ao termo bullying, que significa indivíduo de comportamento agressivo (GARRIDO, 2004).

e ACS-equipe de saúde. O território transformado pela atuação humana, que também transforma o homem e as tecnologias que o mesmo desenvolve. Não é um ambiente desprovido de sentido e intencionalidade (SANTOS, 2006).

Retomando as facetas que compõem o domínio meio ambiente e correlacionando ao aspecto laboral do ACS teceremos a seguir algumas considerações e pontuaremos outras já relatadas, tendo em vista a interseção entre os domínios da qualidade de vida entre si e com os aspectos do trabalho.

Segurança física é componente do meio ambiente e para Ursine, Trelha e Nunes (2010) as condições de insegurança e falta de proteção remetem às situações de violência urbana. Assim, os ACS, além de cuidarem das questões de saúde e doença, tornam-se cúmplices de informações sigilosas capazes de os colocarem em risco de morte e convivem com a violência organizada por gangues e narcotráfico. O mesmo foi observado por Jardim e Lancman (2009) e Lancman *et.al.* (2009).

Contudo os achados de Vasconcellos e Costa-Val (2008) demonstram que os ACS entrevistados relataram segurança que está relacionada a realidade do município, demonstrando que tal componente vai variar tanto de um município para outro quanto de microárea para outra dentro de uma mesma equipe.

O lazer, como componente do meio ambiente, foi citado por Ursine, Trelha e Nunes (2010) sob viés de gênero, uma vez que sendo os ACS maioria mulheres, culturalmente são mantidos dentro de casa e os espaços de lazer ficam restritos ao ambiente doméstico ou áreas coletivas da comunidade, por vezes atrelada à presença do companheiro. A ausência de válvulas de escapes e possibilidade de mudança do foco de atenção dos problemas por meio da recreação e do lazer pode indicar sérios riscos à saúde mental.

Já sobre transporte, mencionado anteriormente, tem sua repercussão maior relacionada a saúde física. Quanto aos recursos financeiros, os estudos são uníssonos quanto a baixa remuneração do ACS. O salário configura se como insuficiente diante do trabalho realizado, havendo preocupação com o futuro devido a baixa remuneração e possibilidade de evasão da profissão. A regulamentação trabalhista, somado ao movimento sindical e implantação de uma política de incentivo salarial são bem vistos (KLUTHKOVISKY *et.al.* 2007; VASCONCELLOS, COSTA-VAL, 2008; PUPIN, CARDOSO, 2008).

Verificamos a partir da análise dos dados e da discussão traçadas até o momento a intrínseca relação entre o trabalho do ACS e as dimensões da qualidade de vida, principalmente no tocante ao estado psicológico e como todos os outros condicionantes confluem para o mesmo.

A seguir, verificaremos, por meio de regressão linear múltipla, o quanto uma variável, tida como dependente, varia em virtude de uma variável independente. Retomaremos as variáveis e verificaremos a significância da correlação.

8.6 REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA

Conforme verificado nos resultados, construímos dois modelos distintos com as variáveis demográficas e socioeconômicas, relativas ao trabalho índice esforço-recompensa e índice de supercomprometimento, enquanto variáveis independentes e o índice de qualidade de vida e dimensão psicológica enquanto variáveis dependentes.

Observamos que, de uma forma geral, as variáveis relativas à qualidade de vida relacionam-se em sentido contrário com o índice esforço-recompensa. As variáveis que apresentaram significância foram: índice esforço-recompensa, tempo de trabalho, estado civil viúvo e índice de supercomprometimento.

O índice esforço-recompensa, como vista anteriormente, influencia de forma a diminuir o valor do índice de qualidade de vida global, nos modelos da regressão linear. De acordo com Santos e David (2011) a auto percepção do ACS acerca de seu trabalho indica excessiva intensidade e ritmo laboral, supervalorização da burocracia, violência como fator de insegurança e interferência do estresse na saúde física e psíquica. Tais características, se avaliadas sob a perspectiva da qualidade de vida, podem culminar em baixa auto-estima, interferindo na qualidade de vida global dos ACS.

Figueiredo *et.al.* (2009), analisando a qualidade de vida no trabalho de 42 ACS no interior paulista, indicam que características do trabalho do ACS que afetam diretamente sua qualidade de vida, especificamente relacionada ao trabalho: insatisfação dos mesmos quanto à oportunidade de crescimento e segurança.

Já Theisen (2004) verificou que os ACS consideram seu trabalho como difícil, triste e doloroso, uma vez que tem de cuidar de pessoas doentes e se sentirem responsáveis pelas pessoas da comunidade. Eles se sentem fragilizados diante de algumas situações geradas no trabalho que

produzem baixa autoestima, sofrimento mental e depressão, o que, indubitavelmente interfere na percepção da qualidade de vida geral do ACS.

Esses aspectos trazidos por nós evidenciam o forte relacionamento do trabalho com a saúde mental dos ACS, fazendo com que os mesmos se encontrem em situação de vulnerabilidade quanto à integridade de sua saúde mental. Evidenciamos, no modelo onde a dimensão psicológica é a variável dependente que este domínio está relacionado com a percepção da o esforço empreendido para realização do trabalho e a recompensa recebida em contrapartida da realização do mesmo. Tal dedução é realizada a partir da verificação de que o índice de esforço-recompensa demonstrou ser variável de significância estatística, em detrimento da de outras variáveis, inclusive o índice de supercomprometimento.

O fator psicológico interfere não somente na qualidade de vida como um todo, afetando a auto percepção e qualidade de relacionamentos como também incide sobre a qualidade de trabalho, fazendo com que o ACS possa experimentar uma sensação de esforço maior que a recompensa que recebe pelo trabalho desempenhado.

De acordo com Selligmann-Silva (2011) as defesas psicológicas diante de dificuldades no trabalho afetam a sociabilidade, degradando-a, o que, para a natureza do trabalho do ACS há enorme perda de qualidade laboral. Essa precarização da saúde mental no trabalho está relacionada à flexibilidade e desregulamentação do trabalho. As ressonâncias na vida afetiva ainda empobrecem a participação na vida familiar, bem como promove, de modo geral, isolamento social.

Uma outra variável significativa estatisticamente apresentada pelo modelo que tem o índice de qualidade de vida como variável dependente é o tempo de serviço. Esta variável está evidentemente relacionada a carga de trabalho acumulada durante anos, incidindo não somente na saúde mental e aspectos psicológicos da natureza do trabalho do ACS, como também e especialmente o aspecto físico deste trabalho. Como visto anteriormente, este aspecto representa um importante fator, uma vez que o ACS pode trabalhar em situações extremas de clima, incidindo em seu trabalho características geográficas como determinantes que dificultam acesso e promovem um esforço físico ainda maior na realização de suas atividades laborais.

Como resultado de uma subescala inerente a escala de desequilíbrio esforço-recompensa, o índice de supercomprometimento, apresenta-se como variável independente de significância estatística, no segundo modelo, de relação negativa com o índice de qualidade de

vida. Quanto maior o supercomprometimento com o trabalho, configurando-se assim como um grande esforço despendido na realização do mesmo, menor o índice de qualidade de vida, indicando desequilíbrio.

9. CONCLUSÃO

O nosso estudo teve por intenção analisar a qualidade de vida e trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Sobral, Ceará. Mediante dos resultados e discussão verificamos que tivemos êxito em tal objetivo, uma vez que foi aferida a qualidade de vida dos de uma amostra significativa do total da população de ACS de Sobral, em seu aspecto global e suas dimensões. Além de descrevermos sumariamente os aspectos gerais do trabalho dos ACS, verificamos o esforço e recompensa relacionados ao trabalho exercido pelo Agente Comunitário de Saúde por meio do índice de desequilíbrio esforço-recompensa e índice de supercomprometimento com o trabalho.

Além de correlacionarmos esta variável obtida por meio de instrumentos específicos, a fim de aferirmos o sentido e a quantidade de sua relação, procedemos a realização da regressão linear múltipla, construindo vários modelos conforme as variáveis disponíveis no estudo.

Assim, testamos e validamos as hipóteses de nosso estudo, uma vez que constatamos que o trabalho do ACS, em termos da demanda requerida pelo trabalho e a recompensa na realização dele, faz com que haja um desequilíbrio entre o esforço e a recompensa, isto posto para a maioria dos ACS participantes da pesquisa.

Já quanto a nossa segunda hipótese, mediante a constatação da veracidade da primeira, verificamos que esse desequilíbrio afeta a qualidade de vida, relativo especificamente ao domínio psicológico, observado no primeiro modelo de regressão linear.

Outrossim, confirmamos a tendência de achados de outras pesquisas, quanto a característica dos ACS: em sua maioria mulheres, atuando no cuidado à saúde das famílias da localidade onde residem, realizam suas atividades laborais mediante realização de visita domiciliar, não exclusivamente, perpassando por atividades educativas e mesmo burocráticas de organização do serviço.

A qualidade de vida, reduzida no que diz respeito a aspectos de meio ambiente e fortalecida no que diz respeito a relações sociais, é afetada pelo trabalho relativa ao aspecto físico e psicológico. Fatores como ser do sexo feminino, ser casado ou separado, influenciam positivamente o índice de desequilíbrio esforço-recompensa, sendo, assim, um fator de proteção.

A natureza do trabalho do ACS participantes da pesquisa faz com que os mesmos apresentem também um alto índice de supercomprometimento com o trabalho, indicando um

risco elevado para estresse laboral e esgotamento profissional. Esse índice relaciona-se positivamente ao índice de desequilíbrio esforço-recompensa.

Mediante os achados da pesquisa, acreditamos que suas contribuições relacionem-se não somente a elucidação de fatores psicossociais relacionados ao trabalho dos ACS enquanto seu potencial na gênese de estresse laboral e redução da qualidade de vida como também se estendam ao entendimento desses fatores na esfera do trabalho da atenção primária à saúde.

De suma importância tal clareza desses aspectos para desenho de novos arranjos institucionais ou adequação do processo de trabalho do ACS e dos profissionais da estratégia saúde da família. Estudos anteriores já vinham demonstrando a associação do trabalho com estresse, sendo eficaz a percepção do efeito do trabalho *anterior* ao momento de doença laboral, ainda enquanto risco, como forma de possibilitar uma intervenção preventiva.

Entretanto, como toda pesquisa, apresenta limitações. Por ser de cunho epidemiológico quantitativo, não abrange a totalidade dos aspectos subjetivos no processo de interferência do trabalho na dimensão da qualidade de vida do ACS, impossibilitando-nos de verificar o impacto e a importância dessa relação em termos individuais.

Quanto a sugestões, verificamos que, muito embora não tenha havido, para este estudo uma significância relativa à variável origem do vínculo empregatício sobre o índice de desequilíbrio esforço-recompensa, é de suma importância a regulação deste vínculo, por meio de contratação formal com garantia dos direitos trabalhistas. A evolução dos processos de negociação e de gestão do trabalho, já iniciados pelos ACS de Sobral, deve prosseguir, com ampla participação da categoria e divulgação dos resultados obtidos. Já vimos anteriormente, na discussão dos resultados, as possibilidades de contratação e suas vantagens e desvantagens.

Como observamos, muito embora houvesse a predição que as mulheres teriam uma tendência a se esforçar mais, apresentando maiores índices de desequilíbrio esforço-recompensa, observamos que, para nosso estudo, este grupo, em detrimento grupo de homens ACS, apresenta vantagem quanto aos valores deste índice. Tal fato pode advir da capacidade da mulher ser culturalmente mais resiliente e flexível às adversidades sociais.

Desta forma se faz necessário a análise do significado para os homens que atuam como ACS estarem trabalhando em uma categoria predominantemente feminina e como isso pode afetar sua percepção quanto ao esforço e recompensa diante do trabalho realizado.

Verificamos inclusive que, mesmo afetando a qualidade de vida global, o trabalho do ACS incide especificamente sobre a saúde física dos mesmos, requerendo a adequação do trabalho a fim de que esse esforço físico seja minimizado a níveis que não interfiram na saúde dos ACS.

Para o nosso estudo, o município de trabalho do ACS é caracterizado pelas altas temperaturas o que somada ao peso de suas fichas e instrumentos de trabalho interfere na saúde física dos mesmos. A possibilidade de redução dos instrumentos, com resumo de informações principais em cadernos ou outro formato de arquivo, deve ser analisada, bem como o fardamento utilizado pelo ACS que vise sua proteção dos raios solares e promova a transpiração de forma eficaz. Importante também a realização de convênios para redução do preço ou distribuição gratuita de protetores solares.

Além dos aspectos físicos, deve haver a observação da repercussão do trabalho na saúde mental. Com altos índices de desequilíbrio esforço-recompensa predominante nos participantes do estudo, verificamos o poder dos aspectos psicossociais do trabalho do ACS quanto à interferência em sua autoestima. Assim, um programa voltado para saúde do trabalhador, em seu aspecto físico e mental, requer disponibilidade de atendimento, pela equipe com quem trabalha, quando de queixas e sintomas físicos como também a possibilidade de verbalização e escuta qualificada dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho.

10. REFERÊNCIAS

- ADEODATO, V.G. *et al.* Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.1, p. 108-13, 2005.
- AGUDELO, L.H.L, GARCÍA, H. I., RESTREPO, C.G. Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. **IATREIA**, Chile, v. 15, n.2, p. 96-102, jun, 2002.
- ALMEIDA, P.T. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais de grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.26, v.2, p.286-98, fev, 2010.
- ANDRADE, L.O.M. Estratégia saúde da família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde, **Sanare**, Sobral, ano V, n.1, jan/mar, p.9-20, 2004.
- AREIAS, M. E. Q., COMANDULE, A. Q. Qualidade de vida, estresse no trabalho e síndrome de Burnout. **Rev. Bras. de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v.14, n. 2, mai/set, p.137-48, 2009.
- ASSUMPÇÃO JR, F.B. *et.al.* Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQEI- autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v.58, n.1, p.119-272, mar, 2000.
- 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, out/nov/dez, 2003.
- AZEVEDO, G.X. O Trabalho e a Realização do Homem. In: IV CONGRESSO DE ÉTICA E CIDADANIA, 2008, São Paulo. **Resumo...** Disponível em <http://www.mackenzie.br/iv_congresso_apresentacao.html> Acesso em: 12 jan 2012.
- BAGATINI, T., SELLI, L., RIVERO, N. O sofrimento psíquico do profissional de saúde na perspectiva do cuidado. **Bioética**, Brasília, v.14, n.2, p.193-217, jun./dez.2006.
- BARBOSA, S.R.C.S. Qualidade de vida e saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v.7, n.2, p.77-87, jul/dez, 1998.
- BARROS, AP.B. *et al.* Autopercepção da desvantagem vocal (VHI) e qualidade de vida relacionada à deglutição (SWAL-QOL) de pacientes laringectomizados totais **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, [s/l], v. 36, n. 1, p. 32-7, jan/fev/mar, 2007.
- BELASCO, A. G. S.; SESSO, R. C. C. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006. cap. 1, p. 1- 10.

BERNARDES, K.A.G. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde em um município da região oeste do estado de São Paulo**. 2007. 93f. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, 2007.

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**. v.13, n.1, p. 259-68, jan./fev.2008.

_____. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480, nov. 2008/fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Pesquisa envolvendo seres humanos. In: **Informe epidemiológico do SUS – Suplemento 3**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996. p.278-291.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.2048, de 03 de setembro de 2009. Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 set 2009. seção I, p.61 Disponível em: <<http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>>. Acesso em 22 dezembro 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5,n.1, p.163-177, jan/jun, 2000.

CÂMARA, V.M. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador: epidemiologia das relações entre a produção, o ambiente e a saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.p.469-90

CAMPOLINA, A.G., CICONELLI, R.M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, EUA, v.19, n.2, p.128-36, fev.2006.

CANEZIN, C.C. A mulher e o casamento: da submissão à emancipação. **Revista Jurídica Cesumar**, Maringá, v.4, n. 1, p.143-56, 2004.

CARDOSO, C.S., *et al.* Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, [sl], v. 52, n.3, p. 211-22, [sd], 2003.

CASTRO, M. *et.al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36, **Revista Associação Médica Brasileira**, v.49, n.3, p. 245-9, 2003

CAVALCANTE, M.A. Quality of life of hypertensive patients treated at an outpatient clinic. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v.89, n.4, p.222-227, out, 2007.

CECAGNO, D. *et al.* Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, Paraná, v.7, n.2, p.54-9, 2002.

CICONELLI, R.M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.39, n.3, p.143-50, mai/jun. 1999.

COELHO, C.M.A., ANDRADE, L.O.M. Impacto provocado pela implantação do programa saúde da família sobre as ações dos agentes comunitários de saúde - o caso de Sobral/CE. **Sanare**, Sobral, ano V, n.1, jan/mar, p.159-66, 2004.

COSTA-ROSA, A., LUZIO, C.A., YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

CRUZ, L.N. *et al.* World Health Organization quality of life instrument-brief and Short Form-36 in patients with coronary artery disease: Do they measure similar quality of life concepts? **Psychology, Health & Medicine**, London: Routledge, v.14, n.5, p.619-28, out, 2009. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713441652>> Acesso em: 02 novembro 2010.

DANTAS, R.A.S., SAWADA, N.O., MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p.532-8. jul./ago.2003.

DATASUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES. Dados disponíveis em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=00&VComp=

DAVIM, R.M.B. *et al.* Qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão bibliográfica. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.9, n.4, p.143-50, out/dez, 2008.

DEJOURS, C., DESSORS, D., DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. trad: BETIOL, M.I.S. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, n.3, p.98-104, mar./jun. 1993.

DYNIEWICZ, A.M. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de trabalhadores em empresa metalúrgica: um subsídio à prevenção de agravos à saúde. **Fisioter Mov**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 457-466, jul./set, 2009.

FERNANDES, J.D. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.5, set/out, 2006.

- FERREIRA, V.S.C., *et al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.898-906, abr. 2009.
- FIGUEIREDO, I. M. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de saúde de equipes de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 262-267, abr./jun. 2009.
- FILGUEIRAS, J.C., HIPPERT, M.I. Estresse: possibilidade e limites. In: JACQUES, M.G., CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. 112-129p.
- FLECK, M.P.A. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p.431-8, ago, 2002.
- FLECK, M.P.A. Cols. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228p.
- FLECK, M.P.A., *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p.178-83, abr. 2000.
- FOGAÇA, M.C. *et al.* Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: o equilíbrio entre esforço e recompensa. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.1, [06 telas], jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>> Acesso em: 17 fevereiro 2011.
- FORTE, B.P. **Cultura Organizacional em enfermagem: mercado de trabalho e privatização**. Pós-Graduação Latu Sensu/DENF/UFC: Fortaleza, 2002. 274p.
- FRANCO, T.B., BUENO, W.S., MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-53, abr./jun.1999.
- GARRIDO, M.P. Promoción y protección de la salud mental en el trabajo: análisis conceptual y sugerencias de acción. **Ciencia e Trabajo**, Chile, ano 6, n.14, p.153-61, oct./dic. 2004. Disponível em: <<http://www.cienciaytrabajo.cl>> Acesso em: 15 junho 2010.
- GLINA, D.M.R.; *et al.*. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.607-16, mai./jun. 2001.
- GOMES, A.M.A. *et.al.* Qualidade de vida de médicos e usuários de um serviço de saúde: entrevista etnográfica. **Revista de atenção primária à saúde**, Juiz de Fora, v.10, n.1, p.27-35, jan./jun. 2007
- GOMEZ, C.M., THEDIN-COSTA, S.M.F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.411-421, [s.d.]. 1999.

- GRIEP,R.H. *et al.* Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, p.145-52, fev. 2011.
- GUIMARÃES, L.A.M., GRUBITS, S (orgs.) **Série Saúde Mental e Trabalho**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 2v.
- GUIMARÃES, L.A.M. **Série Saúde Mental e Trabalho**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 220 p.
- HILDEBRAND, S.M., SHIMIZU H.E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.3, p.319-24, mai./jun. 2008.
- HOLANDA, A.L.F, BARBOSA, A.A.A, BRITO, E.W.G. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.1507-12, set./out. 2009.
- JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p. 123-135, jan./mar. 2009.
- JEKEL, J.F., ELMORE, J.G., KATZ, D.L. Trad.: SAVARIS, R. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 328p.
- JUNGES, J.R., MAZARI, C.K., SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl 1, p.873-80, 2008. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3230> Acessado em 20 dezembro 2009.
- KANAPIK, M.C. O trabalho humano: **das sociedades comunais ao modo de produção feudal**. São Paulo: Ed. Cefuria, 2004.
- KLEIN, C.H., BLOCH, K.V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R.A.*et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. 193-236.
- KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. *et.al.* Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sócio-demográficas e dos domínios da qualidade de vida, **Rev Psiquiatr RS**, Porto Alegre, v.29, n.2, p.176-83, mai/ago, 2007.
- KOYASHIKI, G. A. K.; SOUSA, R. A. A.; GUARANHANI, M. L. O trabalho em saúde bucal do agente comunitário de saúde em Unidades de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 1343-54, jul./ago. 2008.
- LANCMAN, S. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública** , São Paulo, v.43, n.4, p. 682-8, jun. 2009.

LAVOR, A.C.H., LAVOR, M.C., LAVOR, I.C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano 5, n.1, p.121-8, jan./mar. 2004.

LIMA, A.F. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica. **Revista Salud y Sociedad**, Chile, v.1, n.3, p. 165-77, sep./dic., 2010.

LIMA, A.F.B.S., FLECK, M.P.A., PECHANESKY, F. **Qualidade de Vida de pacientes do sexo masculino dependentes de álcool**. 2002. 90f. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

LIMA, J. C.; COCKELL, F. F. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 481-502, nov. 2008/fev. 2009.

LIMA, M.E.A. A polêmica em torno do nexos causal entre distúrbio mental e trabalho. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v.10, n.14, p.82-91, dez. 2003.

MARQUEZE, E.C., MORENO, C.R.C. Satisfação no trabalho – uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.30, n.112, p.69-79, 2005.

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.426-33, set. 2007.

MARTINEZ, M.C., LATORRE, M.R.D.O. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.5, p.851-8, out, 2006.

MARTINS, G.A., ARRUDA, L., MUGNAINI, A.S.B. Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v.79, n.5, p. 521-35, set/out, 2004.

MARTINS, M.R.I., CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.2, p.670-6, set/out, 2005.

MERLO, A.R.C., MENDES, A.M.B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v.12, n.2, p. 141-56, dez, 2009.

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, supl. 1, p.7-18, 1994.

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

MOONEY, A. Quality of Life: Questionnaires and Questions', **Journal of Health Communication**, Londres, v.11, n3, p.327-341, 2006. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1080/10810730600614094>> Acesso em: 02 nov 2010

MORENO, G. M. B. *et al.* A inserção da psicologia na Estratégia Saúde Família. **SANARE**, Sobral, CE, v. 5, n. 1, p. 75-77, 2005.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

MOTA, R. R. A.; LEAL, H. M. S. D. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, jul./out. 2010.

MURRAY, M., LEFORT, S., RIBEIRO, V. The SF-36: Reliable and valid for the institutionalizedelderly?, **Aging & Mental Health**, Londres, v.2, n.1, p.24-27, 1998. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1080/13607869856894>>. Acesso em: 02 nov 2010. DOI: 10.1080/1360786985689

NOGUEIRA, R.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e dimensão social “comunitarista”. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p.91-3, fev. 2002.

NOGUEIRA, R.P., RAMOS, F.B., RAMOS, Z.V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.28p.

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.1639-46, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, A. R.*et al.* Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 28-36, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a04.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

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

OMS (Organização Mundial de Saúde) **Constituição**. Washington: 1946. Disponível em <www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS>. Acesso em 20 mar 2012.

PAGANI, T.C.S, PAGANI JR., C.R. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. **Ensaio e Ciência**, São Paulo, v.1, n.1, p.32-7, 2006.

PASCHOA S., ZANEI, S.S.V, WHITAKER, I.Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva, **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.20, n.3, p.305-10, jul/ago/set, 2007.

PONTES, R.M.A. *et al.* Qualidade de vida em portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). **Arquivos Gastroenterologia**, Rio de Janeiro, v.41, n. 2, p.137-43, abr/jun, 2004.

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**, v.8, n.48, fev, 2008. Disponível em < www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18254966> Acesso em: 17 outubro 2010. doi:10.1186/1471-2458-8-48

SAMPAIO, J.J.C, MESSIAS, E.L.M. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In JACQUES, M.G., CODO, W (orgs) **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p.114-32.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Habilitação profissional de técnico agente comunitário de saúde**. São Paulo, 2007. 113p.

SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v.9, n. 2, p. 9-21, dez, 2003.

SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-8, mar./abr. 2004.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser do no de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011. 622p.

SILVA, A.A. *et al.* Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.4, p.718-25, ago, 2010.

SILVA, L.S., BARRETO, S.M. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala *effort-reward imbalance*: um estudo com trabalhadores de banco. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.27, n.1, p.32-6, jan. 2010.

SILVA, M. A.; ARGIMON, I. I. L.; WENT, G. W. C. Conflito de papéis entre os domínios da família e do trabalho. **Contextos Clínicos: Revista da Faculdade de Psicologia da UNISINOS**, São Leopoldo, RS, v. 2, n. 4, p. 89-98, jul/dez. 2011.

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.

SOLAR O, IRWIN A. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, OMS, 2005.

[Citado em 2010 mar. 15]. Disponível em:

http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradução%20 APF.pdf

SOUZA, A.D., et.al. **Estresse e o trabalho**. 2002. 77f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Sociedade Universitária Estácio De Sá, Campo Grande, 2002.

SOUZA, L.B., FIGUEIREDO, M.A.C. Qualificação profissional e representações sobre trabalho e qualidade de vida. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.14, n.28, mai/aug, 2004.

SOUZA, L.J.E., BARROSO, M.G.T. Qualidade de vida na criança acidentada. . **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 308-17, set/dez, 1999.

TAVARES, R. Construindo mapas conceituais. **Ciências e cognição**, Rio de Janeiro, v.12, p. 72-85, nov. 2007.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F. *et.al.* Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham:um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.905-914, jul/ago, 2004.

TRIGO, T.R. *et al.* Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clín**, São Paulo, n.34, v.5, p.223-33, 2007.

TSUKIMOTO, G.R. *et.al.* Avaliação longitudinal da escola de postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36) **Acta Fisiatr**, São Paulo, v.13, n.2, p.63-69, ago, 2006. Disponível em <<http://www.actafisiatrica.org.br>> Acesso em: 30 out 2010.

TVEITO, T.H. *et.al.* Subjective health complaints and health related quality of life in a population of health care workers, **Psychology & Health**, Londres, v.19, n.2, p.247-259, 2004. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1080/08870440310001613491>> Acesso em: 02 nov 2010. DOI: 10.1080/08870440310001613491:

UCHOA, E., ROZEMBERG, R., PORTO, M.F.S. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, v.11, n.3, p.115-28, set. 2002.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; ALMEIDA. O agente comunitário 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.

VASCONCELOS, E.F. **Esforço e recompensa no trabalho em profissionais de enfermagem**. 2005. 84f. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.

VASCONCELOS, E.F., GUIMARÃES, L.A.M. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. **Psicólogo inFormação**, São Bernado dos Campos, ano 13, n.13, p.11-36, jan./dez. 2009.

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

VIDAL, R.Q.S. SILVANY NETO, A.M. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.34, n.120, p.115-27, 2009.

WAGNER, A. **Como se Perpetua a Família**: a transmissão dos modelos familiares. Porto Alegre: EDIPUC, 2005. 166p.

ZANCHETTA, M.S.*et.al.* Education and professional strengthening of the community health agent - an ethnography study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, 2005. Disponível em <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/35/14>> Acesso em 10 out 2010.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE SOBRAL, CEARÁ

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Idade ____ anos

Sexo

Masculino Feminino

Estado Civil

Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a)/Separado(a) Outro: _____

Escolaridade (anos de estudo)

1 a 5 anos 6 a 13 anos 14 a 16 anos 17 anos ou mais

Renda Familiar

Até RS545,00 R\$546,00 a 1090,00 mais de RS1090,00

Tempo de trabalho como agente de saúde: _____ anos

Atividades desenvolvidas no trabalho/horas por semana (marque um X na atividade desenvolvida e calcule a média de horas trabalhadas em cada atividade por semana)

Visita Domiciliar; _____ h/semana Sessão educativa; _____ h/semana

Organização de cadastro; _____ h/semana Organização prontuário; _____ h/semana

Outra: _____

APÊNDICE B - CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Carta de Informação ao Participante

Esta pesquisa irá analisar a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Sobral, Ceará, relativo ao esforço-recompensa despendido no e pelo trabalho realizado. O título da pesquisa é “*Análise da qualidade de vida e trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Sobral, Ce.*” e está sendo realizada por Maria Tereza Oliveira de Almeida, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará - UFC. Farão parte do estudo os agentes comunitários de saúde do referido município que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder a instrumentos para avaliar a sua qualidade de vida e o esforço e recompensa realizados no seu trabalho. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder aos instrumentos. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho ou onde seja melhor para você.

Ressaltamos que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado à Avenida Dr. Guarany, 317, Campus da CIDAO, Cep 62040-730, Sobral, Ceará, Fone: (88) 3667-4255, sendo possível você entrar em contato com o mesmo em caso de dúvida.

Sua concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa, bastando entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (88) 9904-9799 ou (88)3669-1132. A mesma reside à Av. Manoel Texeira, 103, APTO B, Jijoca de Jericoacoara, Ceará. Para fins de pesquisa a pesquisadora garante que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado.

Maria Tereza Oliveira de Almeida
Pesquisadora

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: “Análise da qualidade de vida e trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Sobral, Ce.”

Eu, _____, portador da cédula de identidade _____, pelo presente instrumento que atende as exigências legais, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Estou ciente de que em caso de qualquer dúvida posso me reportar ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, reconhecido pela portaria no. 821 MEC de 01/06/1994, situado à Avenida Dr. Guarany, 317, Campus da CIDAO, Cep 62040-730, Sobral, Ceará, Fone: (88) 3667-4255.

Não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu Consentimento Livre e esclarecido concordando participar da pesquisa proposta.

Sobral, Ce, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Maria Tereza Oliveira de Almeida

Telefone (88) 9904-9799

ANEXO A - WHOQOL BREF

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B - ESCALA DE ESFORÇO-RECOMPENSA

1) Eu me sinto constantemente pressionado para fazer muito trabalho em pouco tempo.

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo, mas não estou nem um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou muito incomodado |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
-

2) Constantemente interrompem e atrapalham meu trabalho.

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo, mas não estou nem um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou muito incomodado |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
-

3) Eu tenho muitas responsabilidades no meu trabalho.

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo, mas não estou nem um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou muito incomodado |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
-

4) Eu sou pressionado com frequência a trabalhar além do horário.

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo, mas não estou nem um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou muito incomodado |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
-

5) Meu trabalho exige esforço físico.

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo, mas não estou nem um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou muito incomodado |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
-

6) Nos últimos anos, meu trabalho tem se tornado cada vez mais exigente.

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo, mas não estou nem um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou um pouco incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou incomodado | <input type="checkbox"/> Concordo e estou muito incomodado |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
-

7) Eu tenho o respeito que mereço dos meus superiores.

Não aplicável, não tenho superiores.

Concordo Discordo, mas não estou nem um pouco incomodado Discordo e estou um pouco incomodado Discordo e estou incomodado Discordo e estou muito incomodado

8) Eu recebo o respeito que mereço dos meus colegas.

Não aplicável, não tenho colegas.

Concordo Discordo, mas não estou nem um pouco incomodado Discordo e estou um pouco incomodado Discordo e estou incomodado Discordo e estou muito incomodado

9) Eu recebo apoio adequado em situações difíceis.

Concordo Discordo, mas não estou nem um pouco incomodado Discordo e estou um pouco incomodado Discordo e estou incomodado Discordo e estou muito incomodado

10) Eu sou tratado injustamente no trabalho.

Discordo Concordo, mas não estou nem um pouco incomodado Concordo e estou um pouco incomodado Concordo e estou incomodado Concordo e estou muito incomodado

11) Minhas perspectivas de promoção no trabalho são poucas.

Discordo Concordo, mas não estou nem um pouco incomodado Concordo e estou um pouco incomodado Concordo e estou incomodado Concordo e estou muito incomodado

12) Aconteceu ou está para acontecer uma mudança indesejável na minha situação de trabalho.

Discordo Concordo, mas não estou nem um pouco incomodado Concordo e estou um pouco incomodado Concordo e estou incomodado Concordo e estou muito incomodado

13) Minha garantia no emprego é pequena.

Discordo Concordo, mas não estou nem um pouco incomodado Concordo e estou um pouco incomodado Concordo e estou incomodado Concordo e estou muito incomodado

14) Minha posição atual no trabalho reflete adequadamente meu nível educacional e meu treinamento.

- Concordo
 Discordo, mas não estou nem um pouco incomodado
 Discordo e estou um pouco incomodado
 Discordo e estou incomodado
 Discordo e estou muito incomodado

15) Considerando todos os meus esforços e realizações, eu recebo o respeito e o prestígio que mereço no trabalho.

- Concordo
 Discordo, mas não estou nem um pouco incomodado
 Discordo e estou um pouco incomodado
 Discordo e estou incomodado
 Discordo e estou muito incomodado

16) Considerando todos os meus esforços e realizações, minhas perspectivas de trabalho são adequadas.

- Concordo
 Discordo, mas não estou nem um pouco incomodado
 Discordo e estou um pouco incomodado
 Discordo e estou incomodado
 Discordo e estou muito incomodado

17) Considerando todos os meus esforços e realizações, meu salário / renda é adequado.

- Concordo
 Discordo, mas não estou nem um pouco incomodado
 Discordo e estou um pouco incomodado
 Discordo e estou incomodado
 Discordo e estou muito incomodado

18) Eu fico facilmente saturado pelas pressões de tempo no serviço.

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

19) Eu começo a pensar nos problemas de trabalho logo que acordo de manhã.

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

20) Quando chego em casa, eu consigo relaxar e desligar do trabalho com facilidade.

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

21) As pessoas próximas de mim dizem que eu me sacrifico demais pelo meu trabalho.

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

22) O trabalho raramente me deixa. Ele ainda está na minha cabeça quando eu vou para a cama.

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

23) Se eu adiar alguma coisa que deveria ter feito, terei dificuldades para dormir à noite.

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