UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO OESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Karina Aparecida Garcia Bernardes

Ribeirão Preto
2008

KARINA APARECIDA GARCIA BERNARDES

**QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO OESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

*Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do Título de Mestre em Enfermagem em
Saúde Pública. Inserida na Linha de
Pesquis: Processo Saúde-Doença e
Epidemiologia.*

*Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Claudia Benedita
dos Santos*

**Ribeirão Preto
2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

BERNARDES, Karina Aparecida Garcia Bernardes

Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo. 2007

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Santos, Claudia Benedita

1. Qualidade de Vida, 2. Agente Comunitário de Saúde,
3. Programa de Saúde da Família

FOLHA DE APROVAÇÃO

Karina Aparecida Garcia Bernardes

Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Inserida na Linha de Pesquisa: Processo Saúde-Doença e Epidemiologia.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Dedico esta dissertação

*À Celina, minha querida mãe, razão do meu existir e da minha
felicidade, por todos os esforços dedicados a mim e ao meu cumprimento
de mais esta jornada.*

AGRADECIMENTOS

A Deus

A minha querida mãe Celina e ao meu pai Jelder pela paciência e apoio incondicional.

À Prf^a. Dr^a. Claudia Benedita Santos, por quem tenho grande admiração e carinho, pelo esforço de me orientar neste desafio, por acreditar no meu potencial, pela amizade e pelos ensinamentos.

A minha família, pela confiança, respeito e motivação.

À Prof^a. Lourdinha, pela amizade e carinho de mãe e orientações que foram de grande valia para a minha profissão e minha vida.

À Prof^a. Dr^a. Maria Cecília P. de Almeida, à Prof^a. Dr^a. Tereza Cristina S. Villa, à Prof^a. Dr^a. Silvana M. Mishima, à Prof^a. Dr^a. Ione C. Pinto, à Prof^a Antonia Regina F. Furegato, ao Prof. Dr. Moacir L. C. Jr., à Prof^a. Dr^a. Suzana A. de Moraes, pelas quais tenho grande admiração, pela amizade e pelos valiosos ensinamentos.

À Andréia, pela amizade, carinho e solicitude.

Aos amigos, companheiros de hoje e sempre, pela força e respeito.

Aos companheiros da pós-graduação, pelo aprendizado que tivemos juntos, em especial à Karina A. A. Tonani, minha querida xará, pelos momentos maravilhosos que vivemos juntas.

Aos professores da graduação que acreditaram no meu sonho.

Aos todos os agentes comunitários de saúde do município de São José do Rio Preto, essência do presente estudo, pela incrível recepção e colaboração.

A todos os profissionais gestores e técnicos da rede municipal de saúde de São José do Rio Preto, por considerar a importância e possibilitar a realização deste estudo.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão de mais esta jornada.

***“Ah...mas quem sou eu senão
uma formiguinha das menores
que anda pela Terra
cumprindo sua obrigação.”
(Chico Xavier)***

RESUMO

BERNARDES, K.A.G. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo. 2007. 79 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil representou a modificação do modelo de atenção à saúde, pautado no conhecimento do território e do perfil epidemiológico, com foco no indivíduo, na família e comunidade. Neste processo, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) torna-se um profissional de fundamental importância para a consolidação das novas práticas em saúde e, pertencendo à comunidade, proporciona para a equipe de saúde da família uma melhor visão desta, facilitando o planejamento das ações. Assim, considerando-se as perspectivas realizadas em torno da ESF, os desafios da equipe para a consolidação do SUS e a importância que os estudos em torno da avaliação da Qualidade de vida (QV) exercem sobre a melhor compreensão do tema e na remodelação de políticas e práticas, principalmente na área da saúde, definiu-se serem os ACS e sua QV, focos desta pesquisa. O objetivo do presente estudo é descrever a qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde, segundo o referencial do WHOQOL-bref (GRUPO WHOQOL, 1998), em uma cidade no interior do estado de São Paulo, no ano de 2007. Trata-se de um estudo descritivo - exploratório e transversal. Participaram do estudo 198 ACS pertencentes a 21 unidades de saúde do município. Houve predominância de indivíduos do sexo feminino (86,1%), com média de idade de 34,3 anos, ensino médio completo (66,7%) e casados ou vivendo como casados (54,3%). A maioria dos ACS considerou a própria saúde como boa ou muito boa (79,7%) e 45,4% responderam ter nenhum problema de saúde. O tempo médio de trabalho dos ACS foi de 3 anos e 2 meses. Para testar a consistência interna do WHOQOL-bref foi calculado o Coeficiente Alfa de Cronbach, o qual apresentou valores satisfatórios para as 26 facetas ($\alpha = 0,91$) e para os domínios físico, psicológico e meio-ambiente ($\alpha = 0,78$; $\alpha = 0,75$ e $\alpha = 0,76$, respectivamente). Os escores médios para QV Geral foram 69,8 e 66,9, respectivamente, para Q1 e Q2. Para os domínios os escores médios foram 73,8 para o domínio físico; 71,7 para o domínio psicológico; 70,4 o domínio relações sociais e 55,8 para o domínio meio-ambiente. As facetas que apresentaram os maiores escores médios em cada domínio foram “mobilidade” (80,7) (domínio físico), “espiritualidade / religiões / crenças pessoais” (81,9) (domínio psicológico), “relações pessoais” (73,7) (domínio relações sociais), “ambiente no lar” (66,8) (domínio meio-ambiente). As facetas que apresentaram os menores escores médios de cada domínio foram “sono e repouso” (68,3) (domínio físico), “sentimentos positivos” (65,8) (domínio psicológico), “suporte, apoio social” (67,5) (domínio relações sociais), “recursos financeiros” (37,00) (domínio meio-ambiente). A hipótese inicial de que os ACS apresentariam escores baixos na avaliação da QV somente se confirmou para o domínio Meio-Ambiente, constituído de facetas inerentes à vida no lar e na comunidade, revelando necessidades não apenas do sujeito como profissional, mas como integrante e participante de uma comunidade. Os resultados contribuem positivamente no sentido das práticas de saúde sustentáveis que se constroem com profissionais comprometidos e satisfeitos quanto aos aspectos do trabalho e da vida.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Qualidade de vida.

ABSTRACT

BERNARDES, K. A. G. Quality of life of community health agents from a western city in the interior of São Paulo State. 79 f Master's Dissertation – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. XXX F

The implementation of the Family Health Strategy (FHS) in Brazil represented the modification of the model of the attention to the health, which is based on knowing the territory and its epidemic profile, focusing on the individual, on the family and on the community. In this process, the Community Health Agent (CHA) has become a really important professional to the consolidation of the new health actions and, because he belongs to the community, he knows about its characteristics and its fragilities, which provides, for the family health group, a better view of the community and makes the planning of the actions easier. Thus, considering the prospects held around the FHP, the challenges of the team for the consolidation of SHS and the importance that studies regarding the evaluation of Quality of Life (QoL) have for a better understanding of the subject and the remodeling of policies and practices, especially in health, the CHA and their QoL were defined as the foci of this research. The aim of this study is to describe the community health agents' quality of life in accordance with WHOQOL-bref (WHOQOL Group, 1998), from a city in the interior of São Paulo State in 2007. This is a descriptive-exploring and transversal study. 198 CHA have participated in this study; they belong to 21 health units of the city. There were more female than male individuals (86,1%), average age of 34, 3 years old, complete high school level (66,7%) and predominately married – or living as they were married – (54,3%). The majority of the CHA has considered their lives as good or as very good (79,7%) and 45,4% answered that they don't have any health problems. Their period of work was 3 years and 2 months on average. In order to test the internal consistency of the WHOQOL-bref, the Cronbach's Alpha coefficient was calculated and the result was satisfactory for the 26 facets ($\alpha = 0,91$); and for the physical; psychological and for the environment domains ($\alpha = 0,78$; $\alpha = 0,75$ e $\alpha = 0,76$, respectively). The mean scores for the Overall QoL were 69,8 and 66,9, respectively for Q1 and Q2. For the domains, the mean scores were 73,8 for the physical domain; 71,7 for the psychological domain; 70,4 for the social relationships domain and 55,8 for the environment domain. The facets that had the highest mean scores in each domain were "mobility" (80,7) (physical domain), "spirituality / religiousness / personal beliefs" (81,9) (psychological domain), "personal relationships" (73,7) (social relationships domain), "home environment" (66,8) (environment domain). The facets that had the lowest mean scores from each domain were "sleep and rest" (68,3) (physical domain), "positive feelings" (65,8) (psychological domain), "social support" (67,5) (social relationships domain), "financial resources" (37,0) (environment domain). The initial hypothesis that the CHA would present low scores on the QoL evaluation was confirmed just for the Environment field, which consists of facets inherent to life at home and community, revealing needs of the subject not only as a professional but as member and participant of a community. The results contribute positively towards sustainable practices in health, which are built with committed and satisfied professionals regarding the aspects of work and life.

Keywords: Community Health Agent. Family Health Strategy. Quality of Live.

RESUMEN

BERNARDES, K. A. G. Calidad de vida de agentes comunitarios de salud de una ciudad de la región oeste del Estado de São Paulo. 79 h. Disertación de Maestría - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

La implantación de la estrategia de salud de la familia en Brasil representó la modificación del modelo de atención a la salud, el cual es pautado en el conocimiento del territorio y su perfil epidemiológico, con foco en el individuo, en la familia y en la comunidad. En este proceso, el Agente Comunitario de Salud (ACS) se queda un profesional muy importante para la consolidación de las nuevas prácticas en salud y perteneciendo a la comunidad el conoce las características y las fragilidades de ella, y esto proporciona para la equipo de salud de la familia una mejor visión de la comunidad y facilita el planeamiento de las acciones. Por lo tanto, considerando las perspectivas realizadas en torno del PSF, los desafíos del equipo para la consolidación del SUS y la importancia que los estudios en torno a la evaluación de la Calidad de Vida (CV) tienen sobre la mejor comprensión del tema y en la remodelación de políticas y prácticas, especialmente en el área de la salud, se definió que los ACS y su CVcalidad de vida son los focos de esta investigación. El objetivo de este estudio es hacer una descripción de la cualidad de vida de los agentes comunitarios de salud, según el referencial de la *WHOQOL-bref* (Grupo WHOQOL, 1998), en una ciudad en el interior del estado de São Paulo, en el año de 2007. Tratase de una investigación descriptiva y transversal. Participaron del estudio 198 ACS de las 21 unidades de salud de la ciudad. La mayoría de los individuos eran del sexo femenino (78,3%), con edad promedio de 34,3 años, enseñanza media completa (66,7%) y casados o viviendo como se fueran casados (54,3%). La mayor parte de los ACS consideraron la propia salud como buena o como muy buena (79,7%) y 45,4% respondieron que no tienen ningún problema de salud. El tiempo de trabajo de los ACS fue de 3 años y 2 meses en promedio. Para testar la consistencia interna del *WHOQOL-bref* fue calculado el coeficiente Alfa de Cronbach que presento valores satisfactorios para las 26 facetas ($\alpha = 0,91$) y para los dominios físico; psicológico y medio ambiente ($\alpha = 0,78$; $\alpha = 0,75$ e $\alpha = 0,76$, respectivamente). Los promedios para la Calidad de Vida General fueron 69,8 y 66,9, respectivamente, para Q1 y Q2. Para los dominios los promedios fueron 73,8 para el dominio físico; 71,7 para el dominio psicológico; 70,4 para el dominio relaciones sociales y 55,8 para el dominio medio ambiente. Las facetas que presentaron los mayores promedios en cada dominio fueron “movilidad” (80,7) (dominio físico), “espiritualidad, religión y creencias personales” (81,9) (dominio psicológico), “relaciones personales” (73,74) (dominio relaciones sociales), “ambiente en el hogar” (66,84) (dominio medio ambiente). Las facetas que obtuvieron los menores promedios de cada dominio fueron “sueño y reposo” (68,3) (dominio físico), “sentimientos positivos” (65,8) (dominio psicológico), “suporto o apoyo social” (67,5) (dominio relaciones sociales), “recursos financieros” (37,0) (dominio medio ambiente). La hipótesis inicial de que los ACS presentarían bajos escores en la evaluación de CV sólo se confirmó para el dominio Medioambiente, constituido por facetas inherentes a la vida en el hogar y la comunidad, revelando necesidades no sólo del sujeto como profesional sino como integrante y participante de una comunidad. Los resultados contribuyen positivamente a las prácticas de salud sustentables que se construyen con profesionales comprometidos y satisfechos en los aspectos de trabajo y vida.

Palabras claves: Agente comunitario de Salud. Estrategia de Salud de la Familia. Calidad de vida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos ACS, segundo a unidade. São José do Rio Preto. 2008	50
Tabela 2: Distribuição dos ACS, segundo a escolaridade. São José do Rio Preto. 2008	51
Tabela 3: Distribuição dos ACS, segundo o estado civil. São José do Rio Preto. 2008	51
Tabela 4: Distribuição dos ACS, segundo a avaliação pessoal de saúde. São José do Rio Preto. 2008	52
Tabela 5: Distribuição dos ACS, segundo problema ou condição de saúde. São José do Rio Preto. 2008	52
Tabela 6: Valores obtidos para o Coeficiente Alfa de Cronbach para o WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS. São José do Rio Preto. 2008	53
Tabela 7: Frequências de respostas e medidas descritivas das duas primeiras questões do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS. São José do Rio Preto. 2008	54
Tabela 8: Escores médios e respectivos desvios-padrão das duas primeiras questões do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS. São José do Rio Preto. 2008	54
Tabela 9: Escores médios e desvios-padrão das duas primeiras questões do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008	81
Tabela 10: Escores médios e respectivos desvios-padrão dos domínios do WHOQOL-bref, aplicado ao grupo de ACS, segundo o tipo de unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008	56
Tabela 11: Escores médios e respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do Domínio Físico do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS e valores da significância estatística (p). São José do Rio Preto. 2008	57
Tabela 12: Escores médios e respectivos desvios-padrão obtidos para o domínio Físico do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008	81
Tabela 13: Escores médios, respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do Domínio Psicológico do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS e valores da significância estatística (p). São José do Rio Preto. 2008	58

Tabela 14: Escores médios e desvios-padrão obtidos para o domínio Psicológico do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008	82
Tabela 15: Escores médios, respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do Domínio Relações Sociais do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS e valores da significância estatística (p). São José do Rio Preto. 2008	59
Tabela 16: Escores médios e desvios-padrão obtidos para o domínio Relações Sociais do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008	82
Tabela 17: Escores médios, respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson entre cada faceta e o escore médio do Domínio Meio Ambiente do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS e valores da significância estatística (p). São José do Rio Preto. 2008	60
Tabela 18: Escores médios e desvios-padrão obtidos para o domínio Meio Ambiente do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008	83
Tabela 19: Escores médios e desvios-padrão obtidos para as 26 facetas do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008	83

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde Da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

QV - Qualidade de Vida

QVG - Qualidade de Vida Geral

SUS - Sistema Único de Saúde

SPSS - Software Statistical Package For Social Sciences

USF - Unidade de Saúde da Família

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1. OBJETO DO ESTUDO	16
1.1 Qualidade de vida: aspectos conceituais	16
1.2 Considerações sobre a avaliação de qualidade de vida e seus instrumentos	20
1.3 Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL 100 e WHOQOL-bref	25
2. REFERENCIAL TEÓRICO	32
2.1 Aspectos históricos da Saúde Pública no Brasil e o Sistema Único de Saúde	32
2.2 A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	34
3. RELEVÂNCIA DO ESTUDO	42
4. OBJETIVO	42
5. METODOLOGIA	43
5.1 Tipo de estudo	43
5.2 Local do estudo	43
5.3 População de estudo	43
5.4 Considerações éticas	44
5.5 Procedimentos para coleta de dados	44
5.5.1 Estudo piloto	45
5.5.2 Teste de campo	46
5.6 Análise e tratamento dos dados	46
6. RESULTADOS	49

6.1	Características sócio-demográficas	49
6.2	Avaliação da qualidade de vida	53
6.2.1	Qualidade de vida geral	53
6.2.2	Domínios do WHOQOL-bref	55
6.2.2.1	Domínio Físico	55
6.2.2.2	Domínio Psicológico	58
6.2.2.3	Domínio Relações Sociais	59
6.2.2.4	Domínio Meio Ambiente	60
7.	DISCUSSÃO	62
7.1	Características da população	62
7.2	Avaliação da Qualidade de vida.....	64
7.2.1	Qualidade de vida geral.....	65
7.2.2	Domínios.....	66
7.2.2.1	Domínio Físico.....	66
7.2.2.2	Domínio Psicológico.....	68
7.2.2.2	Domínio relações sociais.....	69
7.2.2.4	Domínio Meio-Ambiente.....	70
8.	CONCLUSÃO	72
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
	APÊNDICES.....	80
	ANEXOS.....	85

APRESENTAÇÃO

O interesse pessoal pelo estudo em questão advém da observação e acompanhamento do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de diversos serviços e municípios, da peculiaridade de suas atribuições e do seu importante papel como elo entre a comunidade e o cuidado em saúde.

Perceber e acreditar nas transformações ocorridas com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) significa também olhar a inserção de novas práticas e novos atores e como as intervenções em saúde afetam a qualidade de vida das pessoas. Desta forma, o ACS torna-se agente indispensável na consolidação da Atenção Primária à Saúde, promovendo vínculo, identificando riscos, agindo como educador e promovendo autonomia.

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

Atualmente, tem-se notado um aumento de estudos sobre a qualidade de vida e de trabalho dos profissionais de saúde. Na ESF, esse objeto de estudo ainda é muito novo, mas já é possível observar algumas pesquisas neste âmbito.

A introdução aborda aspectos históricos da saúde pública no Brasil e a inserção do SUS e da ESF, aspectos conceituais sobre qualidade de vida (QV) e sua avaliação.

A hipótese inicial formulada é de que serão encontrados escores médios do WHOQOL-bref que sugerem uma avaliação negativa da QV do grupo de agentes comunitários de saúde.

O capítulo sobre a metodologia apresenta a descrição de todos os procedimentos necessários para a efetuação do presente estudo envolvendo a natureza, o local e os sujeitos da pesquisa, o instrumento utilizado e os procedimentos para a coleta, análise e tratamento dos dados, os aspectos éticos necessários e os procedimentos.

Mesmo se tratando de um grupo de trabalhadores, a preferência por utilizar um instrumento de avaliação da QV como o WHOQOL-bref partiu do princípio de que a própria natureza do agente comunitário de saúde requer uma análise de componentes da QV que ultrapassam as questões que envolvem o trabalho.

Nos resultados a caracterização da população do estudo é realizada segundo idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, consideração sobre a própria saúde, problema ou condição de saúde, tipo (Unidade de Saúde da Família - USF ou Unidade Básica de Saúde – UBS) e identificação das unidades de saúde. Em relação à avaliação da qualidade de vida segundo o WHOQOL-bref são apresentados os escores médios obtidos para as questões que avaliam a qualidade de vida geral (questões 1 e 2), para os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente) e para as facetas componentes dos domínios.

No capítulo da discussão são apresentados estudos que serviram de base de comparação com os resultados do presente estudo.

O capítulo de conclusão do estudo aborda considerações sobre os resultados e o significado que eles representam, limitações do estudo e proposta de estudos futuros.

Desta forma, considerando a grande inserção dos ACS no Brasil e sua importância para a consolidação de novas formas de garantia de saúde com equidade e autonomia, considera-se pertinente a proposta e desenvolvimento deste estudo.

1. OBJETO DO ESTUDO

1.1 Qualidade de vida: aspectos conceituais

A conceituação de QV abrange muitos significados que se diferem através de contextos históricos, sociais, culturais e econômicos que englobam os indivíduos individual e coletivamente (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; ROCHA et al., 2000). Embora o debate em torno do tema tenha ganhado muito espaço, ainda constitui-se num temo de difícil conceituação, pois até hoje não se chegou a uma conceituação comum (BARROS, 2002; ROCHA et al., 2000).

As discussões em torno do termo “qualidade de vida” têm sido geradas tanto na linguagem comum pela população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de várias áreas e gestores responsáveis por políticas públicas, quanto no âmbito científico, em vários campos do saber, principalmente nas ciências humanas, econômicas e da saúde (BOWLING; BRAZIER, 1995; ROGERSON, 1995). Isso remete do interesse por um conceito mais ampliado de saúde e do entendimento de que o processo saúde-doença constitui-se de determinantes e condicionantes de natureza multifatorial, na qual estão envolvidos aspectos econômicos e socioculturais e a experiência, as condições e o estilo de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Seidl e Zannon (2004) referem que há indícios de que o termo começou a ser utilizado na literatura na década de 30, em estudos sobre a conceituação e avaliação da QV. Costa Neto (2002) identificou que mais de 70% dos instrumentos encontrados num período de 70 anos apareceram na literatura a partir dos anos 80. Em 1977, o termo tornou-se palavra-chave no *Medical Subject Headings*, *MEDLINE Computer Search Systems* da *National Library of Medicine* dos Estados Unidos (WOOD-DAUPHINEE, 1999). Dantas, Sawada e Malerbo

(2003) referem, em um estudo de revisão bibliográfica, que a produção científica nacional a respeito do tema “qualidade de vida” tem maior apresentação a partir de 1999.

Após a Segunda Guerra Mundial, sua utilização esteve relacionada ao impacto da aquisição de materiais. A partir disso, houve um esforço de estudiosos na busca de índices que avaliassem a QV dos indivíduos e das sociedades. Assim, o conceito de QV enquadra-se em um contexto no qual dois tipos fatores eram importantes: positivos (como a riqueza econômica) e negativos (como o crescimento populacional); sendo então avaliada por índices como o PNB (Produto Nacional Bruto) (GRACIA GUILLÉN, 1998 apud ALBUQUERQUE, 2005).

Seguindo o contexto histórico, pode-se perceber que houve uma evolução conceitual em torno de QV, que deixa de ter apenas conotação econômica e passa a incorporar-se em um contexto de desenvolvimento social, ou seja, elementos como saúde, educação, moradia, transporte, trabalho, lazer, etc passam a fazer parte importante do significado e da avaliação da QV e surgem vários indicadores como: “esperança de vida, mortalidade infantil, nível de poluição, qualidade de transporte”, etc. No mesmo contexto, as políticas de bem-estar social, o chamado *Welfare State* começam a surgir (GRACIA GUILLÉN, 1998 apud ALBUQUERQUE, 2005).

Somente a partir dos anos 80 que esse conceito ganha realmente significados de natureza subjetiva, ou seja, a QV torna-se importante também como algo percebido pelas pessoas, englobando termos como bem-estar e felicidade (GRACIA GUILLÉN, 1998 apud ALBUQUERQUE, 2005).

Belasco e Sesso (2006) afirmam que a preocupação atual em torno da QV está relacionada aos processos relacionais depreciativos entre os homens e destes com o ambiente. O consumismo desenfreado da sociedade mundial somado à exploração não sustentável dos recursos naturais têm produzido efeitos de níveis populacionais como o empobrecimento das

populações e a forte diferenciação da produção, do consumo e da cultura. Diante disso, os autores afirmam que a QV atinge um significado de busca pela “equidade social e diversidade ecológica e cultural” no qual torna-se importante a avaliação da qualidade dos aspectos da vida urbana, “da qualidade do consumo, do trabalho, da distribuição de riquezas e do acesso aos bens e serviços”.

Suzuki (2002) destaca que, dentro da abrangência do conceito de QV destacam-se três principais âmbitos complementares. O primeiro refere-se à diferenciação dos aspectos materiais - aqueles ligados às necessidades mais básicas do ser humano, como habitação, abastecimento de água e sistema de saúde, que eram muito decisivos na análise da QV e que o autor denomina de “natureza física-estrutural” – e dos aspectos imateriais ligados ao ambiente, ao patrimônio cultural e ao bem-estar, os quais atualmente assumem maior importância.

O segundo âmbito integra aspectos individuais (condição econômica, pessoal e familiar) e coletivos (como os serviços básicos e públicos). Por fim, o terceiro âmbito engloba elementos objetivos, que são indicadores de natureza quantitativa, e elementos subjetivos, que podem ser explicados como a percepção subjetiva que os indivíduos têm sobre a QV (SUZUKI, 2002).

QV é frequentemente confundida com padrão de vida (e não apenas por pessoas leigas), o que pode ocasionar uma avaliação focalizada mais em componentes objetivos. Entretanto, a percepção subjetiva do indivíduo sobre importantes aspectos de sua vida pessoal podem ou não coincidir com os indicadores que traduzem padrões de vida. Os dois tipos de medida são relativamente diferentes mas as relações entre elas necessitam ser mais estudadas (SKEVINGTON, 2002).

A QV está relacionada ao significado que as pessoas dão aos aspectos de sua vida e é algo construído socialmente. Isso porque as pessoas podem interpretar ou mesmo valorizar em

diferentes níveis os eventos que acontecem em suas vidas. Um evento que ocorre igualmente na vida de duas pessoas distintas tem repercussões e efeitos para cada uma também de maneira distinta, pois isso depende de suas experiências (SKEVINGTON, 2002).

A aplicação do termo “qualidade de vida” na área médica tem sido realizada com vários sinônimos, como “condições de vida” e “funcionamento social” (GUYAT; FEENY; PATRICK, 1993). O fato é que a própria definição de qualidade de vida não consta na maior parte dos trabalhos que propõem sua avaliação (GILL; FEINSTEIN; 1993). Termos como “Qualidade de vida relacionada com a saúde” (*Health-related quality of life*) e “Estado subjetivo de saúde” (*Subjective health status*) são conceitos utilizados na avaliação sobre o estado de saúde e seu impacto sobre vida plena do indivíduo (FLECK et al., 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) através do grupo sobre qualidade de vida, o WHOQOL Group, define QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Esta definição reflete a complexidade essencial de QV e inter-relaciona aspectos ambientais, físicos, psicológicos, nível de independência, relacionais e espirituais e afirma a subjetividade e a multidimensionalidade como determinantes para a avaliação da QV, através da qual o indivíduo imerso no contexto sociocultural e ambiental é capaz de refletir e avaliar sua própria vida (FLECK, 2000). Este estudo está centrado neste referencial trazido pela OMS.

Skevington (2002) aponta que a OMS, através do WHOQOL group, foi a primeira a considerar formalmente os componentes culturais da QV, o que forneceu toda a orientação teórica que direcionou a metodologia do WHOQOL.

1.2 Considerações sobre a avaliação de qualidade de vida e seus instrumentos

Juntamente com o interesse crescente e atual pelo tema qualidade de vida, vem ocorrendo a elaboração de instrumentos para a sua avaliação, fato que se constitui em outro desafio para o construto (FLECK, 2000; FLECK et al., 1999; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). O desenvolvimento relevante de instrumentos destinados a medir a QV das pessoas teve início a partir de 1970. Costa Neto (2002) relata que uma pesquisa realizada em 1998 pelo *Directory of instruments to measure quality of life and correlate areas* destaca que ao longo de 60 anos foram desenvolvidos 446 instrumentos, sendo que 322 ocorreram a partir dos anos 80. Junto a isso nota-se uma evolução quanto aos aspectos conceituais e metodológicos do uso do termo QV no meio científico.

Para ter uma idéia da evolução das pesquisas em torno da QV ao longo dos anos, em busca própria realizada no MEDLINE utilizando o descritor “qualidade de vida”, obteve-se que entre 1966 a 1996 foram encontradas 15999 referências, sendo que destas 45 são nacionais. Já entre os anos de 1997 e 2007, foram encontradas 43042 referências, sendo 214 nacionais. Percebe-se, portanto, que nos últimos 10 anos houve um aumento considerável, visto de que o número de publicações é 2,7 vezes maior em comparação a um período de 30 anos. Este aumento também é percebido nas publicações nacionais, pois as publicações da última década são quase 5 vezes maior ao período anterior também de 30 anos.

Verdugo et al. (2005), abordando aspectos inerentes à avaliação da QV, referem sua natureza multidimensional, envolvendo domínios e indicadores; seu pluralismo metodológico por conter medidas subjetivas e objetivas; o delineamento de pesquisa que considera características pessoais e variáveis ambientais; a perspectiva de múltiplos ambientes e indivíduos e a participação cada vez maior de pessoas ditais como “desabilitadas” em avaliar sua QV. Os autores ressaltam que a avaliação da QV deve ser guiada principalmente pela

consideração do conceito de QV como uma noção sensível, um tema único e um construto social.

Pode-se citar algumas considerações sobre a natureza dos instrumentos de avaliação de QV, que podem ser genéricos ou específicos. Quanto aos instrumentos de natureza genérica, estes geralmente são compostos por grande parte das dimensões constituintes da QV. Em contrapartida, os instrumentos de natureza específica propõem uma avaliação concentrada em um aspecto particular e têm sido muito bem aplicados na área médica, por possibilitar a avaliação padronizada e quantificada dos aspectos da QV de pessoas em determinada condição de saúde, doença ou tratamento (DINIZ; SCHOR, 2006).

Juntamente a esta tendência, Garrat et al. (2002) referem que as experiências clínicas e formas similares de estudos avaliativos têm incorporado como perspectiva a avaliação de resultados para o paciente. No entanto, a avaliação dos benefícios das intervenções, dos benefícios das intervenções, sobretudo na área clínica, devem fornecer evidências sobre questões como o impacto na saúde e na QV relacionada à saúde dos pacientes. Além disso, este tipo de avaliação vai além de indicadores médicos convencionais e necessita ser realizada pelo próprio paciente.

Garrat et al. (2002) realizaram um estudo de levantamento de publicações referentes ao desenvolvimento de testes para medidas de avaliação de pacientes, incluindo aspectos do status de saúde e QV, entre outros.

Foram incluídas na pesquisa acima citada estudos que utilizaram pessoas respondentes em nome dos pacientes e também aquelas relacionadas à saúde e à QV dos cuidadores e excluídas aquelas que somente relatavam o uso destas medidas. As publicações levantadas foram avaliadas pelo tipo de medida selecionada e as especialidades médicas envolvidas. Ao todo foram selecionadas 3921 publicações.

Os resultados de Garrat et al. (2002) mostraram que a maioria 1819 tratava de estudos relativos ao desenvolvimento de medidas específicas para uma doença ou população. Além disso, esse número também traduz o crescimento deste tipo de medida, entre os anos de 1990 – 1999. Com relação às medidas genéricas, foram encontradas 865 publicações; 690 incluíam medidas de dimensão específicas; 409 foram de medidas de serviços de utilidade pública e 62 medidas individualizadas.

Em relação às especialidades envolvidas, os resultados mostram um total de 30, sendo que as maiores freqüências estão relacionadas à reumatologia, medicina músculo-esquelética, oncologia e gerontologia. Em relação aos instrumentos de medidas, o mais frequentemente utilizado foi o SF-36. Ao todo, foram identificados estudos de desenvolvimento de 26 instrumentos de medidas avaliativas sobre pacientes. Para finalizar, eles alertam que, embora haja um crescimento visível no número de instrumento de avaliação de qualidade de vida e de saúde, falta uma padronização para uso destes instrumentos e de suas medidas (GARRAT et al., 2002)

Para que a avaliação sobre a qualidade de vida seja realizada de modo confiável é necessário um trabalho preliminar em torno de seu conceito e sobre os domínios que a compõem e, a partir disso, como deve ser delineada a investigação (GILL; FEINSTEIN 1994).

Devido à dificuldade em torno da definição de qualidade de vida, torna-se desafiante a construção de instrumentos psicometricamente confiáveis para a sua avaliação (FLECK, 2000). A maioria destes instrumentos foi criada nos Estados Unidos e tem-se feito um esforço para traduzi-los para outras línguas, porém há divergências sobre a aplicabilidade transcultural desses. Essas divergências partem do princípio de que não há consenso sobre a influência cultural no construto qualidade de vida, o que gera conflitos sobre a confiabilidade da aplicação de um instrumento traduzido (FLECK et al., 1999).

Em busca própria (2007) em base de dados MEDLINE sobre os instrumentos de avaliação da QV relacionados a adultos e existentes nas publicações nacionais, podemos ressaltar alguns:

Genéricos

- WHOQOL – 100;
- WHOQOL – bref;
- *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health* – instrumento avaliativo de QV relacionada à saúde; amplamente utilizado;
- *Flanagan Quality of Life Scale*;
- *Perfil de Saúde de Nottingham* (PSN);
- *General Health Questionnaire* (GHQ);
- WHOQOL – OLD ;

Específicos

- WHOQOL – OLD – específico para a população idosa;
- AQUAREL – designado a avaliar a QV de pacientes com marcapasso;
- *Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index (Calgary SAQLI)* – específico para avaliação da QV de pessoas com apnéia do sono.
- Escala de Determinação Funcional de Qualidade de Vida (DEFU) – voltado para esclerose múltipla;
- *Quality of Life test* (HAT-QoL) – para portadores de HIV/AIDS;
- Questionário de qualidade de vida 65 (QQV-65) – para epilepsia;
- *Quality of life in Epilepsy Inventory* (QOLIE-89) – para epilepsia;
- *Quality of Life Scale* (QLS-BR) – específica para esquizofrenia

- *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) - QV em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal;
- *Quality of life assessment scale on Alzheimer disease* (QOL-AD) – para pacientes com Mal de Alzheimer;
- *Women's Health Questionnaire* – avaliação da QV de mulheres no climatério;
- *King's Health Questionnaire* (KHQ) – para incontinência urinária;
- *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) – para incontinência urinária;
- *Voice Handicap Index* (VHI) – QV relacionada à voz;
- *Voice-related quality of life questionnaire* (VRQOL) ou Questionário de Qualidade de Vida e Voz (QVV) – destinado a avaliar a QV relacionada à voz;
- *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) – para portadores de zumbido;
- *Head and Neck 35* (H&N35) e *Quality of Life Core Questionnaire* (QLQ-C30) - questionários da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC);
- *Kidney Disease and Quality of Life - Short Form* (KDQOL-SF™) – voltado para portadores de doença renal;
- *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) – para pessoas com fibromialgia;
- - *Fecal Incontinence Quality of Life* (FIQL) – para pessoas com incontinência fecal;
- *Oral health impact profile* (OHIP-49) – QV relacionada à saúde oral.
- *Oral Impacts on Daily Performance* (OIDP) – QV relacionada à saúde oral.
- *Visual functioning index* – pacientes com catarata
- *Visual Function Questionnaire* (NEI-VFQ-25) - desenvolvido para avaliar qualidade de vida de um amplo aspecto de condições oculares

1.3 Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL 100 e WHOQOL-bref

A necessidade da criação de um instrumento para a avaliação da qualidade de vida que pudesse ser aplicado internacional e transculturalmente fez com que a OMS, através do Grupo de Qualidade de Vida (The WHOQOL Group) em um projeto colaborativo multicêntrico que envolveu 15 centros, elaborasse o WHOQOL-100, um instrumento de auto-avaliação, composto por 100 itens e baseado em seis domínios, de acordo com a caracterização multidimensional proposta pela própria OMS, os quais são: “domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais”. Esses domínios são divididos em 24 facetas, sendo que cada faceta é composta por quatro perguntas (Figura 1, página 6) e uma 25ª faceta composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida (FLECK et al., 1999; THE WHOQOL GROUP, 1997).

O domínio religiosidade, espiritualidade, crenças pessoais foi incluso posteriormente ao WHOQOL-100. Fleck et al. (2003), citando vários autores, referem que a religiosidade e a espiritualidade tiveram muita importância para as pessoas com problemas de saúde. Entretanto, as posturas da medicina ocidental em relação a esse fato vão justamente em caminho contrário a essa importância, por considerar o assunto como irrelevante e sem importância e por desconsiderar e reconhecer patologicamente as experiências religiosas dos pacientes.

Em contrapartida, os autores apontam que a medicina oriental busca integrar esses componentes ao indivíduo e ao processo saúde-doença. Há grandes problemas metodológicos na avaliação da religiosidade e espiritualidade, pois o risco de vieses é muito grande.

Segundo Fleck et al. (2003) um grande dilema encontra-se no objetivo de medir a religiosidade, justamente pela limitação que as estratégias até então existentes tiveram para

avaliar algo tão complexo. Outro ponto importante é que torna-se complicado abranger elementos das diversas crenças, sem focalizar uma ou um grupo delas e a maioria dos estudos são geralmente realizados dentro de um único país e pouco aplicáveis em outras culturas. Diante desses fatos, o grupo WHOQOL desenvolveu tal domínio, a fim de avaliar este componente em uma perspectiva transcultural.

Após a elaboração do WHOQOL-100, outros centros, inclusive o Brasil, foram incorporados para a utilização do instrumento em um maior número de países. A partir disso, o grupo utilizou uma metodologia para ser seguida nas novas versões: a tradução do instrumento, a preparação do teste-piloto, desenvolvimento das escalas de respostas e a administração do piloto (THE WHOQOL GROUP, 1998).

No Brasil, a versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. O estudo mostrou desempenho psicométrico, consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste satisfatórios para os critérios exigidos (THE WHOQOL GROUP, 1998).

A necessidade de instrumento de aplicação rápida fez com que a OMS, através do WHOQOL, elaborasse uma versão simplificada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref (anexo 1), o qual é composto de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e de 26 questões, sendo que duas questões são gerais e as outras 24 referem-se a cada uma das 24 facetas do instrumento original, como pode ser observado abaixo (THE WHOQOL GROUP, 1996):

➤ Domínio 1 – Domínio Físico

- Dor e desconforto (questão 3)
- Dependência de medicação ou de tratamentos (questão 4)

- Energia e fadiga (questão 10)
- Mobilidade (questão 15)
- Sono e repouso (questão 16)
- Atividades da vida cotidiana (questão 17)
- capacidade para o trabalho (questão 18)

➤ Domínio 2 – Domínio psicológico

- Sentimentos positivos (questão 5)
- Espiritualidade / religião / crenças pessoais (questão 6)
- Pensar, aprender, memória e concentração (questão 7)
- Imagem corporal e aparência (questão 11)
- Auto-estima (questão 19)
- Sentimentos negativos (questão 26)

➤ Domínio 3 – Relações sociais

- Relações pessoais (questão 20)
- Atividade sexual (questão 21)
- Suporte (apoio) social (questão 22)

➤ Domínio 4 – Meio Ambiente

- Segurança física e proteção (questão 8)
- Ambiente físico (poluição / ruído / trânsito / clima) (questão 9)
- Recursos financeiros (questão 12)
- Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (questão 13)
- Participação em/e oportunidades de recreação/lazer (questão 14)
- Ambiente no lar (questão 23)
- Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (questão 24)

- Transporte (questão 25)

O WHOQOL-bref pode ser auto-administrado em pessoas que tiverem condições. No entanto, em outros casos pode assistido ou administrado pelo pesquisador. É recomendado tomar-se como tempo de referência para a resposta das questões as últimas duas semanas, salvo em casos algumas doenças crônicas (THE WHOQOL GROUP, 1996).

As respostas apresentam escalas do tipo *Likert* e são quatro tipos, com cinco níveis cada uma: 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) (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O teste de campo para a validação do instrumento contou com 20 centros em 18 países diferentes. Foram utilizados tanto o critério psicométrico quanto o conceitual para a definição das questões. Na sua aplicação no Brasil, o instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, de acordo com os padrões originais, fatos que comprovam que o mesmo alia um bom desempenho psicométrico à praticidade na avaliação da qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

O WHOQOL-bref, assim com o WHOQOL-100, foi traduzido para o português e seu teste de campo foi efetuado com uma amostra de 300 indivíduos, dentre os quais 250 pacientes provinham do hospital de clínicas de Porto Alegre e 50 eram voluntários-controles. A consistência interna, avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach, foi aplicada para os domínios e para as questões e cada domínio individualmente. Os valores obtidos foram os seguintes: 0,77 para os domínios; 0,91 para as 26 questões; 0,84 para o domínio 1; 0,79 para o domínio 2; 0,69 para o domínio 3 e 0,71 para o domínio 4. Tais valores atestaram uma consistência interna satisfatória para o instrumento, sendo que os domínios 3 e 4,

apresentaram menores valores do coeficiente de Cronbach. Quanto à validade discriminante, os resultados do estudo mostraram que o instrumento discriminou pacientes de indivíduos-controle nos domínios 1 (físico), 2 (psicológico) e 4 (meio ambiente), sendo nesse último com nível de significância limítrofe ($\alpha=0,06$). Entretanto o domínio 3 (relações sociais) não apresentou capacidade de discriminação. Tais resultados são distintos ao estudo multicêntrico que testou inicialmente o instrumento. Explica-se tais diferenças pelo tamanho da amostra e pela quantidade reduzida de questões, sobretudo no domínio 3 (relações sociais) (FLECK et al., 2000).

Em relação à validade de critério, utilizou-se a regressão linear múltipla. Os domínios apresentaram coeficientes de correlação significativos, exceto o domínio 3 e explicaram 44% da variância. Tais resultados, comparados à análise do WHOQOL 100, mostram-se semelhantes no fato de um dos domínios não apresentar coeficiente satisfatório (FLECK et al., 2000).

A validade concorrente foi avaliada através da correlação do WHOQOL-bref com o Inventário de Beck para a depressão e a Escala de Desesperança de Beck, sendo que ambos apresentaram coeficientes de correlação com todos os domínios do WHOQOL-bref, principalmente com o domínio psicológico. Coeficientes semelhantes foram encontrados no WHOQOL-100, fato que reforça a validade concorrente dos dois instrumentos (FLECK et al., 2000).

A fidedignidade teste-reteste foi avaliada através da comparação das médias da primeira medida (teste) e da segunda medida (reteste), sendo que não houve diferença significativa entre as médias. Os coeficientes mostram que houve correlação significativa das medidas do teste-reteste (FLECK et al., 2000).

O estudo analisou que as características psicométricas semelhantes em relação às versões traduzidas para o português do WHOQOL-bref e do WHOQOL 100 e às versões

WHOQOL-bref traduzido e o original. Além disso, considerou-se que a versão abreviada preservou a abrangência do construto “QV” em relação ao instrumento longo ao preservar cada uma de suas 24 facetas. Desta forma, a avaliação final foi que a versão abreviada é aplicável e útil em estudos nos quais a aplicação do instrumento longo torna-se difícil (FLECK et al., 2000).

Considera-se eficaz o uso do WHOQOL-bref para a avaliação da QV de grupos populacionais, pessoas com certas condições de saúde ou durante tratamento, sendo que ele pode auxiliar na escolha de intervenções de saúde. Algo almejado do com o uso do instrumento é que ele colabore para a formulação de políticas de saúde e como meio importante de avaliação de serviços sociais e de saúde (THE WHOQL GROUP, 1996).

O WHOQOL produz um perfil de QV através dos escores dos quatro domínios e das questões de avaliação da QV e saúde gerais. Os escores dos quatro domínios revelam a percepção particular segundo as facetas de cada domínio, pois a média dos escores das facetas são utilizadas para calcular o escore do domínio. Tais escores são escalados em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam alta QV. Além disso, podem ser transformados em uma escala que varia de 4 a 20 comparável ao WHOQOL-100 ou em uma escala de 0 a 100, padronizada (THE WHOQOL GROUP, 1996).

Quando um item é perdido, ele é substituído pela média dos outros itens do domínio, porém quando mais de 20% dos dados são perdidos, a avaliação pode ser descartada. Quando mais de dois itens são perdidos dentro do mesmo domínio, seu escore não pode ser calculado. No domínio 3, o qual contém apenas três itens, o escore só pode ser calculado se no máximo, um item for perdido (THE WHOQOL GROUP, 1996).

Após o desenvolvimento dos instrumentos WHOQOL-100 e do WHOQOL-bref, a preocupação do WHOQOL group em relação ao aperfeiçoamento e avanço da pesquisa em torno do construto QV em uma perspectiva transcultural e mutidimensional continuou. O

empenho em organizar outro instrumento específico para avaliar a QV em idosos deu origem ao WHOQOL – OLD (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

A justificativa desse estudo baseia-se no fato de haver a necessidade de avaliar certas especificidades da faixa etária idosa, como, por exemplo, o domínio físico. É certo que não é possível considerar os mesmos parâmetros para idosos e adultos jovens e portanto, torna-se inviável a aplicação em idosos de instrumentos voltados para a faixa etária mais jovem (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Em contrapartida, há um interesse especial na avaliação da QV na faixa etária mais avançada, justamente para se obter informações a cerca dos condicionantes de bem-estar, saúde e doença na velhice, essenciais para traçar alternativas de melhorias e atenção focalizada no bem-estar dos idosos. Outra justificativa do WHOQOL group está no fato de que há uma escassez de instrumentos voltados para essa finalidade especial (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Moreno et al., em busca realizada no MEDLINE em 2006, identificaram cerca de 20 trabalhos publicados, em diferentes países, sobre a avaliação psicométrica do WHOQOL-bref. Uma consideração importante dos autores foi que, pesar dos resultados satisfatórios em relação à consistência interna do instrumento, os estudos foram desenvolvidos com a população em geral ou com grupos acometidos com algum agravo à saúde e que não se encontrou referências sobre a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento aplicado a grupos laborais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos históricos da Saúde Pública no Brasil e o Sistema Único de Saúde

A história da saúde pública no Brasil pode ser analisada, até meados de 1980, como um conjunto de ações e serviços de assistência médica, de caráter principalmente curativo, e com profunda relação com o sistema previdenciário e com a classe trabalhadora, desde seus primórdios. Essa relação acarretou, ao longo das décadas, um sistema completo de paradoxos em vários sentidos, tanto pela utilização do capital previdenciário para a construção de um poderoso aparato hospitalar e tecnológico em todo o país, que salientava ainda mais o aspecto curativista e medicalizado em detrimento das ações de promoção e prevenção, quanto pela marginalização da grande massa da população sem acesso aos serviços e sem ações integradas de melhoria das condições socioeconômicas (COHN; ELIAS, 1996; LUZ, 1991).

Em meados da década de 60 iniciou-se um processo de construção e articulação do movimento de reforma sanitária. Advindo de bases universitárias, intelectuais e populares, o movimento deu partida para uma transformação sobre as concepções de saúde vigentes no país e articulou suas lutas contra o modelo médico mercantilizador da época em busca de um sistema não excludente e embasado na concepção de saúde como determinante principal das condições sócio-econômicas da população. Esse trabalho, embora não se finalize, após vários outros marcos ocorridos ao longo da história, culmina na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual constituiu-se num espaço democrático para a discussão intersetorial sobre a política de saúde e aprovou-se a unificação do sistema de saúde (SCOREL, 1998). Assim, em 1987, foi aprovado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), antecessor do SUS (COHN; ELIAS, 1996; SCOREL, 1998).

A carta magna de 1988 garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e institui o SUS, sob os princípios doutrinários da universalidade, integralidade, equidade e princípios organizacionais da descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 2002; COHN, ELIAS, 1996; FIGUEIREDO, 2004).

Desta forma surge uma política de saúde constitucionalmente definida como pública e social, o que implicou em mudanças político-jurídicas, institucionais e técnico-operativas para a sua implementação. Somente em 1990, com as Leis 8.080 e 8.142, houve a regulamentação organizacional e operacional do sistema, como a construção de modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia, um sistema regionalizado com base municipal e o controle social. A partir disso, ocorreram atos normativos e administrativos que têm relações e implicações com a implantação e operacionalização da política de saúde, particularmente quanto ao seu eixo de descentralização/municipalização (BRASIL, 2002).

Elias (1996) afirma que a implementação de uma verdadeira política de saúde pública parte do princípio da necessidade da articulação entre as políticas macroeconômicas e as políticas sociais a fim de eleger prioridades como o combate à exclusão social. “O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema com um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos (...) referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde” (FIGUEIREDO, 2004). Avançar nos desafios para a verdadeira implementação do trabalho em saúde coletiva significa um trabalho sistemático, para o qual é necessária a utilização da epidemiologia, do reconhecimento das condições que influenciam o processo saúde-doença da comunidade e da comunhão dos saberes e práticas para reconfigurar o trabalho em saúde de acordo com as verdadeiras necessidades da população (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001).

2.2 A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

A necessidade da criação de um modelo de atenção básica que promovesse uma efetiva operacionalização dos princípios do SUS, no qual fosse possível um trabalho mais próximo e articulado com a realidade de cada sistema local de saúde culminou com a implantação do PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS) E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).

O PACS foi criado em 1991, com o objetivo de atuação mais efetiva frente aos indicadores de mortalidade infantil no Nordeste do Brasil e, já pautado na modificação do modelo de atenção à saúde, agiu como impulsionador para a criação do PSF. O PSF foi consolidado em 1994, frente à proposta de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, consideradas um desafio para a implementação do SUS. Atualmente, os municípios nos quais ainda funciona o PACS o consideram uma transição para o PSF (FIGUEIREDO, 2004).

A ESF, cujo objetivo central “tratar da saúde do indivíduo em um contexto familiar, comunitário e dentro da realidade regional” (BRASIL, 2005) impulsionou mudanças no modelo de atenção à saúde, anteriormente com foco na assistência curativa e hospitalar. O conhecimento das condições de risco à saúde da comunidade permite um atendimento mais resolutivo, pois respeita as realidades regionais e possibilita uma melhor articulação do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2005; FIGUEIREDO, 2004). Além disso, o programa tem sua ação central no indivíduo e na família, atuando na prevenção, promoção e reabilitação de forma integral e permanente. Outra importante característica é o aumento do acesso da cobertura de acesso aos serviços de saúde para uma importante parcela da população (BRASIL, 2005).

Discussões em torno da implantação do PSF e da efetividade do programa enquanto novas estratégias de mudança no modelo de atenção primária têm sido efetuadas justamente para entender todo o lento processo de transformação ocorrido na saúde após a implantação do SUS (FERRAZ; AERTZ, 2005). Por um lado, o PSF é visto por alguns como uma medida de caráter racionalizador, que remete “ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, direcionados a grupos populacionais pobres e marginalizados” (SENNA, 2002). Por outro lado, para os formuladores e gestores do PSF, o programa significa uma estratégia de reorganização e reorientação do modelo de assistência básica do país e uma preocupação com os grupos mais vulneráveis, até então excluídos do acesso aos serviços de saúde (SENNA, 2002). Dentre as conquistas associadas à atuação das equipes de Saúde da Família, estão a queda da mortalidade infantil, a redução do número de mortes em decorrência de complicações no parto e os elevados índices de coberturas vacinais e o aumento da vigilância à saúde da mulher, criança, adolescente e do adulto (BRASIL, 2002, 2005).

Considerando a ESF essencial para a consolidação da atenção básica no Brasil, a portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 define a política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão das diretrizes e normas para o PSF e o PACS (BRASIL, 2006). Segundo a portaria, a estratégia de Saúde da Família deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania.

Informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) mostram que a ampliação da estratégia de Saúde da Família tem sido prioridade. “Hoje, 5.110 municípios têm equipes de Saúde da Família. Entre dezembro de 2002 e março de 2007, o número de equipes aumentou de 16.700 para 27.146. Com isso, a cobertura populacional também foi ampliada, passando de 54,9 milhões para mais de 86 milhões de brasileiros, o equivalente à soma das populações da Argentina, Chile, Uruguai, Paraguai e Bolívia. Para o ano de 2007, a meta foi estabelecida em 29 mil equipes.” Em relação ao PACS, “cerca de 5.299 municípios brasileiros possuem agentes comunitários de saúde. Entre dezembro de 2002 e março de 2007, o número de agentes comunitários de saúde aumentou de 175.463 para 219.379. São 109 milhões de brasileiros, atendidos pelos agentes comunitários, o que representa 59% da população.”

Além disso, a fim de ampliar a atuação da Saúde da Família foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual engloba profissionais de diferentes áreas que atuam em parceria com os profissionais da equipe de saúde da família, “compartilhando as práticas em saúde nos territórios” e atuando como apoio às equipes (BRASIL, 2008).

A Unidade de Saúde da Família (USF) serve de porta de entrada para o sistema local de saúde e trabalha de acordo com um território de abrangência de sua responsabilidade, cuja cobertura populacional por uma equipe de saúde da família deve ser de, no máximo, 4.000 pessoas, sendo que a média recomendada é de 3.000 pessoas. Para cada ACS, o número recomendado é de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2006).

O processo de trabalho em saúde da família (BRASIL, 2006) engloba:

- I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita (...)
- III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor

intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe (...)

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais (...)

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Nunes et al. (2002) acrescentam que a ESF incorpora no processo de cuidado de saúde o domicílio e os espaços da comunidade, ampliando o locus de intervenção em saúde e fortalecendo o vínculo entre os profissionais e a comunidade.

A perspectiva de integralidade assumida pelo programa exige a configuração de uma equipe voltada para um trabalho sujeito, autônomo, articulado intersetorialmente e que consiga relacionar saberes e práticas de diferentes complexidades ao comprometimento com as reais necessidades de saúde da população local, fato que demanda uma transformação de atitudes e práticas dos profissionais envolvidos (PEDROSA; TELES, 2001). Outro tema relevante para a reflexão sobre o programa é a relação desempenhada entre os atores institucionais, ou seja, os profissionais que compõem as equipes e os atores sociais, a comunidade, em torno da reconfiguração das práticas de atenção primária à saúde e do controle social (CREVELIN, 2005).

Para interesse deste estudo, torna-se necessária uma discussão em torno do trabalho do ACS, visto que este profissional é um protagonista que exerce papel fundamental na execução do PSF, por ser conhecedor da realidade local e servir como mediador entre a comunidade e o serviço de saúde. Ao se pensar no perfil de um ACS, procura-se mais atributos sociais do que técnicos, pois qualidades como liderança participativa, solidariedade, conhecimento, boa aceitação e engajamento ante aos membros e assuntos da comunidade são essenciais para se constituir esse profissional (BRASIL, 2002).

Uma equipe de saúde da família é constituída de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e até doze agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2005, 2006; FIGUEIREDO, 2004). Atualmente, as equipes estão sendo incrementadas com profissionais do Programa de Saúde Bucal (BRASIL, 2005). A equipe do PACS é formada por até 30 ACS e um enfermeiro, vinculados a uma unidade de saúde existente no município (BRASIL, 2006). O município no qual o presente estudo foi elaborado conta com equipes de saúde da família e equipes do PACS inseridas na Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os requisitos para ser um ACS, além de ser conhecedor da comunidade e possuir liderança e solidariedade, são “ser maior que 18 anos, saber ler e escrever, residir na comunidade há pelo menos dois anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades”. Para ser um candidato não é necessário ter conhecimento prévio em saúde e qualquer pessoa que se enquadre nos requisitos básicos para a profissão pode se inscrever. A seleção deve ser coordenada pela gestão de saúde e acompanhada pelo Conselho Municipal de Saúde. Após a contratação, deve ser iniciado um processo de capacitação, coordenada pelo enfermeiro, que deve ser gradual e voltada para o perfil epidemiológico da área de abrangência (BRASIL, 2002).

A portaria n.º 684 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), define ações específicas dos ACS na Estratégia de Saúde da Família.

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e

na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Não é interessante que o ACS assuma o papel burocratizado do servidor público, pois o contexto do funcionalismo público, vinculado à estabilidade e ao conhecimento técnico não incorpora os requisitos de liderança e solidariedade e longitudinalidade como integrante da comunidade, tão essenciais para este profissional. Deste modo, a recomendação para o estabelecimento de vínculo entre o ACS e o poder público seja pautada na garantia dos direitos civis, porém com mudanças em sua caracterização como servidor público, inclusive no que diz respeito aos aspectos de contratação e seleção (FERRAZ, AERTZ, 2005)

Através das visitas domiciliares ele reúne as informações necessárias para o planejamento das ações em saúde e dá orientações e os encaminhamentos necessários à população (FERRAZ, AERTZ, 2005 ; BRASIL, 2005). Essa proximidade faz com que, muitas vezes, o ACS sinta mais profundamente os conflitos e transformações ocorridas no cotidiano da comunidade que qualquer outro membro da equipe, como mostra o estudo de Camelo e Angerami (2004).

O ACS é importante mediador do processo de intervenção em saúde no domicílio e na comunidade, pois advém do universo cultural da comunidade mas também absorve conhecimentos advindos do universo biomédico. Esta questão pode significar contradições, porém um diálogo importante de diferentes saberes e práticas. As autoras acrescentam que ao mesmo tempo que a incorporação de conhecimentos biomédicos coloca o ACS em uma posição diferenciada diante da comunidade, também é gerador de sentimento de ansiedade em relação ao conhecimento dos outros profissionais (NUNES et al., 2002).

É possível identificar nas atribuições do ACS um movimento bidirecional, pois, por um lado, ele mostra à comunidade como a rede de serviços está organizada para atender às necessidades de saúde e, por outro, leva até a equipe de saúde os aspectos da comunidade importantes para a escolha das práticas em saúde. Portanto, a formação desses profissionais deve ultrapassar os conceitos biomédicos e incorporar conceitos e saberes que ampliem o poder de diálogo e interação com as famílias e de reconhecimento de necessidades (NUNES et al., 2002).

Cianciarrulo, Silva e Cunha (2005) referem-se a essa nova estratégia de atenção à saúde como um processo de compartilhamento de conhecimentos gerados por velhos e novos atores, ou seja, profissionais com novas atribuições e novos profissionais, como os ACS, cujas atividades que fundamentam a tomada de decisão de toda a equipe.

Segundo Pedrosa e Teles (2001), através da realização de um estudo sobre aspectos consensuais e divergentes entre os membros da equipe de PSF em Teresina – PI, os ACS revelaram dificuldades em relação à aceitação e reconhecimento da comunidade perante o seu trabalho, o que torna mais difícil a realização de práticas educativas em torno da promoção da saúde. Outro fato importante é a satisfação diminuída com o salário, considerado muito baixo em relação aos outros profissionais da equipe.

Nunes et al. (2002) apontam em seu estudo que o reconhecimento do papel do ACS pela comunidade muitas vezes é traduzido como facilitador do acesso ao serviço. No entanto, também está presente um sentimento de que o ACS é uma figura privilegiada na comunidade que pode fornecer alguns privilégios a pessoas favoritas. Em contrapartida, por parte dos ACS, predomina o sentimento de que o trabalho e a responsabilidade que lhes são atribuídos não refletem na questão salarial.

Pedrosa e Teles (2001), citando Habermas (1994), relatam que o ambiente da equipe de trabalho enquanto uma estrutura constituída de regras e exigências de “produtividade”

acaba concebendo ao ACS, membro da comunidade e com ela relacionante e construtor, um papel de natureza técnica, cujas relações sociais tornam-se formalizadas e burocratizadas.

Ferraz e Aertz (2005) constataram em um estudo realizado em Porto Alegre - RS, que há uma descaracterização e burocratização do papel do ACS dentro da equipe do PSF. Isso se deve ao fato de que, muitas vezes, esses profissionais têm que se dedicar a trabalhos internos da unidade, que fogem às suas atribuições, o que acaba ocupando tempo e influenciando no desempenho do trabalho domiciliar. A questão salarial foi uma constante nas falas dos ACS que participaram deste estudo. Os mesmos autores afirmam, citando Machado (1995) que o ACS é uma ferramenta essencial no trabalho do PSF e cuidar e valorizar seu trabalho também deve constituir os objetivos institucionais.

Cianciarrulo, Silva e Cunha (2005) ressaltam em uma obra sobre a estratégia de saúde da família no Brasil, que uma pesquisa realizada pelo Tribunal de Contas da União (2002) que englobou desde gestores municipais e estaduais até profissionais e os atendidos pelo programa aponta como resultados a alta rotatividade dos médicos das equipes de PSF, a precariedade das condições de trabalho, principalmente no que diz respeito à contratação, ao acesso às unidades de trabalho e ao demasiado número de famílias atendidas pela equipe. O estudo também mostra resultados importantes como as falhas dos processos de referência e contra-referência e na disponibilidade de medicamentos, problemas quanto à avaliação do programa, além da falta de treinamento para os gestores. Diante disso, os pesquisadores apontam importantes medidas administrativas e filosóficas, as quais merecem destaque a preparação dos ACS quanto à filosofia do PSF, a divulgação do papel do ACS e a elaboração de novos parâmetros, como a reterritorialização e reavaliação do número máximo de famílias, a fim de diminuir a carga e otimizar o trabalho dos profissionais.

Kluthcovski (2005) realizou um estudo de avaliação da QV de ACS em um município do Estado do Paraná e, embora sua hipótese inicial de que encontraria escores baixos

após a aplicação do WHOQOL - bref, isso somente se confirmou em relação ao domínio Meio Ambiente. Apesar disso, a autora ressalta sua importante contribuição para o conhecimento sobre a QV destes profissionais tão importantes e contribuintes de um Sistema de saúde pautado em compromisso de promoção à saúde.

3. RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Considerando todo o contexto de transformações no campo da saúde no Brasil, as perspectivas realizadas em torno da ESF e todo o desafio da equipe do programa para a consolidação das bases constitucionais do SUS, definiu-se serem os ACS e sua QV, focos desta pesquisa.

Visto que a importância que os estudos em torno da avaliação da QV exercem sobre a melhor compreensão do tema e na remodelação de políticas e práticas, principalmente na área da saúde e o crescente número de ACS que estão sendo inseridos nos programas de atenção básica em todo o país, concluiu-se pertinente um estudo a fim de analisar a qualidade de vida destes profissionais, contribuindo para o desenvolvimento dos estudos sobre qualidade de vida e para a saúde pública no Brasil.

4. OBJETIVO

Descrever e avaliar a dos agentes comunitários de saúde, segundo o referencial da WHOQOL-bref (GRUPO WHOQOL, 1998), em uma cidade no interior do estado de São Paulo, no ano de 2007.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, planejado sob a forma de um desenho transversal e de abordagem quantitativa (OLIVEIRA, 1997).

Pereira (2002) aponta que os estudos transversais são interessantes devido à simplicidade, baixo custo e rapidez, objetividade na coleta de dados, não necessidade de seguimento de pessoas e uma boa opção para descrever características em um grupo populacional. Como desvantagem, entre outras, ele aponta a limitação cronológica, já que não é possível acompanhar os sujeitos da pesquisa.

5.2 Local do estudo

O município de São José do Rio Preto, onde o estudo foi realizado, está localizado na região Oeste do estado de São Paulo e possui uma população de aproximadamente 400.000 habitantes (IBGE, 2008), com grande parte da população residente na área urbana. O município encontra-se em Gestão Plena do Sistema de Saúde e passa atualmente por uma expansão do PSF e possui ACS inseridos tanto nas USF e em UBS (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005).

5.3 População de estudo

A população do estudo é constituída por todos os ACS em exercício de sua função no ano de 2007, sendo estes pertencentes às UBS e USF do município.

Os critérios de exclusão do estudo foram: estar de férias ou licença/afastamento, não estar presente na reunião no momento da coleta de dados, questionário devolvido sem preenchimento das questões e recusa em participar da pesquisa.

5.4 Considerações éticas

Antes de sua aplicação, o presente estudo foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde do município e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para as devidas autorizações, o qual aprovou a realização do estudo (Anexo 1).

Todos os ACS participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996). Foram assinadas duas vias, sendo que uma ficou em posse do participante e outra com o pesquisador.

5.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em reuniões previamente agendadas com o gerente de cada Unidade de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde do município e determinou-se um tempo destinado somente para as orientações e aplicação do questionário com o conjunto de ACS de cada unidade. Somente a pesquisadora responsável participou da coleta de dados. Foi entregue a cada gerente uma cópia do instrumento de coleta de dados e da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Foram visitadas todas as unidades, sendo que 2 unidades participaram do estudo-piloto e 21 unidades participaram do estudo. Os ACS que participaram do estudo piloto não

participaram do estudo de campo e os dados dos questionários do piloto não foram considerados.

5.5.1 Estudo piloto

Primeiramente, determinou-se um número de ACS representantes de 10% do total, o que significou aproximadamente 20 sujeitos. Desta forma, escolheu-se todas as unidades com mais de 10 ACS, sendo 8 UBS e 3 USF. Desta forma, foi sorteada uma unidade do grupo de USF e uma unidade do grupo das UBS, totalizando 20 ACS. Para a realização do sorteio aleatório das unidades foi utilizado o *software* “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS), versão 10.1.

O estudo piloto foi realizado com os 20 ACS sorteados, sob os mesmos critérios dispostos para a realização do estudo de campo. As visitas às unidades de saúde foram previamente agendadas com os gerentes e destinou-se local privativo e tempo especialmente para as orientações e resposta de questionário. As orientações dadas aos ACS referiram-se aos objetivos e natureza do presente estudo, origem do WHOQOL-bref (parte de identificação e questionário de QV) e marcação do tempo de resposta, não obrigatoriedade em participar da pesquisa e não identificação do respondente e assinatura do TCLE em duas vias para aqueles que aceitassem em participar do estudo.

Cada unidade do estudo piloto foi visitada uma única vez. Não houve recusa dos ACS em participar do estudo.

5.5.2 Estudo de campo

Cada unidade foi visitada uma única vez para coleta dos dados do estudo de campo, mas foram necessárias mais de uma visita na maioria das unidades para negociação com o gerente sobre a autorização para a realização da pesquisa e para combinar o dia e horário.

Os ACS foram reunidos em local reservado da própria unidade e receberam orientações sobre os objetivos e natureza da pesquisa, a não obrigatoriedade em responder às questões, a não identificação dos participantes, a assinatura do TCLE em duas vias para aqueles que aceitassem em participar do estudo, sobre a origem do WHOQOL-bref, sobre a ficha de identificação do respondente e sobre o questionário de QV, os procedimentos para ler e responder o instrumento de coleta de dados e a contagem do tempo de resposta.

O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos sujeitos desta pesquisa foi o WHOQOL-bref, em sua versão traduzida para o português (Anexo 3), juntamente com a ficha de identificação do respondente (Anexo 2), à qual foram acrescentadas três questões sobre o tempo de trabalho, o tipo e a unidade de saúde a qual o ACS pertencia (Apêndice 3). Todos os questionários foram auto-aplicados.

5.6 Análise e tratamento dos dados

Foram analisados somente os dados obtidos no estudo de campo. Os dados foram processados em microcomputador, em banco de dados tipo Excel, com dupla digitação. A análise estatística foi obtida com auxílio do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 10.1.

A confiabilidade do WHOQOL-bref foi testada através da análise da consistência interna das questões, através do Coeficiente alfa de Cronbach, cujos valores maiores ou iguais a 0,70 são considerados satisfatórios (TERWEE et. al, 2007).

Para os cálculos dos escores sobre a QV, foi utilizada a sintaxe disponibilizada pelo Grupo WHOQOL, que calcula os escores das duas primeiras questões (qualidade de vida geral) e dos domínios, dentro dos quais se dividem as 24 questões restantes. Os escores dos domínios são analisados separadamente, devido ao aspecto multidimensional do construto qualidade de vida.

Os escores são medidos em direção positiva, sendo que escores mais altos indicam melhor avaliação da QV. Os escores podem ser transformados em escalas de 4 a 20, comparáveis com o WHOQOL 100 e em escala de 0 a 100 (THE WHOQOL GROUP, 1996). No presente estudo foi utilizada a escala de 0 a 100 e foram recodificadas as questões 3, 4 e 26, pois os escores têm relação inversa à avaliação positiva da QV.

Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, nível educacional, estado civil, avaliação de saúde, problema de saúde, tempo de trabalho como ACS, tipo e unidade de saúde).

Para a análise da qualidade de vida, foram utilizados os seguintes procedimentos de cálculo e análise:

- Frequências e medidas estatísticas descritivas para Q1 e Q2 (opções de respostas, médias e desvios-padrão) e as médias e desvios-padrão (DP) para Q1 e para Q2 estratificadas pelo tipo de unidade e pela unidade de saúde.
- Escores médios e desvios-padrão para os domínios e estratificado pelo tipo de unidade e pela unidade de saúde.

- Escores médios e desvios-padrão das facetas que compõem cada domínio, com os respectivos coeficientes de correlação de cada faceta com o escore médio do domínio.

6. RESULTADOS

Os aspectos sócio-demográficos referem-se àqueles que tratam da identificação dos sujeitos, como sexo, idade, estado civil, escolaridade, condição de saúde, problema de saúde, regime de cuidados, tempo de serviço, tipos de unidade e unidades.

Os aspectos relativos à avaliação da QV referem-se às 26 questões componentes do WHOQOL-bref. Serão apresentados os escores médios das questões que avaliam a qualidade de vida geral (QVG), de cada domínio e de suas respectivas facetas. Além disso, serão apresentados os escores médios segundo o tipo de unidade e segundo cada unidade em particular.

Durante a aplicação do questionário surgiram dúvidas sobre as questões referentes ao grau de escolaridade, forma de administração do questionário e problemas de saúde. Quanto às questões do WHOQOL-bref, a dúvida observada em todas as unidades foi sobre o termo “quão”, presente em algumas questões do WHOQOL-bref. Quanto ao grau de escolaridade, foi repondido que o “I grau” referia-se ao ensino fundamental, o “II grau” ao ensino médio e o “III grau” ao ensino superior. A dúvida quanto à forma de administração, foi devolvida a pergunta “como este questionário está sendo respondido?”. Quanto aos problemas de saúde as dúvidas se referiam a anotação do número referente ao problema e foi orientado sobre a disposição em colunas e que o número correspondente ao item estava à sua direita. Em relação ao termo “quão”, foi preciso resgatar que o termo parecia-se com o termo “quanto”, mas que não indicava apenas quantidade, sendo que o entendimento foi possível em todos os casos.

6.1 Características sócio-demográficas

Participaram do estudo 198 ACS, correspondendo a 76,1% do total (260), tendo sido excluídos os 20 ACS participantes do piloto e 42 ACS que não estavam presentes na reunião

no momento da coleta de dados, por motivo de falta ou que estavam de férias ou licença/afastamento. Nenhum questionário foi devolvido sem preenchimento das questões e não houve recusa em participar da pesquisa.

Os participantes do estudo integram equipes de USF (36; 31,8%) e de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (135; 68,2%), totalizando 21 unidades. A distribuição dos ACS por unidade é apresentada na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos ACS, segundo a unidade. São José do Rio Preto. 2008

Unidade de Saúde	nº	%
1 (UBS)	17	8,6
8 (UBS)	14	7,1
3 (UBS)	13	6,6
6 (USF)	13	6,6
12 (UBS)	13	6,6
16 (UBS)	12	6,1
13 (USF)	11	5,6
15 (UBS)	11	5,6
2 (UBS)	10	5,1
18 (USF)	10	5,1
11 (UBS)	9	4,6
20 (UBS)	9	4,6
21 (UBS)	8	4,0
4 (UBS)	7	3,5
5 (USF)	7	3,5
7 (UBS)	7	3,5
19 (UBS)	7	3,5
9 (USF)	6	3,0
10 (USF)	6	3,0
14 (USF)	4	2,0
17 (USF)	4	2,0
Total	198	100

Em relação ao sexo, 180 participantes responderam à questão. Destes 25 (13,9%) são do sexo masculino e 155 (86,1%) são do sexo feminino.

A média de idade dos ACS participantes do estudo foi de 34,3 (DP = 9,4 anos).

Em relação à escolaridade, houve predominância de indivíduos com segundo grau completo. As frequências relativas à escolaridade estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2:. Distribuição dos ACS, segundo a escolaridade. São José do Rio Preto. 2008

Escolaridade	nº	%
Analfabeto	0	0,0
1º grau incompleto	2	1,0
1º grau completo	11	5,6
2º grau incompleto	11	5,6
2º grau completo	132	66,7
3º grau incompleto	20	10,1
3º grau completo	22	11,1
Pós-graduação incompleto	0	0,0
Pós-graduação completo	0	0,0
Total	198	100

Quanto ao estado civil, 197 sujeitos responderam à questão. Houve predominância de indivíduos que se declararam como casados ou vivendo como casados (54,3%). As frequências relativas ao estado civil estão dispostas na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos ACS, segundo o estado civil. São José do Rio Preto. 2008

Estado civil	nº	%
Casado (a)	84	42,6
Solteiro (a)	65	33,0
Separado (a)	22	11,2
Vivendo como casado (a)	23	11,7
Divorciado (a)	2	1,0
Viúvo (a)	1	0,5
Total	197	100

A questão sobre a avaliação pessoal de saúde foi respondida por 197 sujeitos e a maioria deste classificou sua saúde como “boa” ou “muito boa” (79,7%). As frequências sobre a avaliação pessoal de saúde estão dispostas na tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos ACS, segundo a avaliação pessoal de saúde. São José do Rio Preto. 2008

Como está a sua saúde	nº	%
Muito ruim	2	1,0
Fraca	5	2,5
Nem ruim nem boa	33	16,7
Boa	104	52,8
Muito boa	53	26,9
Total	197	100

Quanto à existência de algum problema ou condição de saúde, tendo como referências as duas últimas semanas, houve predominância de pessoas que apontaram nenhum problema ou condição de saúde. A distribuição das frequências das respostas está apresentada na tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos ACS, segundo problema ou condição de saúde. São José do Rio Preto. 2008

Problema ou condição de saúde	nº	%
"Nenhum problema"	89	45,4
Outros problemas	32	15,8
"Pressão alta"	16	8,2
Problemas osteomusculares e articulares	12	6,6
"Depressão"	11	5,6
"Problema de coração"	5	2,6
"Problema nervoso crônico ou emocional"	5	2,6
"Diabetes"	4	2,0
"Hemorroidas ou sangramento no ânus"	4	2,0
"Problema de álcool ou drogas"	4	2,0
"Artrite ou reumatismo"	3	1,5
"Problema crônico de pé (joanete, unha encravada)"	3	1,5
"Câncer"	2	1,0
"Enfisema ou bronquite"	2	1,0
"Doença de pele"	2	1,0
"Gravidez"	1	0,5
"Queimaduras"	1	0,5
Total	196	100

O tempo de trabalho como ACS foi, em média, 3 anos e 2 meses (DP= 34,0 meses).

6.2 Avaliação da qualidade de vida

Os resultados a respeito da avaliação da qualidade de vida dos ACS são apresentados através dos escores médios e respectivos DP de cada domínio além de cada faceta componentes dos domínios. Além disso, serão apresentados os coeficientes de correlação de cada faceta com o domínio correspondente.

O WHOQOL-bref, para este estudo, foi submetido à avaliação de confiabilidade através da consistência interna.

A consistência interna do WHOQOL-bref foi avaliada pelo coeficiente Alfa de Cronbach para as 26 facetas do instrumento, para a QVG, para os domínios em conjunto e separadamente. A tabela 4 mostra o valor obtido para o Alfa de Cronbach.

Tabela 6: Valores obtidos para o Coeficiente Alfa de Cronbach para o WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS. São José do Rio Preto. 2008

WHOQOL-bref	Alfa de Cronbach
26 facetas	0,91
Domínio físico	0,78
Domínio meio ambiente	0,76
Domínio psicológico	0,75
QV geral	0,68
Domínio relações Sociais	0,67

6.2.1 Qualidade de vida geral

A qualidade de vida geral (QVG) às duas primeiras questões do WHOQOL-bref. A primeira questão avalia a qualidade de vida de modo geral e a segunda questão avalia a saúde também de modo geral. Em ambas as questões, as opções de respostas estão dispostas em escalas tipo likert, com cinco pontos, variando de 1 a 5. A tabela 5 mostra as frequências de respostas e os escores médios para essas questões.

Tabela 7: Frequências de respostas e medidas descritivas das duas primeiras questões do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS. São José do Rio Preto. 2008

Questão	Opções de resposta	nº	%
<i>Como você avaliaria sua qualidade de vida?</i>	<i>1- muito ruim</i>	1	0,5
	<i>2- ruim</i>	5	2,5
	<i>3- nem ruim nem boa</i>	52	26,3
	<i>4- boa</i>	116	58,6
	<i>5- muito boa</i>	24	12,1
	média	69,8	
	desvio-padrão	17,5	
<i>Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?</i>	<i>1- muito insatisfeito</i>	2	1,0
	<i>2- insatisfeito</i>	21	10,6
	<i>3- nem satisfeito nem insatisfeito</i>	46	23,2
	<i>4- satisfeito</i>	99	50,0
	<i>5- muito satisfeito</i>	30	15,1
	média	66,9	
	desvio-padrão	22,3	

Foi possível observar que as frequências das respostas positivas foram maiores que das respostas negativas, em ambas as questões. Para a questão que trata sobre a percepção pessoal da qualidade de vida (Q1), foi possível observar que 70,7 % dos participantes optaram pelas respostas “satisfeito” ou “muito satisfeito”. Na questão que trata sobre a percepção do estado de saúde (Q2), 65,1% optaram pelas respostas “satisfeito” ou “muito satisfeito”.

Em relação ao tipo de unidade de saúde presente no estudo, os escores médios das questões que avaliam a QVG estão distribuídos na tabela 8.

Tabela 8: Escores médios e respectivos desvios-padrão das duas primeiras questões do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS. São José do Rio Preto. 2008

QVG	Tipo de Unidade	Escore Médio	Desvio-Padrão
Q1	UBS	70,6	17,8
	USF	68,2	16,9
Q2	UBS	67,4	22,3
	USF	65,9	22,6

Os dados mostram que todos os escores variaram entre 65,9 e 70,6. Os escores relativos às UBS foram maiores que aqueles obtidos nas USF.

Os escores médios das duas primeiras questões do instrumento obtidos por cada unidade de saúde são apresentados na **tabela 9** (Apêndice 2). Embora o nome da unidade tenha constado na identificação do respondente, este não foi informado por questões éticas.

Observou-se que, em relação à Q1(*como você avaliaria sua qualidade de vida?*) os escores médios encontram-se acima de 54. As unidades de saúde 1 e 16 obtiveram os maiores (77,9 e 77,1) e as unidades 17 e 13 obtiveram os menores escores médios (56,2 e 54,5).

Em relação à Q2 (*quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?*), os escores médios também encontram-se acima de 54. As unidades de saúde 16 e 11 apresentaram os maiores (81,2 e 77,8) e as unidades 17 e 13 apresentaram os menores escores médios (56,2 e 54,5).

6.2.2 Domínios

Os escores de cada uma das questões (facetadas), de cada domínio e geral foram padronizados em escala de 0 a 100. Os valores médios obtidos para os domínios e para as 26 facetadas estão apresentados na tabela 10, juntamente com os respectivos desvios-padrão.

Foi possível observar que os escores médios dos domínios ficaram acima de 55. O domínio Físico obteve o maior escore (73,8) e o domínio Meio Ambiente obteve o menor escore (55,8).

Tabela 10: Escores médios e respectivos desvios-padrão dos domínios do WHOQOL-bref, aplicado ao grupo de ACS, segundo o tipo de unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008

Domínio	Tipo de Unidade	Escore Médio	Desvio-Padrão
Físico	UBS	74,8	14,13
	USF	71,7	17,65
	Total	73,8	15,3
Psicológico	UBS	71,9	15,25
	USF	71,3	14,37
	Total	71,7	14,9
Relações sociais	USF	72,7	18,22
	UBS	69,4	18,91
	Total	70,4	18,7
Meio Ambiente	UBS	56,0	14,7
	USF	55,5	14,8
	Total	55,8	14,7
26 facetas	USF	69,0	1,5
	UBS	67,1	2,2
	Total	68,4	17,4

Nos domínios físico, psicológico e meio-ambiente, os escores médios apresentados pelas UBS foram maiores que os apresentados pelas USF. No domínio relações sociais e no total dos domínios, as USF obtiveram escores médios maiores que as UBS.

6.2.2.1 Domínio Físico

Em relação ao domínio físico, os valores médios e respectivos desvios-padrão para cada uma das facetas que o compõem, encontram-se na tabela 11, que apresenta também os valores do coeficiente de correlação de Pearson entre cada uma das facetas e o escore médio do domínio.

Foi possível observar que todas as facetas obtiveram escores médios variando entre 68,3 e 80,7.

Tabela 11: Escores médios e respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do Domínio Físico do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS e valores da significância estatística (p). São José do Rio Preto. 2008

Questões (faceta avaliada)	Escore médio	Desvio-padrão	r	p
Q15 (mobilidade)	80,7	21,3	0,56	< 0,001
Q18 (capacidade de trabalho)	75,5	21,4	0,65	< 0,001
Q4 (dependência de medicação ou tratamentos)	75,1	24,2	0,66	< 0,001
Q17 (atividades da vida cotidiana)	74,5	20,7	0,79	< 0,001
Q3 (dor e desconforto)	73,9	26,2	0,70	< 0,001
Q10 (energia e fadiga)	69,8	20,7	0,68	< 0,001
Q16 (sono e repouso)	68,3	25,7	0,65	< 0,001

p < 0,05: Correlação linear estatisticamente significativa.

As facetas “mobilidade” (Q15) e “capacidade de trabalho” (Q18) obtiveram os maiores escores médios (80,7 e 75,5) e as facetas “energia e fadiga” (Q10) e “sono e repouso” (Q16) obtiveram os menores escores médios (69,8 e 68,3).

Houve correlação positiva e estatisticamente significativa em todas as facetas do domínio Físico com relação ao escore médio do domínio. O maior coeficiente de correlação foi obtido na faceta “atividades da vida cotidiana” (Q17) e o menor foi obtido na faceta “mobilidade” (Q15), justamente a que apresentou maior escore médio do domínio.

Em relação ao tipo de unidade, notou-se que o escore médio das UBS, para o Domínio Físico foi o maior entre os domínios (74,8). As UBS também obtiveram escores médios ligeiramente maiores que as USF (71,7), para o domínio em questão.

Os escores médios das unidades de saúde em relação ao domínio Físico variaram entre 54,8 e 80,1. As unidades 4 e 8 obtiveram os maiores escores médios (80,1 e 79,6) e as unidades 5 e 14 obtiveram os menores escores médios (59,7 e 54,8), como pôde ser observado na **tabela 12** (Apêndice 2).

6.2.2.2 Domínio Psicológico

Em relação ao domínio psicológico, a tabela 13 mostra os valores médios e respectivos desvios-padrão para cada uma das facetas que o compõem e também os valores do coeficiente de correlação de Pearson entre cada uma das facetas e o escore médio do domínio.

Tabela 13: Escores médios, respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do Domínio Psicológico do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS e valores da significância estatística (p). São José do Rio Preto. 2008

Questões (faceta avaliada)	Escore médio	Desvio-padrão	r	p
Q6 (espiritualidade / religiões / crenças pessoais)	81,9	20,7	0,66	< 0,001
Q19 (auto-estima)	73,5	23,4	0,77	< 0,001
Q11 (imagem corporal e aparência)	71,8	25,9	0,64	< 0,001
Q26 (sentimentos negativos)	69,7	24,2	0,54	< 0,001
Q7 (pensar, aprender, memória e concentração)	67,8	18,0	0,62	< 0,001
Q5 (sentimentos positivos)	65,8	24,1	0,71	< 0,001

p < 0,05: Correlação linear estatisticamente significativa.

Os dados mostram que os escores médios das facetas que compõem o domínio Psicológico variaram entre 65,8 e 81,9. A faceta “espiritualidade / religiões / crenças pessoais” (Q6) apresentou maior escore médio (81,9) seguido da faceta “auto-estima” (73,5). As facetas “pensar, aprender, memória e concentração” (Q7) e “sentimentos positivos” (Q5) apresentaram os menores escores médios (67,8 e 65,8).

Os escores médios obtidos pelas USF e pelas UBS foram bem próximos e ambos acima de 71. As UBS (71,9) obtiveram escore médio minimamente mais alto que as USF (71,3).

Foi possível observar que os escores médios variaram entre 56,3 e 80,4. Os maiores escores médios foram obtidos pelas unidades de saúde 7 (80,4) e 9 (79,9) e os menores foram obtidos pelas unidades 21 (56,9) e 17 (56,2), como mostra a **tabela 14** (Apêndice 2).

6.2.2.3 Domínio Relações Sociais

Em relação ao domínio Relações Sociais, estão dispostos na tabela 15 os valores médios e respectivos desvios-padrão para cada uma das facetas que o compõem e também os valores do coeficiente de correlação de Pearson entre cada uma das facetas e o escore médio do domínio.

Tabela 15: Escores médios, respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do Domínio Relações Sociais do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS e valores da significância estatística (p). São José do Rio Preto. 2008

Questões (faceta avaliada)		Escore médio	Desvio-padrão	r	p
Q20	(relações pessoais)	73,7	21,8	0,81	< 0,001
Q21	(atividade sexual)	70,2	27,7	0,8	< 0,001
Q22	(suporte, apoio social)	67,6	22,4	0,72	< 0,001

p < 0,05: Correlação linear estatisticamente significativa.

Os valores mostram que os escores médios das três facetas componentes do referido domínio variaram entre 67,6 e 73,7. A faceta “relações pessoais” (Q20) obteve o maior escore médio (73,7) e o maior coeficiente de correlação (0,81) em relação ao escore médio do domínio e a faceta “suporte, apoio social” (Q22) obteve o menor escore médio (67,5) e também o menor coeficiente de correlação (0,72).

Em relação ao tipo de unidade, as USF (72,7) obtiveram escore médio maior que as UBS (69,4).

Notou-se que os escores médios obtidos pelas unidades de saúde variaram entre 52,1 e 86,1. As unidades 9 e 16 obtiveram os maiores escores médios (86,1 e 81,2) e as unidades 13 e 17 obtiveram os menores escores médios (52,3 e 52,1), como pode ser observado na **tabela 16** (Apêndice 2).

6.2.2.4 Domínio Meio Ambiente

O domínio Meio Ambiente foi aquele que obteve menor escore médio dos domínios (55,85). Na tabela 17 estão apresentados os valores médios e respectivos desvios-padrão para cada uma das facetas que o compõem e também os valores do coeficiente de correlação de Pearson entre cada uma das facetas e o escore médio do domínio.

Tabela 17: Escores médios, respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson entre cada faceta e o escore médio do Domínio Meio Ambiente do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS e valores da significância estatística (p). São José do Rio Preto. 2008

Questões (faceta avaliada)	Escore médio	Desvio-padrão	r	p
Q23 (ambiente no lar)	66,8	28,1	0,66	< 0,001
Q24 (cuidados de saúde e sociais)	63,3	25,8	0,69	< 0,001
Q25 (transporte)	63,3	27,0	0,68	< 0,001
Q8 (segurança física e proteção)	62,6	21,0	0,58	< 0,001
Q13 (oportunidades de adquirir novas informações e habilidades)	54,4	19,0	0,6	< 0,001
Q9 (ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima)	50,1	21,9	0,56	< 0,001
Q14 (oportunidades de lazer)	49,6	24,4	0,58	< 0,001
Q12 (recursos financeiros)	37,0	20,0	0,6	< 0,001

p < 0,05: Correlação linear estatisticamente significativa.

As facetas componentes do domínio Meio Ambiente obtiveram escores médios variando entre 37,0 e 66,8. Os maiores escores médios foram obtidos pelas facetas “ambiente no lar” (Q23) (66,8) e “cuidados de saúde e sociais” (Q24) (63,3) e os menores escores

médios foram obtidos pelas facetas “oportunidades de lazer” (Q14) (49,6) e “recursos financeiros” (Q12) (37,0), respectivamente. Os coeficientes de correlação das facetas em relação ao domínio em questão também foram positivos, porém relativamente baixos em relação aos outros coeficientes obtidos nos outros domínios. A faceta “ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima” (Q9) obteve o menor coeficiente (0,56) e a faceta “cuidados de saúde e sociais” (Q24) obteve o maior valor (0,69).

O domínio Meio Ambiente foi o que apresentou o menor escore médio, tanto para as USF quanto para as UBS. O escore médio das UBS (56) foi maior que o escore das USF (55,5).

Os dados da **tabela 18** (Apêndice 2) mostram que os valores médios das facetas variaram entre 41,8 e 64,6 sendo que as unidades de saúde que apresentaram os maiores escores foram a 16 (64,6) e a 4 (63,4) e aquelas que apresentaram os menores escores foram as unidades 21 (48,4) e 13 (41,8).

Em relação às 26 facetas, os valores médios para as unidades variaram entre 54,6 e 79,2, sendo que as unidades de saúde que obtiveram os maiores escores médios foram as unidades 16 (79,17) e 11 (73,61) e aquelas que obtiveram os menores escores foram as unidades 17 (56,25) e 13 (54,55), como mostra a **tabela 19** (Apêndice 2).

7. DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão analisados os resultados obtidos no estudo e a comparação dos dados com outros estudos pertinentes. Para tal, foram incluídos diversos estudos que utilizaram o WHOQOL-bref para a avaliação da qualidade de vida de populações saudáveis (classes trabalhadoras e população em geral).

7.1 Características da população

Os sujeitos do presente estudo foram 198 ACS de um município na região Oeste do Estado de São Paulo, distribuídos em 21 unidades de saúde. A maioria dos ACS são do sexo feminino (86,1%), com média de idade de 34,3 anos (DP=9,4 anos), ensino médio completo (66,7%) e casados ou vivendo como casados (54,3%).

A maioria dos ACS considerou a própria saúde como boa ou muito boa (79,69%), o que explica, de certa forma, porque 45,41% respondeu ter nenhum problema de saúde.

Os ACS desta pesquisa tinham, em média, 3 anos e 2 meses de tempo de trabalho (DP=34,0 anos)

As características da população do presente estudo mostrou-se bastante similar ao estudo realizado por Kluthcovsky (2005), no qual a população de 169 ACS apresentou predominância de indivíduos do sexo feminino (89,3%), com média de idade de 31,1 anos, com segundo grau completo (61,5%) e casados (42,6%).

A população estudada por Saupe et al. (2004) é constituída de 825 acadêmicos de enfermagem, destes, 90% eram do sexo feminino e 10% do masculino. Quanto à idade, 88% encontrava-se na faixa de 17 a 28 anos, 9% entre 29 e 38; e 3% acima de 38 anos. Quanto ao

estado civil, 83% eram solteiros, 13% casados ou vivendo como tal e 3% em outras situações (separado, divorciado, viúvo).

Nunes e Freire (2006) estudaram 149 cirurgiões dentistas de um serviço público, dos quais 67,8% eram mulheres, com média de idade de 41,3 anos ($DP=8,7$) e 70,5% vivia com companheiro (a).

A população presente no estudo de Balbo, Rodrigues-Júnior e Cervi (2007) foi constituída de 50 cuidadores, sendo 28 mães e 22 tutores de crianças portadoras de HIV/AIDS. Os autores não descrevem no estudo publicado outras informações sócio-demográficas sobre a população.

O estudo de Schestatsky et. al (2006) contou com uma população de 21 cuidadores de pessoas com Doença de Parkinson, com idade que variou entre 23 e 70 anos (média=50,7 $DP= 16,26$), sendo 90,4% mulheres. Quanto ao tipo de relação entre cuidadores e pacientes, os autores descrevem que 52,1% dos cuidadores eram esposas ou esposos; 25,9% filhos ou filhas, 12% irmãos e irmãs e 10% eram cuidadores profissionais.

Barrientos e Suazo (2007) contaram no estudo com 100 enfermeiras, sendo que 79% tinham menos de 50 anos de idade e 21% 50 anos ou mais; 70% possuíam uma relação com parceiro (a) fixo (a); 51% possuíam 1, 2 ou 3 filhos; 20% cuidavam de outros membros da família; 50% trabalhavam em turnos noturnos; 39% trabalhavam com cuidados críticos e 55% trabalhavam com cuidados gerais; 9% possuía jornada dupla; 72% possuía auxílio no trabalho doméstico; 33% declararam sofrer de alguma doença crônica; 45% eram chefe de família.

Na população estudada por Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), dos 126 técnicos e auxiliares de enfermagem, 85,5% eram mulheres, com média de idade de 30,9 anos ($DP=8,5$), 50% solteiros e 35,7% casados. Quanto à escolaridade, 88,9% possuíam o nível técnico de ensino e 51,6% relataram estudar e trabalhar concomitantemente.

No estudo de Gessner (2006), a população era composta por 93 trabalhadores de unidades de Saúde da Família (2 dentistas, 6 médicos, 8 enfermeiros, 19 auxiliares de enfermagem, 56 agentes comunitários de saúde e 1 auxiliar de consultório dentário), sendo que 90,3% eram mulheres, com faixa etária predominante de 31 a 50 anos (57%); 67% eram casados e 43% possuíam ensino médio completo.

Pode-se afirmar que as populações dos estudos comparativos se assemelham com o presente estudo em vários aspectos. A maioria dos estudos contaram com população ligada ao cuidado, profissional ou não e predominantemente feminina.

O tempo médio demorado pelos ACS para responder ao WHOQOL-bref foi de 14 minutos (DP= 3,93). No estudo de Kluthcovsky (2005), o tempo médio de resposta foi menor, 8,8 minutos (DP=4,3 minutos).

O estudo de Nunes e Freire (2006), observou que embora 81,9% dos entrevistados tenham considerado sua saúde boa, 73,9 % apontaram alguma condição ou problema de saúde, sendo que os principais foram de coluna (17,8%), pressão alta (8,9%) e alergias (7,3%).

7.2 Avaliação da Qualidade de vida

Foi possível observar que o coeficiente Alfa de Cronbach foi satisfatório, principalmente quando analisadas as 26 facetas do WHOQOL-bref em conjunto (0,91). Houve decréscimo do valor do coeficiente em questão quando analisadas as questões de QVG e dos domínios.

Valores menores foram encontrados no estudo de Kluthcovsky (2005), que demonstrou o Alfa de Cronbach para as 26 facetas igual a 0,87; para a QVG igual a 0,69, para os quatro domínios igual a 0,85; para o domínio físico igual a 0,72; para o domínio

psicológico igual a 0,65; para o domínio relações sociais igual a 0,5 e para o domínio meio-ambiente igual a 0,68.

Balbo, Rodrigues-Júnior e Cervi (2007) descreveram em seu estudo os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach para os quatro domínios (0,91) e para os domínios físico (0,88), psicológico (0,83), relações sociais (0,81) e meio-ambiente (0,77), todos maiores que os valores encontrados no presente estudo.

Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) publicou o valor obtido para o Coeficiente Alfa de Cronbach em seu estudo para as 26 facetas do WHOQOL-bref (0,91), o mesmo valor encontrado no presente estudo.

7.2.1 Qualidade de vida geral

Em relação à QVG, obteve-se para Q1(avaliação pessoal sobre a qualidade de vida) um escore médio de 3,8 (DP= 0,7) e para Q2 (satisfação com a saúde) um escore médio de 3,7 (DP= 0,9).

Kluthcovsky (2005) encontrou escores médios similares, sendo 3,77 (DP= 0,63) para Q1 e 3,8 (DP 0,69) para Q2.

Gessner (2006) descreveu em seu estudo, quanto à Q1, que 80% dos respondentes classificaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa. Quanto à Q2, 76% classificaram sua saúde como boa ou muito boa.

Como foi observar, os valores são muito próximos, sendo que para Q2, o escore médio da população do presente estudo foi levemente menor comparado à população do estudo comparativo.

7.2.2 Domínios

Os escores médios dos domínios variaram entre 55 e 73,8. O domínio físico obteve o maior escore médio (73,8), seguido do domínio psicológico (71,7), do domínio relações sociais (70,4) e o menor escore médio foi obtido pelo domínio meio-ambiente (55,8).

Kluthcovsky (2005) demonstrou que o escore médio mais alto foi observado no domínio relações sociais (75,8), seguido dos domínios físico (74,2), psicológico (74) e o menor escore foi observado no domínio meio ambiente (54,1).

O estudo de Saupe et. al (2004) mostrou que o maior escore médio foi obtido pelo domínio relações sociais (70), seguido dos domínios físico (67), psicológico (65) e meio-ambiente (55), sendo este o que obteve o menor escore médio entre os domínios.

Nunes e Freire (2006) verificaram em seu estudo que o domínio que obteve maior escore médio foi o domínio físico (70,3), seguido dos domínios psicológico (69,7), relações sociais (69,4) e meio-ambiente (59,4).

No estudo de Gessner (2006) o domínio relações sociais obteve o maior escore médio dentre os domínios (75), seguido pelos domínios físico (73), psicológico (72) e meio-ambiente (63).

Observou-se que todos o domínio meio ambiente foi o que obteve menor escore médio em todos os estudos citados.

7.2.2.1 Domínio Físico

O domínio físico apresentou o maior escore médio entre os domínios (73,79). Os escores médios das facetas variaram entre 68 e 80,7, o que pode ser considerado satisfatório. As facetas que apresentaram os maiores escores foram Q15 (mobilidade) (Q15) (80,7) e Q18

(capacidade de trabalho) (75,5). Os menores escores médios foram observados nas facetas “energia e fadiga” (Q10) e “sono e repouso” (Q16) (69,8 e 68,3). As outras facetas “dependência de medicação ou tratamentos” (Q4) (75,13), “atividades da vida cotidiana” (74,49) e “dor e desconforto” (73,8) tiveram seus escores médios acima de 70 e apenas as facetas “energia e fadiga” (69,80) e “sono e repouso” (68,3) apresentaram escores médios abaixo de 70.

No estudo de Kluthcovsky (2005) o domínio físico também apontou maiores escores para as facetas “mobilidade” (78,5) e “capacidade de trabalho” (76,9) e menores escores para as facetas “energia e fadiga” (69,4) e “sono e repouso” (71,1). Valores discretamente maiores no presente estudo em relação ao comparativo foram contatados nas facetas “dependência de medicação ou tratamentos” (Q4), “energia e fadiga” (Q10) e “mobilidade” (Q15). Em contrapartida, valores discretamente menores aos do estudo comparativo foram observados nas facetas “dor e desconforto” (Q3), “sono e repouso” (Q16), “atividades da vida cotidiana” (Q17) e “capacidade de trabalho” (Q18).

Os coeficientes de correlação de ambos os estudos mostraram que houve correlação estatisticamente significativa para todas as facetas do domínio físico, sendo que o mínimo para o presente estudo foi de 0,56 e para o estudo de Kluthcovsky (2005) foi de 0,48.

A faceta “mobilidade” obteve o maior escore médio do domínio. Tal resultado é de grande valia ao avaliar a qualidade de vida da população em questão, pois a capacidade de se mover está intimamente ligada ao trabalho do ACS, cujas atividades no território, como as visitas domiciliares formam o ato central de suas atividades. Sendo assim, boas condições de mobilidade muito importantes para a qualidade do trabalho na área de abrangência.

O município em questão é bastante desigual e possui áreas urbanizadas e aparentemente homogêneas e outras áreas de grande risco, com barreiras geográficas e outros aspectos que dificultam o trabalho dos agentes. Essas dificuldades foram relatadas por eles,

embora não fizessem parte da coleta de dados deste estudo. Mesmo, assim, num geral, foi possível observar uma avaliação positiva pelos ACS quanto à mobilidade.

É interessante também ressaltar que a faceta “capacidade para o trabalho” obteve um escore satisfatório, o segundo melhor das facetas componentes do domínio psicológico. Tal resultado representa grande significância não apenas por se tratar de uma população trabalhadora, mas por representar, talvez, uma avaliação pessoal positiva do trabalho ou de como os ACS sentem-se em relação à disposição para trabalhar.

É sabido que o WHOQOL bref constitui em um instrumento genérico de avaliação de QV. Portanto, é necessário identificar facetas que podem revelar uma informação importante para o grupo estudado. Desta forma, a faceta capacidade para o trabalho e recursos financeiros são componentes importantes para uma prévia análise da avaliação pessoal sobre o trabalho efetuado pelo grupo em questão. Ao realizar essa análise, pode-se observar que ao mesmo tempo que a faceta “capacidade para o trabalho” revelou uma avaliação positiva, a faceta “recursos financeiros” mostrou uma avaliação negativa pelos ACS.

Sabe-se que termos como qualidade de vida no trabalho e satisfação no trabalho têm sido objeto de muitas pesquisas atualmente. Inclusive, existem instrumentos específicos de avaliação da satisfação no trabalho, como o Questionário de Medida de Satisfação no Trabalho (DEL CURA, 1994 apud SCHMIDT, 2004) , o Índice de Satisfação Profissional (LINO, 1999 apud SCHMIDT, 2004) entre outros.

7.2.2.2 Domínio Psicológico

O domínio psicológico apresentou o segundo maior escore médio entre os domínios. As facetas que compõem esse domínio apresentaram seus escores médios variando entre 67 e 81,9, sendo que os maiores escores foram observados nas facetas “espiritualidade / religiões

/crenças pessoais” (Q6) (81,9) e “auto-estima” (73,5) e os menores escores foram observados nas facetas “pensar, aprender, memória e concentração” (Q7) (67,8) e “sentimentos positivos” (Q5) (65,8). Embora tenham sido as facetas que obtiveram os maiores escores médios dos domínios, foi notável a diferença entre os escores das facetas “espiritualidade / religiões /crenças pessoais” e “auto-estima”. As facetas “auto-estima” (73,5) e “imagem corporal e aparência” (71,8), apresentaram escores acima de 70 e as facetas “sentimentos negativos” (69,7) e “pensar, aprender, memória e concentração” (67,8) apresentaram escores acima de 67.

No estudo de Kluthcovsky (2005), os maiores escores médios também referem-se às facetas “espiritualidade / religiões /crenças pessoais” (Q6) (82,8) e “auto-estima” (79,4), bem como os menores escores referem-se às facetas “pensar, aprender, memória e concentração” (Q7) (64,8) e “sentimentos positivos” (Q5) (67,5). A maioria das facetas do domínio psicológico no presente estudo apresentaram escores menores comparados ao estudo da autora, exceto a faceta “pensar, aprender, memória e concentração”.

7.2.2.2 Domínio relações sociais

As facetas que compõem o domínio relações sociais apresentaram escores médios, variando entre 67 e 73,7. Apenas três facetas compõem este domínio e aquela que apresentou maior escore médio foi a faceta “relações pessoais” (Q20) (73,7). O menor escore médio foi observado na faceta “suporte, apoio social” (Q22) (67,5). A faceta “atividade sexual” (70,8) obteve escore médio acima de 70.

Resultado similar foi encontrado no estudo de Kluthcovsky (2005), no qual observou-se que as facetas que apresentaram o maior e o menor escore médio também foram as facetas “relações pessoais” (Q20) (78,4) e “suporte, apoio social” (Q22) (73,4), respectivamente.

Comparando os dois estudos segundo os escores médios de cada uma das facetas que compõem o domínio, foi possível observar que os escores obtidos por Kluthcovsky (2005) foram maiores que o presente estudo em todas as facetas. Além disso, o coeficiente de correlação do presente estudo (0,72) apresentou-se maior que o coeficiente do estudo comparativo (0,62).

A avaliação positiva na faceta “relações pessoais” tem importante significado para o grupo, visto que o ACS é uma pessoa conhecida na comunidade e lhe é exigido um grande potencial de comunicação e relacionamentos, a fim de facilitar o trabalho junto às famílias e ao território de saúde.

Outra faceta significativa para o grupo foi “suporte/apoio social”, a qual também apresentou uma avaliação positiva. É necessário refletir que o ACS, pela própria natureza do seu trabalho é muito mais consciente sobre os recursos sociais que estão disponíveis para aquela comunidade. A identificação dessa rede de apoio social é um importante componente do seu trabalho, na orientação da comunidade sobre a disponibilidade e a correta utilização destes recursos.

7.2.2.4 Domínio Meio-Ambiente

O domínio meio-ambiente apresentou o menor escore médio entre os domínios. As facetas componentes deste domínio apresentaram escores médios que variaram entre 49,6 e 66,8. Os maiores escores foram observados nas facetas “ambiente no lar” (Q23) (66,8) e “cuidados de saúde e sociais” (Q24) (63,3) e os menores escores foram observados nas facetas “oportunidades de lazer” (Q14) (49,6) e “recursos financeiros” (Q12) (37,0). As facetas “transporte” (63,3), “segurança física e proteção” (62,6) apresentaram escores acima de 60; “oportunidades de adquirir novas informações e habilidades” (54,4) e “ambiente físico,

poluição, ruído, trânsito, clima” (50,1) apresentaram escores acima de 50, a faceta “oportunidades de lazer” (49,6) apresentou escore acima de 40 e “recursos financeiros” (37,0) apresentou escore médio acima de 30.

No estudo de Kluthcovsky (2005), as facetas componentes do domínio meio-ambiente não apresentaram escores médios acima 66. As facetas que apresentaram os maiores escores médios foram “ambiente no lar” (66) e “segurança física e proteção” (64) e as facetas que obtiveram os menores escores foram “recursos financeiros” (38,6) e oportunidades de lazer (43,2).

Foram observados escores maiores no presente estudo em relação ao estudo comparativo na facetas “segurança física e proteção”, “ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima” e “recursos financeiros”. O restante das facetas apresentou escores médios menores em relação ao estudo de Kluthcovsky (2005).

8. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo revelam houve avaliação positiva para as questões que compõem a QVG e para os domínios físico, psicológico e relações sociais e avaliação intermediária para o domínio meio ambiente. A hipótese inicial de que os ACS apresentariam escores baixos na avaliação da QV somente se confirmou para o domínio Meio-Ambiente.

A não confirmação da hipótese formulada no início do presente estudo de que os ACS apresentariam escores baixos na avaliação da QV pelo WHOQOL-bref também se constitui em um importante significado, pois revela, faceta a faceta, não apenas os resultados (escores), mas o potencial de melhora e as fragilidades.

O domínio meio ambiente revela as facetas inerentes à vida no lar e na comunidade e o quanto eles contribuem ou não para a qualidade de vida das pessoas. Pode-se dizer que os escores baixos apresentados neste domínio mostram têm um sentido especial, pois revelam necessidades não apenas do grupo de ACS, mas do grupo de pessoas pertencentes a comunidades e que vivenciam a dinâmica e os problemas dos locais onde vivem.

Avaliar a QV dos ACS representou algo além da avaliação de um grupo profissional, visto que a própria natureza do trabalho deles é pertencer e conhecer os potenciais e problemas da comunidade.

É necessário afirmar, então, que, ao conhecer um pouco sobre a avaliação da QV dos ACS em questão significou conhecer um pouco de suas expectativas, necessidades, fragilidades e potenciais.

Desta forma, o presente estudo contribuiu para um melhor conhecimento sobre o tema em questão.

Espera-se que este estudo seja amplamente divulgado entre os ACS e os demais atores envolvidos na saúde pública brasileira, a fim de se fortalecer o entendimento sobre quão

importante tem sido a avaliação da qualidade de vida para chamar atenção que práticas de saúde sustentáveis se constroem com profissionais comprometidos e satisfeitos quanto aos aspectos do trabalho de da vida.

Outro desafio que se define neste momento é proporcionar mais avaliações em outros municípios para que estudos desta natureza se constituam em um importante instrumento para a definição ações e políticas de saúde comprometidas com a qualidade de vida dos ACS.

9. REFERÊNCIAS

BALBO, P. L.; RODRIGUES-JÚNIOR, A. L; CERVI, C. **Caracterização dos cuidadores de crianças HIV+/AIDS abordando a qualidade de vida, a classificação socioeconômica e temas relacionados à saúde bucal.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.12, n.5. Setembro – Outubro. 2007.

BARRIENTOS, L. A.; SUAZO, V. **Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15, n.3, junho, 2007.

BARROS, R. C. M. **Variação da qualidade de vida após a internação na Unidade de Terapia Intensiva: instrumento de medida World Health Quality of Life (WHOQOL-bref),** 2002. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BELASCO, A. G. S.; SESSO, R. C. C. **Qualidade de vida: princípios, focos e intervenções.** 2006. In: DINIZ, D. P; SCHOR, N. Guia de Qualidade de vida. Barueri. Ed. Manole. 2006.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. **Quality of life in social science and medicine Introduction.** Social Science and Medicine, v.41, p. 1337-1338. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 18 Set. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites.** Ministério da Saúde, elaborado por Jarbas Negri. Brasília, 2002, 52 p.

_____. **Programa de Saúde da Família.** 2005. Disponível em: <http://200.168.242.5/cpub/pt/sm_saude/saude_familia.php>. Acesso em: 18 Set. 2005.

_____. **Modalidade de Contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite.** Brasília. 2002. 48 p.

_____. **Ministério da Saúde esclarece competências dos diversos profissionais que compõem o Saúde da Família.** 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=29736. Acesso em 05 maio 2007.

_____. **Portaria GM n.º 154 de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008.

_____. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.** disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 30 abril 2008.

BUSS, P. M. **Health promotion and quality of life.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. **Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família.** Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.14-21, jan-fev, 2004.

CIANCIARULLO, T. I.; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. **Uma Nova Estratégia em Foco: O Programa de Saúde da Família.** Ed. Ícone, 2005.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações.** 1 ed., Ed. Cortez, São Paulo, 1996.

COSTA NETO, S. B. **Qualidade de vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço** [Doutorado]. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2002

CREVELIM, M. A. **Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.2, Rio de Janeiro, abr./jun, 2005.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O. e MALERBO, M. B. **Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n.4, jul./ago 2003, p.532-538.

DEL CURA, M. L. A. **Satisfação profissional do enfermeiro.** 1994. 49 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1994 apud SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico.** 2004. 185 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2004.

DINIZ, D. P; SCHOR, N. **Guia de Qualidade de vida.** Barueri. Ed. Manole. 2006.

ELIAS, P. E. **Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil.** In: COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações.** 1 ed., Ed. Cortez, São Paulo, 1996.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** E. Fiocruz, 1998, 208 p.

FERRAZ, L.; AERTZ, D. R. G. C. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr./jun, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. (org.). **Ensinando a cuidar em Saúde Pública.** São Caetano do Sul. Ed. Difusão, 2004. 523 p.

FLECK, M. P. A. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. A.; LOUSADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

_____. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183. Abril, 2000.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. **WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil**. Revista de Saúde Pública., São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun. 2007. Pré-publicação.

FLECK, M. P. A. et al. **Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module**. Revista Saúde Pública., São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. **O perfil epidemiológico na prática do Enfermeiro no Programa Saúde da Família. Manual de Enfermagem**. Programa Saúde da Família, p. 9-13, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes>> Acesso em: 14 set. 2005.

GARRAT, A. et al. **Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures**. British Medical Journal, v. 324, p. 1417-1419, jun, 2002. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/324/7351/1417?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=quality+of+life&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>. Acesso em 13 abril 2007.

GESSNER, C. L. S. **Qualidade de Vida das Equipes de Saúde da Família do Município de Timbó-SC**. Dissertação (mestrado). Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. 2006.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. **A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements**. The Journal of American Medical Association, v. 272, n. 8, p. 619-626, August, 1994. Disponível em: <http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>. Acesso em: 04 set. 2005.

GRACIA GUILLÉN. **Ética de la calidad de vida**. España. Universidad de Madrid. 1998. (Apostilla) apud ALBUQUERQUE, S. M. R. L. Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2005.

GUYATT, G.; FEENY, D.; PATRICK, L. **Measuring health related quality of life**. Annals Internal Medicine. v. 118, n. 8, p. 622-629, 15 April 1993. Disponível em: <http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>. Acesso em: 04 set. 2005.

HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70 p., 1994 apud PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

IBGE. **Cidades @**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 30 abril 2008.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LINO, M. M. **Satisfação profissional entre enfermeiros de UTI. Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS)**. 1999. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo. 1999 apud SCHMIDT, D. R. C. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico. 2004. 185 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2004.

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80**. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 1, n. 1, 1991.

MACHADO, M. H. (coord.) Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Ministério da Saúde, Brasília. 2000 apud FERRAZ, L.; AERTZ, D. R. G. C. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre** Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 2, Rio de Janeiro, abr./jun, 2005.

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, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 Set. 2005.

MORENO, A. B. et al. **Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no estudo Pró-Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2585 – 2597, dezembro, 2006.

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

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. M. **Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.40, n.6, dezembro. 2006.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo. Ed. Pioneira, 1997, cap III, p. 105-132.

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

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. **Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PEREIRA, M. G. **Estrutura, vantagens e limitações dos principais métodos.** In: PEREIRA, M. G. Epidemiologia. Teoria e prática. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, p. 299, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Conjuntura econômica 2005.** 2005 a. Disponível em: http://www.riopreto.sp.gov.br/externos/sm_planejamento/conjuntura_economica/2005.pdf. Acesso em: 18 Set 2005.

ROCHA, A. D. et al. **Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final?.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 63-81, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 set 2005.

ROGERSON, R. J. **Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities.** Social Science and Medicine, v. 41, p. 1373-1382, 1995.

SAUPE, R. et al. **Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, julho-agosto. 2004.

SCHESTATSKY, P. et al. **Quality of life in a Brazilian sample of patients with Parkinson's disease and their caregivers.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v.28, n.3. São Paulo, setembro, 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2. p. 580-588. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=pt&nrm=iso. Consultado em: 09 Set. 2005.

SENNA, M. C. M. **Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 08 set 2005.

SKEVINGTON, S. M. **Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations from the WHOQOL development.** Quality of Life Research. v. 11, p. 135-144, 2002.

SUSUKI, K. **Pesquisa sobre a qualidade de vida de pacientes de UTI: uma revisão de literatura.** Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

THE WHOQOL GROUP. **WHOQOL-bref. Introduction, administration, scoring and generic version of de assessment.** Field Trial Version. Geneva, December, 1996.

_____. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties.** Social Science and Medicine, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

_____. **The World Health Organization Quality of Life instruments. Programme on Mental Health. Measuring Quality of Life.** 1997.

VERDUGO et al. **Quality of life and its measurement: important principles and guidelines.** Journal of Intellectual Disability Research, v. 49, part. 10, p. 707-717, October. 2005.

WOOD-DAUPHINEE, S. **Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going?** Journal of Clinical Epidemiology, v. 52, n. 4, p. 355-363, 1999.

TERWEE, C. B. **Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires.** Journal of Clinical Epidemiology, v. 60, p. 34-42. 2007.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um trabalho de pesquisa intitulado “**Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo. 2007**”, para saber como é que as pessoas acham que está a sua vida nas últimas duas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder ao questionário que está sendo apresentado ao senhor(a). Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares e seu meio-ambiente. O(A) senhor(a) deverá responder ao questionário em reuniões com datas previamente agendadas com o gerente da sua Unidade de Saúde da Família e com o(a) senhor(a).

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu trabalho e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo(a) senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. O(A) senhor(a) não terá prejuízo algum, inclusive financeiro, se concordar em participar desta pesquisa.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

São José do Rio Preto, ____ de _____ de 200__

Pesquisadora Responsável: Karina Aparecida Garcia Bernardes.

Endereço: Rua Atílio Luis Fazaneli, 234 – apto 11- Jd Panorama

São José do Rio Preto

Telefone (17) 32164166

Após ter conhecimento dos objetivos da pesquisa e da forma de minha participação, concordo em participar.

Eu, _____, concordo com minha participação no estudo “**Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo. 2007**”, estando ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a pesquisadora responsável.

_____
Assinatura participante

_____
Assinatura do responsável pela pesquisa

São José do Rio Preto, ____ de _____ de 200__

APÊNDICE 2

Tabela 9: Escores médios e desvios-padrão das duas primeiras questões do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008

Q1			Q2		
Unidade	Escore Médio	Desvio-Padrão	Unidade	Escore Médio	Desvio-Padrão
1(UBS)	77,9	12,1	16 (UBS)	81,3	21,7
16 (UBS)	77,1	16,7	11 (UBS)	77,8	8,3
3 (UBS)	75,0	17,7	7 (UBS)	75,0	14,4
9 (USF)	75,0	15,8	12 (UBS)	75,0	22,8
18 (USF)	75,0	16,7	20 (UBS)	72,2	19,5
19 (UBS)	75,0	14,4	21 (UBS)	68,8	25,9
21 (UBS)	71,9	8,8	19 (UBS)	67,9	27,8
4 (UBS)	71,4	9,5	4 (UBS)	67,9	23,8
5 (USF)	71,4	17,3	5 (USF)	67,9	18,9
7 (UBS)	71,4	17,3	2 (UBS)	67,5	26,5
12 (UBS)	71,2	20,0	3 (UBS)	67,3	21,4
15 (UBS)	70,5	18,8	9 (USF)	66,7	20,4
11 (UBS)	69,4	16,7	10 (USF)	66,7	12,9
20 (UBS)	69,4	16,7	15 (UBS)	63,6	23,4
14 (USF)	68,8	12,5	18 (USF)	62,5	29,5
2 (UBS)	67,5	23,7	14 (USF)	62,5	14,4
10 (USF)	66,7	20,4	8 (UBS)	62,5	21,4
8 (UBS)	64,3	16,2	6 (USF)	61,5	26,3
6 (USF)	59,6	12,7	1 (UBS)	60,3	23,5
17 (USF)	56,3	12,5	17 (USF)	56,3	23,9
13 (USF)	54,6	27,0	13 (USF)	54,6	21,9

Tabela 12: Escores médios e respectivos desvios-padrão obtidos para o domínio Físico do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008

Unidade	Escore Médio	Desvio-Padrão
4 (UBS)	80,1	8,7
8 (UBS)	79,6	9,7
1 (UBS)	78,6	14,1
3 (UBS)	78,3	15,9
12 (UBS)	76,2	19,6
9 (USF)	75,6	17,4
7 (UBS)	75,5	14,1
15 (UBS)	75,3	17,7
18 (USF)	75,0	17,7
10 (USF)	74,4	12,7
16 (UBS)	74,4	15,1
6 (USF)	74,2	16,8
2 (UBS)	72,5	12,7
20 (UBS)	72,2	11,0
21 (UBS)	71,4	11,5
11 (UBS)	71,0	13,1
19 (UBS)	70,4	17,6
17 (USF)	65,2	14,7
13 (USF)	63,6	15,5
5 (UBS)	59,7	18,2
14 (USF)	54,8	18,3

Tabela 14: Escores médios e desvios-padrão obtidos para o domínio Psicológico do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008

Unidade	Escore Médio	Desvio- Padrão
7 (UBS)	80,4	8,2
9 (USF)	79,9	8,5
20 (UBS)	79,6	7,1
2 (UBS)	78,8	20,8
16 (UBS)	76,0	20,0
1 (UBS)	75,6	11,2
12 (UBS)	74,2	16,4
8 (UBS)	74,1	11,5
6 (USF)	73,9	9,8
4 (UBS)	73,2	13,1
18 (USF)	72,1	17,8
10 (USF)	69,9	15,6
3 (UBS)	69,3	16,2
5 (USF)	67,9	10,7
11 (UBS)	65,3	12,3
19 (UBS)	63,7	16,6
14 (USF)	62,1	14,0
13 (USF)	58,9	14,3
15 (UBS)	58,1	17,8
21 (UBS)	56,9	12,3
17 (USF)	56,3	16,8

Tabela 16: Escores médios e desvios-padrão obtidos para o domínio Relações Sociais do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008

Unidade	Escore Médio	Desvio- Padrão
9 (USF)	86,1	10,1
16 (UBS)	81,3	16,3
1 (UBS)	76,5	14,5
11 (UBS)	75,9	12,1
4 (UBS)	75,0	16,0
18 (USF)	75,0	14,2
12 (UBS)	74,0	24,4
14 (USF)	72,9	21,9
5 (USF)	72,6	16,5
20 (UBS)	72,2	15,6
7 (UBS)	71,4	10,6
15 (UBS)	71,2	23,7
10 (USF)	70,8	11,5
3 (UBS)	70,5	24,9
6 (USF)	70,5	13,9
21 (UBS)	65,6	16,3
8 (UBS)	63,7	17,8
2 (UBS)	62,5	18,1
19 (UBS)	59,5	18,9
13 (USF)	52,3	19,8
17 (USF)	52,1	26,7

Tabela 18: Escores médios e desvios-padrão obtidos para o domínio Meio Ambiente do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008

Unidade	Escore Médio	Desvio- Padrão
16 (UBS)	64,6	14,4
4 (UBS)	63,4	11,1
7 (UBS)	59,8	8,0
3 (UBS)	59,4	12,6
9 (USF)	59,4	15,8
20 (UBS)	59,0	8,9
11 (UBS)	58,0	14,8
18 (USF)	57,8	14,8
5 (USF)	56,3	13,3
15 (UBS)	56,0	17,0
2 (UBS)	55,6	17,9
6 (USF)	55,6	14,3
8 (UBS)	55,6	7,9
1 (UBS)	55,0	16,5
12 (UBS)	54,7	20,3
10 (USF)	53,7	11,4
19 (UBS)	52,2	18,9
14 (USF)	51,9	13,6
17 (USF)	51,6	10,7
21 (UBS)	48,4	11,9
13 (USF)	41,8	16,1

Tabela 19: Escores médios e desvios-padrão obtidos para as 26 facetas do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de ACS, segundo a unidade de saúde. São José do Rio Preto. 2008

Unidade	Escore Médio	Desvio- Padrão
16 (UBS)	79,2	17,9
11 (UBS)	73,6	9,8
7 (UBS)	73,2	11,3
12 (UBS)	73,1	19,0
19 (UBS)	71,4	20,0
3 (UBS)	71,2	18,7
9 (USF)	70,8	17,1
20 (UBS)	70,8	17,7
21 (UBS)	70,3	16,3
4 (UBS)	69,6	12,2
5 (USF)	69,6	17,5
1 (UBS)	69,1	10,9
18 (USF)	68,8	22,2
2 (UBS)	67,5	23,7
15 (UBS)	67,1	19,6
10 (USF)	66,7	10,2
14 (USF)	65,6	6,3
8 (UBS)	63,4	15,9
6 (UBS)	60,6	17,6
17 (USF)	56,3	16,1
13 (USF)	54,6	23,2

APÊNDICE 3

Questões que foram aplicadas juntamente com a Ficha de Identificação do Respondente do WHOQOL-bref

Há quanto tempo trabalha como Agente Comunitário de Saúde?
(em meses)_____

Tipo de unidade em que trabalha: ( )USF
( )USF

Em qual unidade você trabalha?

_____

ANEXO 1

Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – CEP – EERP - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 041/2006

Ribeirão Preto, 17 de março de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 84ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de março de 2006.

Protocolo: nº 0643/2005

Projeto: QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO OESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2007

Pesquisadores: Claudia Benedita dos Santos (Orientadora)
Karina Aparecida Garcia Bernardes (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléa Regina de Oliveira Ribeiro
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos (Orientadora)
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL
GRUPO WHOQOL
VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE
QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE

SEXO Masculino (1)
Feminino (2)

IDADE (em anos completos) ____/____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
d m a

NÍVEL EDUCACIONAL

Analfabeto	(1)
I grau incompleto	(2)
I grau completo	(3)
II grau incompleto	(4)
II grau completo	(5)
III grau incompleto	(6)
III grau completo	(7)
Pós-Graduação incompleto	(8)
Pós-Graduação completo	(9)

ESTADO CIVIL

Solteiro (a)	(1)
Casado (a)	(2)
Vivendo como casado (a)	(3)
Separado (a)	(4)
Divorciado (a)	(5)
Viúvo (a)	(6)

COMO ESTÁ A SUA SAÚDE

muito ruim (1) fraca (2) nem ruim nem boa (3) boa (4) muito boa (5)

FORMA DE ADMINISTRAÇÃO
DO QUESTIONÁRIO

Auto-administrado	(1)
Assistido pelo entrevistador	(2)
Administrado pelo entrevistador	(3)

PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somente
uma, que é a mais relevante para a presente busca de um
serviço de saúde)

Nenhum problema	00	Problema nervoso crônico	
Problema de coração	01	ou emocional	10
Pressão alta	02	Problema crônico de pé	
Artrite ou reumatismo	03	(joanete, unha encravada)	11
Câncer	04	Hemorróidas ou sangramento	
Enfisema ou bronquite	05	no ânus	12
Diabetes	06	Doença de Parkinson	13
Catarata	07	Gravidez	14
Derrame	08	Depressão	15
Osso quebrado ou fraturado	09	Doença de pele	16
		Queimaduras	17
		Problema de álcool ou drogas	18
		Outros (especificar).....	

DIAGNÓSTICO (CID-10) (preenchido pelo entrevistador)

REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE

Sem tratamento	(1)
Ambulatório	(2)
Internação	(3)

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

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	bastant e	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	freqüentemente	muito freqüentemente	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