



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DANIELE ALVES CARDOSO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

**CAJAZEIRAS – PB
2014**

DANIELE ALVES CARDOSO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

Monografia apresentada à coordenação de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande como pré-requisito para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Maria Berenice Gomes
Nascimento Pinheiro

**CAJAZEIRAS – PB
2014**

DANIELE ALVES CARDOSO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

Monografia apresentada à coordenação de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande
como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovada em ____/____/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. M^a Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
UAENF/CEP/UFCG/FSM
(Orientadora)

Prof^º. Ms. Welligton Bezerra de Sousa
ETSC/UFCG
(Membro Examinador)

Prof^º. Geofábio Sucupira Casimiro
UAENF/CEP/UFCG
(Membro Examinador)

**CAJAZEIRAS – PB
2014**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de viver e estar concluindo essa etapa tão importante em minha trajetória...

Aos meus pais que mesmo distantes nessa etapa final de minha jornada acadêmica sempre estiveram na torcida pelo meu sucesso pessoal e profissional.

A Marcos, meu marido que desde antes do meu ingresso na universidade, esteve presente me dando força e até mesmo aulas para enfrentar as provas dos vestibulares, você foi muito além de um namorado e marido, foi a pessoa que me motivou a estudar, muito obrigado!

A minhas grandes amigas Atanirys, Alda, Larissa e Jéssica, pessoas que Deus escolheu e colocou em meu caminho para me ensinar a crescer mais ainda. Nessa jornada vocês foram mais que amigas, foram anjos que me proporcionaram bons momentos em meio às tempestades do curso, valeu por tudo.

Agradecer aos professores do curso pela contribuição para o meu aprendizado em especial a professora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro por me orientar e participar diretamente no desenvolvimento desse trabalho.

Aos ACSs que participaram desse estudo e tornaram possível a conclusão desse trabalho.

A todos vocês meu muito obrigado!!!

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Classificação dos riscos à saúde presentes no ambiente de trabalho.....	17
QUADRO 2- Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a auto-avaliação da sua saúde.....	23
QUADRO 3- Percepção dos ACS sobre seu trabalho.....	26
QUADRO 4- Satisfação dos ACS durante a sua atuação profissional.....	27
QUADRO 5- Percepção dos ACS sobre as limitações ao atuar frente a sua comunidade.....	29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Perfil sócio demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde. Cachoeira dos Índios/PB, 2014.....	22
---	----

CARDOSO, Daniele Alves. **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**. 2014. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2014. 44p.

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional inserido dentro da Estratégia Saúde da Família que tem como vetor principal a promoção de saúde pública. O papel exercido por esses profissionais é de fundamental importância para que as estratégias de saúde tenham ressonância direta entre os usuários do programa e as equipes encarregadas. O papel do ACS é o de fazer um verdadeiro mapeamento das necessidades da comunidade, catalogá-las e enviar aos órgãos competentes. Merece destaque um estudo sobre o nível de qualidade de vida dos ACS que, devido a sua exaustiva carga de trabalho pode ser acometida de uma série de questões, dentre elas, destacam-se: as ligadas ao aspecto emocional, financeiro, organizacional e interpessoal, como produto de suas atividades desenvolvidas. O objetivo principal é avaliar, de acordo com as percepções dos ACSs, a sua qualidade de vida no trabalho. Trata-se de um estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado com 13 ACS, na cidade de Cachoeira dos Índios-PB. A coleta de dados foi realizada através de um questionário semiestruturado, com perguntas abertas. Os dados foram analisados utilizando-se a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Observou-se que dos treze ACSs estudados 85% era do sexo feminino, com idade entre 23 e 63 anos. Quanto a situação conjugal houve predomínio dos solteiros somando-se 54%. Quanto ao regime de trabalho 62% são concursados, sendo que 38% dos profissionais estudados possuem outra ocupação. A avaliação mostra que em sua maioria os ACSs encontram-se com algum problema de saúde desencadeado pelo cotidiano no trabalho sendo os principais: estresse, cansaço físico e mental. A falta de reconhecimento pelo seu trabalho associado à falta de material, área muito extensa e falta de resolução dos problemas por parte do poder público constituíram os principais limites para o desenvolvimento das atividades desses profissionais. Apesar dos “problemas” mencionados a maioria dos ACSs se dizem satisfeitos ao mencionar sobre suas atividades junto a comunidade.

Palavras chave: Agente Comunitário de Saúde. Qualidade de Vida. Satisfação no Trabalho.

Cardoso, Daniele Alves. **EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF COMMUNITY HEALTH AGENTS**. 2014. Monograph (Undergraduate Nursing) - Center for Teacher Education, Academic Unit of Nursing, Federal University of Campina Grande, PB - Cajazeiras, 2014. 44p

ABSTRACT

The Community Health Agent (CHA) is a professional inserted into the Family Health Strategy whose main vector of promoting public health. The role played by these professionals is crucial for the health strategies have direct resonance between users of the program and the teams responsible. The role of the ACS is to make a true mapping of community needs, catalog them and send to the relevant bodies. Deserves a study on the quality of life of ACS that, due to its exhaustive workload can be affected a number of issues, among which stand out: those relating to, financial, organizational and interpersonal emotional aspect, developed as a product of their activities. The main objective is to evaluate, according to the perceptions of CHWs, their quality of work life. This is a field study, exploratory, descriptive qualitative approach. The study was conducted with 13 ACS, in Cachoeira dos Índios -PB. Data collection was performed using a semi-structured questionnaire with open questions. Data were analyzed using the technique of the Collective Subject Discourse. Of the thirteen CHWs studied 85 % were female was observed , with ages ranging between 23 and 63 years. For marital status had a predominance of single adding to 54 %. The system of work are gazetted 62 %, and 38 % of all respondents have another occupation. The evaluation shows that mostly CHWs meet with a health problem triggered by everyday at work being the main ones: stress, physical and mental fatigue. The lack of recognition for his work associated with lack of material, wide area and lack of resolution of the problems by the government were the main limits to the development of the activities of these professionals. In spite of the "problems " mentioned most CHWs themselves satisfied by mentioning about their activities in the community .

Keywords: Community Health Agent. Quality of Life. Job Satisfaction.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	11
2.2 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	13
2.3 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	15
3 METODOLOGIA	19
3.1 TIPO DE ESTUDO	19
3.2 LOCAL DO ESTUDO	19
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
3.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	20
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	20
3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	22
4.2 DADOS REFERENTES À PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SUA QUALIDADE DE VIDA.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	37
ANEXO A - Declaração de autorização do Secretário de Saúde.....	38
ANEXO B - Termo de Compromisso responsabilidade do pesquisador responsável....	39
ANEXO C - Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador participante..	40
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	41
APÊNDICES	43
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	44

1 INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) configura desde muito tempo um personagem de extrema importância para a Atenção Básica (AB) e para a comunidade onde atua. Através de seu trabalho é possível identificar de forma mais rápida o surgimento de novos casos de doenças, como também elaboração de um programa preventivo para tais surgimentos e/ou agravos. Por estar inserido diretamente na comunidade onde trabalha o ACS tem de forma natural um vínculo maior com essa população “facilitando” seu acesso a essas famílias.

Para Jorge et al. (2007) a ideia de se ter profissional diretamente em contato com a comunidade fazendo esse elo de informações comunidade/equipe de saúde surgiu no estado do Ceará em 1987 como plano de governo do estado. Inicialmente o Programa Agentes de Saúde (PAS) tinha como principal objetivo incentivar o auto cuidado, sobretudo a atenção infantil como forma de acabar com a mortalidade nessa fase da vida. Somente em 1991 o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em outros municípios do país tendo como modelo a experiência bem sucedida do Ceará com o PAS (OLIVEIRA et al., 2010).

Segundo Espínola e Costa (2006) com a criação do PACS, o ACS tornou-se um profissional efetivamente atuante na sua área de trabalho fazendo o intercâmbio entre os diversos setores da saúde e a população, facilitando o acesso da mesma aos serviços de saúde e promovendo uma melhor assistência a essa população, uma vez que, atua tanto orientando as famílias para a utilização adequada desses serviços como também fornece informações à equipe a cerca da dinâmica, necessidades e disponibilidades da população.

E em 1994 surge o Programa de Saúde da Família (PSF) como forma de ampliar a assistência à saúde, abrangendo os diversos aspectos e fatores que alteram o bem estar da população, como ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. O ACS destaca-se como peça chave no desenvolver das atividades e estratégias desse programa, através de sua capacidade de traduzir os conhecimentos científicos de forma simples para sua área de abrangência facilita a comunicação e colabora sobremaneira para o desenvolvimento de medidas tanto no aspecto individual como coletivo (NUNES et al., 2002).

Segundo o MS são atribuições do ACS fazer o acompanhamento das famílias dentro de uma área geográfica definida realizando o cadastro da família e atualizando o mesmo, este deve realizar no mínimo uma visita ao mês para cada família priorizando os casos vulneráveis como hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças entre outros, deve estar em contato direto da

comunidade estreitando os laços entre os serviços de saúde e a mesma, atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças elaborando atividades tanto no âmbito individual como coletivo. (BRASIL, 2012). Para que ocorra um efeito positivo nas intervenções dos ACS junto à comunidade é preciso que este profissional esteja atualizado, dessa forma torna-se necessário que ocorram as capacitações sobre os diversos aspectos do universo de atuação do ACS, como forma de aprimorar seus conhecimentos e efetivar sua participação na comunidade e na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Observa-se que é delegado ao ACS um leque de atividades que podem comprometer a sua qualidade de vida e a satisfação ao desempenhar seu trabalho, uma vez que, pode sobrecarregar esse profissional devido às exigências e responsabilidades cobradas e ainda gerar frustração, sensação de incapacidade por não cumprir suas metas ou por não satisfazer a população como um todo, comprometendo ainda a assistência prestada (FIGUEIREDO; NEVES; MONTANARI; CAMELO, 2009). Diante desse pressuposto surge a seguinte indagação: qual a percepção dos ACS a cerca de sua qualidade de vida? Será que os mesmos sentem-se satisfeito profissionalmente?

O interesse pela temática abordada surgiu primeiramente pela afinidade com a saúde coletiva em aliança à saúde do trabalhador dentro da percepção do quanto é importante o trabalho do ACS para o desenvolvimento das ações da equipe de saúde. A partir desse contexto fez-se necessário o desenvolvimento de um estudo que abordasse aspectos voltados para o ACS destacando fatores de satisfação e insatisfação profissional como forma de chamar atenção para esses profissionais que constituem a base da pirâmide ESF.

Diante de tantas atribuições a cerca do trabalho do ACS tornou-se importante à realização de um estudo que enfoque os aspectos de satisfação/insatisfação desse profissional observando o nível de desgaste motivacional a respeito do trabalho que o mesmo desempenha, apontando ainda os principais fatores que corroboram para os entraves no desempenho de suas atividades.

Este estudo tem como objetivo primordial avaliar a qualidade de vida e o nível de satisfação do Agente Comunitário de Saúde com o seu papel perante a comunidade onde atua, abordando os principais fatores que influenciam no processo de desgaste profissional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O Programa Agentes de Saúde (PAS) surgiu antes de tudo no estado do Ceará, em 1987. Esse programa tinha como meta principal a atenção à saúde das crianças como forma de acabar com a mortalidade infantil. Pretendia, ainda, conscientizar a população sobre fatores de auto cuidado com a saúde tornando o indivíduo protagonista do processo saúde/doença.

Dentre algumas atividades desenvolvidas por esses agentes estavam às visitas domiciliar regular, sobretudo as residências que tinham crianças menores de dois anos como forma de acabar com óbitos decorrente de desidratação por diarreia e visitas as gestantes para promover educação em saúde, estando entre outras atividades, o acompanhamento do desenvolvimento infantil, combate as infecções respiratórias agudas e entrega de medicações. Mais tarde, em 1991, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em outros municípios do país tendo como base a experiência bem sucedida do estado do Ceará (JORGE. et al., 2007; WAI, 2007).

Segundo Barros et al., (2010) até aqui, o ACS ainda não era organizado em uma categoria, pois não faziam parte da equipe de saúde nem tinha escolaridade definida, servindo apenas como mediadores entre a equipe e a comunidade.

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou o Programa de Saúde da Família (PSF) como forma de substituir o modelo tradicional para um modelo que atue no âmbito não só individual, mas também no coletivo, desenvolvendo estratégias que abordem os fatores desencadeantes de doenças como forma de preveni-las. Este programa surgiu ainda como forma de estreitar os laços entre a equipe de saúde e a comunidade por ela assistida, fator determinante para que a assistência seja realizada de forma efetiva. Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde se insere de forma integral, uma vez que ele está intimamente em contato com a comunidade em que trabalha, haja vista que o ACS é um morador de sua área de trabalho favorecendo sua atuação na comunidade e aproximação da mesma com a unidade de saúde. Esse profissional torna-se um elo entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004).

Por ter sido inspirado em atividades para prevenção de doenças através da educação em saúde, o PACS constituiu uma importante estratégia para efetivação dos requisitos expostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa fundamenta-se na reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração multiprofissional como forma de

aproximação aos problemas da comunidade. O ACS configura o ator primordial para o desenvolvimento das ações desse programa, uma vez que, esses profissionais devem ser moradores da comunidade onde atuam mantendo um contato direto com a população (CÔRREA; PFEIFFER; LORA, 2010).

Vale ressaltar que bem antes à criação do PACS já havia um trabalhador denominado Agente de Saúde, essas pessoas de forma mais simples trabalhavam voluntariamente através de incentivos de entidades não governamentais ou religiosas, como a Pastoral da Criança e UNICEF, promovendo um trabalho independente da conformação em equipes. Somente após a instituição do PACS o ACS foi integrado de forma mais expressiva ao PSF (CHEAVEGATTI, 2008).

As atribuições básicas dos Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com as normas e diretrizes do PACS divulgadas pelo Ministério da Saúde e constantes na Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 são: Promoção da saúde da gestante com enfoque principal na prevenção de doenças próprias da gravidez, aconselhamento para o aleitamento materno, encaminhamento a serviços de saúde para o controle do pré-natal e atenção ao puerpério; Promoção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida preferencialmente até os seis meses; Vigilância nutricional e acompanhamento do desenvolvimento infantil das crianças menores de seis anos; Educação nutricional das famílias, incentivando o uso de produtos regionais de alto valor nutritivo e baixo custo; Promoção da vacinação de rotina, com encaminhamento das crianças e gestantes à Unidades Básicas de Saúde de referência ou propiciando a vinda periódica de vacinadores as comunidade de difícil acesso (CÔRREA; PFEIFFER; LORA, 2010).

Desde a implantação do PACS, os Agentes de Saúde vem se organizando em busca de reconhecimento legal de sua profissão e, com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sua inserção nas equipes multiprofissionais, houve uma necessidade maior do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas (NASCIMENTO, 2005).

Diante de tantas atribuições a esse trabalhador, foi sancionada a Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Está disposto nessa lei que essa profissão caracteriza-se por ações de prevenção e promoção da saúde, mediante atividades domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas de acordo com as diretrizes do SUS. Afirma ainda que para exercer a profissão de ACS o profissional deve preencher alguns requisitos, como morar na comunidade de atuação, haver concluído curso de

qualificação básica para a formação do Agente Comunitário de Saúde e ter concluído o ensino fundamental e ser maior de dezoito anos (BRASIL, 2002).

2.2 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O trabalho do ACS emerge dois pontos principais de atuação, o primeiro voltado para organização da comunidade e mudanças comportamentais relacionadas à saúde, e o segundo ponto mais técnico, abordando fatores relacionados à saúde dos indivíduos com possíveis intervenções deste profissional para a prevenção de agravos ou monitoramento em situações específicas. Nesse contexto pode-se perceber a dimensão de atuação desse profissional, ora atuando numa vertente mais assistencial e de vigilância e em outro momento na promoção da saúde e qualidade de vida, buscando desenvolver uma forma de trabalho que abranja as necessidades da população, construindo ainda um trabalho em equipe sem perder a essência de ser agente (PUDIM, 2008).

A Unidade de Saúde da Família enquanto ambiente provedor de saúde destina-se a realização da assistência contínua. Para isso, está entre suas atribuições o papel de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento, e reabilitação, enfocando as necessidades do indivíduo, família e comunidade. Para o Ministério da Saúde a equipe de cada unidade de saúde da família deve ser composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, sendo que cada agente é responsável por 150 famílias ou 750 pessoas no máximo (SANTOS, 2011).

Conforme o autor supra citado, o ACS como membro da equipe de saúde vem colaborando de forma expressiva para os cuidados com a comunidade, este profissional integra desde conhecimentos populares até os científicos fazendo uma tradução do saber da comunidade facilitando o processo do cuidado e intervenções da equipe. No primeiro contato com a família o ACS deve realizar o cadastramento da mesma, momento ao qual se inicia a aproximação e conhecimento das necessidades de cada membro da família, as visitas devem ser mensais totalizando no mínimo uma visita para cada família no mês, nessa visita o ACS deve fornecer orientações sobre os serviços de saúde que são oferecidos e cuidados pertinentes ao processo saúde/doença.

O vínculo e as relações de confiança entre o ACS e a comunidade é de extrema importância para o bom desempenho do seu trabalho, visto que nem sempre esse profissional é bem recebido ou aceito nos domicílios pelas famílias, tornando seu acesso difícil, e como o

domicílio não é um área pública por vezes há resistência de famílias em recebê-los, por isso é muito importante que o ACS seja um morador da comunidade e que ele possa estabelecer esse vínculo, conhecendo a intimidade dos usuários, mantendo sempre discrição e preservando a privacidade do indivíduo (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Desde o seu surgimento, o ACS representa o componente que liga a equipe profissional à comunidade, e foram incluídos nas equipes de PSF com uma proposta de trabalho em três dimensões: técnica, política e social. Atuando respectivamente com saberes de epidemiologia e clínica; Utilizando-se de saberes da saúde coletiva; Assistindo a população e tentando resolver os problemas relacionados às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (KLUTHCOVSKY, 2005). Para Dias (2008, p.6) “os principais instrumentos de trabalho do ACS são: a entrevista, visita domiciliar, cadastramento das famílias, mapeamento da área e as reuniões comunitárias”.

Para que ocorra o bom desempenho de seu trabalho é importante que o ACS tenha uma boa comunicação e relação tanto com a população como com a equipe de trabalho, senso de organização e constante vigilância em saúde. Diante disso é possível sua colaboração na construção da qualidade e manutenção da assistência prestada, identificando problemas e participando coletivamente da resolução (FRAGA, 2011).

O fato dos ACS viverem na mesma região onde trabalham aumenta a eficácia das ações de educação para saúde pela possibilidade de compartilhamento social, cultural e linguístico com os moradores, facilitando a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas e possibilitando o desenvolvimento de estratégias mais eficientes em relação às recomendações médicas. Soma-se a isso, a expectativa de que o ACS atue também no contexto social, seja no âmbito da participação popular, seja na abordagem de problemas que escapam à dimensão estrita da saúde biológica (SANTOS, 2011. sp).

A questão de se ter um profissional que more em sua área de atuação remete o ACS a condição simultânea de ser agente e sujeito. O morar na área de trabalho deixa o ACS em constante situação de trabalho, pois o profissional não possui um distanciamento entre essas duas situações sendo que ambas ocorrem no espaço físico e na mesma comunidade (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Além de sobrecarregados com tarefas de suas atribuições esses trabalhadores muitas vezes se desdobram para preencher algumas lacunas deixadas por outros profissionais da saúde, em alguns casos esse profissional é limitado a fornecer orientações sobre o acesso aos serviços de saúde, entrega de medicamentos, marcação de exames e consultas. Sendo assim o papel de agente visitador fica um pouco fragmentado já que além de suas funções este

também se desdobra para a execução de atividades que não lhe são pertinentes (SANTOS, 2011).

Sendo assim tem-se de um lado o ACS assistencialista que resolve as demandas da comunidade em seus diversos aspectos às vezes até de caráter pessoal, e de outro o ACS numa prática mais técnica e pedagógica apontando o trabalho do ACS como algo complexo, destacando o papel de sujeito mediador e terapeuta comunitário (LOPES, 2010).

No dia-a-dia de trabalho do ACS, é comum que este se depare com alguns desafios. Por vezes se deparam com população insatisfeita com os serviços de saúde, população com baixo nível de escolaridade e analfabetismo, condições de moradia e higiene precárias e outras situações que são pertinentes à população. Além disso, o ACS tem que prestar contas sobre o levantamento mensal da situação de sua área de abrangência, pois é constantemente cobrado pela equipe de saúde. No seu cotidiano o ACS enfrenta problemas relacionados a si próprio como jornada de trabalho exaustiva, problemas econômicos e familiares (SIMÕES, 2009).

Muitas expectativas são depositadas nos ACS; a observação, a postura profissional equilibrada e o conhecimento são algumas das competências exigidas e que, quando não bem desempenhadas ou correspondidas, geram dificuldades, tornando-o vulnerável ao sofrimento no trabalho. Muitas vezes, esgotam-se suas habilidades para gerir o tempo, a excessiva demanda de tarefas, as críticas, a preservação de seu descanso e espaço junto à família, a incompletude e desqualificação de seu trabalho e o cansaço físico, emergindo a frustração, a ansiedade, a solidão e um sentimento de inutilidade, como se o esforço empregado na sua atividade tivesse sido em vão (BRAND; RAQUEL; FONTANA, 2010. p. 41).

2.3 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Sabe-se que o trabalho tem uma representação extremamente importante na vida do indivíduo, pois é por meio desse mecanismo que se tem a representatividade dos aspectos sociais em que este está inserido, assim como suas relações e modo de viver. De acordo com a percepção de Rosenstock (2011, p.28) “o trabalho precisa estar integrado à vida, ter um sentido, não pode se restringir a ser um meio de sobrevivência. O indivíduo precisa vislumbrar a possibilidade de realização dos seus planos e projetos, a atividade profissional precisa incorporar um significado essencial, que tem valor por si mesmo”.

O trabalho como fator determinante da condição de vida do indivíduo, pode causar descontinuidade no processo de bem estar do trabalhador, sobretudo quando não há uma satisfação em realizar as atividades do trabalho. A satisfação no trabalho é entendida como algo subjetivo, e varia de acordo com o referencial teórico adotado. É entendido como um

estado prazeroso, que remete o sujeito a um estado de alegria, resultante dos diversos aspectos do trabalho (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Na nossa sociedade, o trabalho é importante não apenas como fonte de renda que permite aos trabalhadores e suas famílias acesso ao consumo de bens e serviços, mas, também, como fonte de reconhecimento e de honra. O trabalho marca profundamente a identidade dos indivíduos, que frequentemente são reconhecidos pela profissão ou ofício que exercem ou exerceram. Assim, somos identificados como o padeiro, o professor, o enfermeiro, a costureira, etc. A condição de trabalhador muitas vezes acompanha-se de adjetivos tais como honesto, digno, batalhador. Portanto, o trabalho constitui fonte de realizações, gratificações pessoais e reconhecimento pela coletividade. No trabalho ou por meio dele os indivíduos interagem, estabelecem relações de camaradagem, amizade, cooperação, responsabilidade. Não ter trabalho comumente é fonte de sofrimento, não apenas pelo fato de excluir os indivíduos do universo do consumo, mas por afastá-los de uma fonte de dignidade e respeito valorizada em nossa sociedade. Isso por si só justifica várias situações de adoecimento, relacionadas, ou não, ao trabalho – o estresse, a depressão, a insônia, o suicídio, entre outros (SILVEIRA, 2009. p.15).

Historicamente a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tem sido questão de preocupação para o homem, de forma mais simples apresentando-se com outras denominações, mas sempre com aspectos voltados para o bem estar e satisfação do trabalhador (SCHMIDT; DANTAS, 2006). Atualmente o trabalho deixou de ser apenas uma fonte de renda, tem-se, atrelado ao trabalho fatores de diversos aspectos, tais como: inserção no meio social, construção do papel identitário do cidadão, importância na constituição de redes de relações interpessoais, bases da vida cotidiana, relações afetivas e econômicas, sendo o trabalho considerado o alicerce da constituição do sujeito e sua rede de significados (JARDIM; LANCMAN, 2009).

São diversas as definições acerca do tema Qualidade de Vida (QV) sendo que o sentido de qualidade pode ser diferente para cada indivíduo. Kluthcovsky (2005) descreve que a QV pode ser entendida em três parâmetros: a histórica ao qual o estado de qualidade pode ser temporal e mudar de acordo com a época em que se vive; a cultural, onde os diferentes povos têm necessidades divergentes entre si; e a social, relacionada à desigualdade de classes onde a qualidade de vida está relacionada ao bem estar das classes superiores.

A QVT além de buscar promover a satisfação do trabalhador busca também diminuir o desgaste físico e emocional decorrentes do processo do trabalho. Como o ACS vive em contato direto com os problemas da população deve ser levado em consideração que nem sempre é possível se ter a resolubilidade desses problemas o que pode causar frustração nesse profissional. Dentro da perspectiva de que obrigatoriamente exista uma harmonia entre o local de trabalho e a moradia do ACS, relacionando as diversas dificuldades impostas pela

condição de trabalho e também as carências do sistema de saúde, pode se dizer que este trabalhador não está livre de sofrimento decorrente do processo de trabalho principalmente pela indiferenciação entre o ato de morar e o de trabalhar no cotidiano e nas relações sociais (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Rosenstock (2011, p.14) reforça essa ideia ao afirmar que:

QVT é uma construção multidimensional, sendo assim, a saúde no trabalho é influenciada por uma série de fatores que podem interferir na satisfação do profissional. Estas interferências podem estar relacionadas ao sistema hierárquico da organização, à modalidade de liderança, à divisão de trabalho, ao excesso de responsabilidades, às relações interpessoais, ao conteúdo das tarefas e ao retorno insuficiente de dados ou reconhecimento por parte das chefias.

Na atualidade tem-se valorizado fatores como satisfação, amor, felicidade, realização pessoal, relacionamentos com qualidade, percepção de bem-estar, emprego, acesso aos serviços públicos, comunicação, urbanização, ambiente social, liberdade, solidariedade, etc. Considera-se como componente fundamental para edificar uma vida com qualidade, o atendimento às necessidades humanas básicas como a alimentação, a moradia, a educação, o trabalho, a saúde e o lazer (MASCARENHAS, 2011).

A QVT enfoca dois aspectos importantes: primeiro a preocupação com o bem estar do trabalhador e eficiência nos aspectos organizacionais, segundo, a participação do trabalhador na tomada de decisões e resolução de problemas no trabalho. Vale ressaltar que a expressão Qualidade de Vida (QV) não deve ser dissociada entre o momento de vida em sociedade e da vida em trabalho, tendo em vista que estes dois processos se constroem mutuamente. Aponta ainda como pontos fundamentais da QVT os indicadores econômicos, políticos, psicológicos e sociais, onde os problemas políticos trariam a insegurança; o econômico, a injustiça; o psicológico, a alienação; e o social, a falta de envolvimento moral com o trabalho (FERNANDES, 2009).

Dessa forma qualquer profissional da área da saúde assim como o ACS está exposto às consequências do impacto do trabalho sobre sua saúde, visto que em seu cotidiano de trabalho esse profissional se expõe a cargas físicas, químicas, orgânicas, mecânicas e psíquicas. São trabalhadores que se submetem continuamente a temperaturas muito altas ou muito baixas, a fumaça, microrganismos, longas caminhadas para atingir sua meta de visitas, além da tensão vivenciada diariamente, tanto pela cobrança na comunidade quanto na unidade de saúde em que trabalha (MASCARENHAS, 2011).

Quadro 1- Classificação dos riscos à saúde presentes no ambiente de trabalho.

Riscos físicos: ruído, vibrações, pressões anormais, radiações ionizantes, radiações não ionizantes (micro-ondas, ultrassom, radiofrequências, raio laser, etc.), temperaturas extremas (calor e frio).
Riscos químicos: agentes e substâncias químicas sob a forma de líquidos, gases, vapores, névoas, neblinas, fumos, poeiras, fibras.
Riscos biológicos: bactérias, vírus, protozoários, fungos e parasitas em geral.
Riscos decorrentes da organização do trabalho: jornadas de trabalho longas, trabalho penoso, ritmo intenso de trabalho, trabalho noturno ou em rodízio de turnos, monotonia, excesso de responsabilidade, demandas excessivas por produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e na supervisão de trabalhadores, equipamentos, máquinas ou mobiliários inadequados, más condições de ventilação e conforto, exigências de posturas e posições desconfortáveis.
Riscos mecânicos e de acidentes: inadequação em arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente, proteção de máquinas, sinalização de máquinas e áreas perigosas, rotulagem de produtos químicos, proteção de instalações elétricas e outras situações que podem levar a acidentes de trabalho.

Fonte: Silveira, A. M. Saúde do trabalhador. Belo Horizonte: COOPMED 2009.

É notável que a forma de trabalhar e enxergar o trabalho tenha ganhado nova roupagem uma vez que o trabalhador já não se apresenta mais como alguém apenas recebedor de ordens mais que se agrega aos problemas e resoluções no trabalho (SALLES, 2005). O ACS é o profissional que trabalha com a missão de preservar a saúde da comunidade, assim como prevenir as doenças, no entanto este não pode garantir o bem estar da própria condição de saúde em quanto cidadão e/ou trabalhador. O profissional da saúde assim como o paciente também necessita de cuidados e merecem atenção, desta forma o cuidar se faz necessário em dois aspectos, no que trata e no que é tratado. Quando se fala em “cuidar do cuidador” também se fala em melhorar o trabalho do profissional e sua assistência à comunidade tendo em vista que um trabalhador com QVT fornece uma em troca uma maior qualidade de serviços e efetividade ao desempenhar suas atividades (ROSENSTOCK, 2011).

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vista a torná-lo mais explícito ou a constituir hipótese e tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”.

Na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles, isso significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador. Tendo como objetivo primordial a descrição de determinadas populações ou fenômenos, ou estabelecimento de relações entre as variáveis.

A pesquisa de campo é empregada com intuito de obter informações e/ou conhecimentos relativos ao problema, na qual o pesquisador procura extrair subsídios para uma determinada resposta (MARCONI; LAKATUS, 2010).

Com relação à abordagem qualitativa Guerreiro (2006) afirma que, a pesquisa qualitativa pode ser definida inicialmente como uma atividade contextualizada que localiza o observador no mundo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Cachoeira dos Índios, estado da Paraíba, cidade localizada no alto sertão paraibano, que se encontra a 485 km da capital – João Pessoa-PB, ocupa uma área de 193,068 km². De acordo com os dados do censo 2013 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cachoeira dos Índios tem uma população total de 9.546 habitantes.

Para a realização da pesquisa foi utilizada as Unidades de Saúde da Família (USF) da Secretaria Municipal de Saúde, atualmente o município tem 04 USF, sendo 01 na zona urbana e 03 na rural, totalizando 24 ACS cadastrados.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Gil (2008), população ou universo é um conjunto de todos os elementos que possuem determinadas características em comum. A amostra seria um

subconjunto da população, que através da mesma se permite estabelecer ou estimar características da população.

Neste estudo a população foi constituída pelos ACS que atuam em Cachoeira dos Índios, a população do estudo é composta atualmente por 24 profissionais. Para seleção da amostra foi aplicado critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Foram incluídos todos os ACS que compõe a equipe da Estratégia Saúde da Família e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa, assinando o TCLE. Foram excluídos os profissionais com tempo de atuação inferior a 01 ano de atuação, bem como aqueles que estejam afastados por motivos de doença, licença ou férias. Totalizando uma amostra de 13 ACS.

3.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de um questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e observação da pesquisadora. O questionário foi dividido em duas partes, onde na primeira foi destinada a caracterização dos sujeitos da pesquisa e a segunda parte foi composta por quatro perguntas atendendo aos objetivos da pesquisa.

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e autorização da instituição Co-participante, os participantes foram abordados durante suas atividades e informados sobre o caráter científico da pesquisa: participação é voluntária, o sigilo ético dos nomes dos participantes e das respostas apresentadas e tratadas num conjunto, podendo o mesmo desistir a qualquer momento.

Nesse sentido, concluindo a coleta de dados, seguindo ao final da entrevista, foi realizado os devidos agradecimentos ao entrevistado pela sua participação e contribuição para possível realização da pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003), que consiste em um conjunto de falas individuais nos quais são retiradas as ideias centrais para a construção de um discurso-síntese que representa o pensamento coletivo. As etapas desta técnica serão as seguintes:

1. Seleção das expressões-chaves: estas expressões foram retiradas de cada discurso particular, copiando integralmente as respostas referentes a cada questão, sendo estas a representação do conteúdo discursivo;

2. Destaque das ideias centrais: estas ideias foram destacadas nas expressões-chaves e representam a síntese dessas expressões;
3. Identificação das ideias centrais: as ideias centrais e complementares destacadas de cada discurso foram separadas e colocadas nas caselas correspondentes;
4. Reunião das ideias centrais e semelhantes com mesmo sentido em grupos identificados por letras ou outro código;
5. Denominação de cada grupo que expresse da melhor maneira possível as ideias centrais e semelhantes;
6. Construção de um discurso síntese que corresponde à construção do discurso do sujeito coletivo.

3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO

Por se tratar de estudo com seres humanos, durante toda pesquisa foi considerado os aspectos éticos da pesquisa contidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/ CNS, que incorpora quatro referenciais básicos: bioética, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Para tanto, foi elaborado e incluído neste projeto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - que resguardará a autonomia dos sujeitos da pesquisa, com preservação do anonimato e sigilo com relação às informações concedidas, bem como o protocolo de pesquisa os quais foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Faculdade Santa Maria, para serem submetidos à revisão ética (BRASIL, 2000).

Todos os participantes ao assinarem o TCLE, tiveram respeitados a sua liberdade de escolha em colaborar ou não, ou liberdade de desistência em qualquer momento do estudo, evitando qualquer tipo de constrangimento. Assim como, direito aos esclarecimentos quanto à finalidade da investigação e garantia do anonimato.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação da análise e discussão dos resultados da pesquisa inicia-se pela relação dos achados sócio demográficos, seguindo da análise do discurso do sujeito coletivo. O presente estudo foi composto por treze ACSs sendo que os nomes dos mesmos, para garantir a privacidade e anonimato, foram substituídos por nomes de rosas: Gardênia, Violeta, Flor de Maio, Girassol, Orquídea, Angélica, Bromélia, Vitória Régia, Rosa, Azaléia, Camomila, Acácia, Margarida.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Tabela 1. Perfil sócio demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde. Cachoeira dos Índios/PB, 2014.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	11	85
Masculino	2	15
Idade		
23 a 32	6	46
33 a 42	2	15
43 a 52	1	8
53 a 63	4	31
Estado Civil		
Casado (a)	5	38
Solteiro (a)	7	54
Estável	1	8
Tem filhos		
Sim	7	54
Não	6	46
Outra ocupação		
Sim	5	38
Não	8	62
Tempo de trabalho		
1 a 4,9 anos	6	46
5 a 9,9 anos	2	15
10 a 14,5 anos	1	8
15 anos a mais	4	31
Regime de trabalho		
Concursado	8	62
Contrato	5	38
TOTAL	13	100

A partir da análise dos dados observou-se que, dos 13 ACS participantes da pesquisa, a maioria era do sexo feminino (85%), com idade entre 23 a 63 anos, apresentando uma média de 40 de idade, indo de encontro ao estudo realizado por Mascarenhas (2011). Esse

predomínio feminino se deve ao fato da grande expansão do trabalho feminino, citada por Theisen (2004), onde a mulher tem conquistando espaço no meio social de forma significativa na medida em que foi se inserindo no mercado de trabalho.

Quanto à situação conjugal, predominaram os indivíduos solteiros apresentando (54%) da população estudada, seguido de (38%) casado e (8%) estável.

Os participantes solteiros foram predominantes neste estudo, o que pode favorecer o aumento de disponibilidade para o trabalho e ainda pode demonstrar que as pessoas preferem iniciar a jornada de trabalho antes de constituir família.

Em relação ao tempo de trabalho como ACS, os resultados variaram de 1 a 23 anos, tendo uma média de 11 anos. Sendo que 38% dos profissionais entrevistados possuem outra ocupação e 54% tem filhos. Quanto ao regime de trabalho 62% são concursados e 38% em regime de contrato.

Com esses dados observa-se uma carga excessiva de trabalho e possível estresse decorrente deste, visto que, parte dos entrevistados possui outras ocupações e longa jornada de trabalho, destacando a idade máxima de 23 anos.

4.2 DADOS REFERENTES À PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SUA QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de Vida no Trabalho refere-se à forma de interação que um determinado indivíduo tem em seu trabalho abrangendo as relações de trabalho, o ambiente, a organização, e os aspectos financeiros. É uma construção multidimensional e por isso pode sofrer influências por diversos fatores que podem interferir na satisfação profissional. Sendo assim A QVT interfere não somente no trabalho em si, mas também no campo familiar, social dos indivíduos (ROSENSTOCK, 2011).

Para saber sobre a qualidade de vida do ACS, priorizou-se avaliar a percepção sobre sua saúde, seu trabalho, sua satisfação pessoal e as dificuldades encontradas no desenvolvimento do trabalho diário, que serão apresentados a seguir através de tabela, quadros e discussões.

Quadro 2- Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a auto avaliação da sua saúde.

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Saúde dos ACS	<i>“Na minha percepção, a minha saúde não é uma das melhores, pois quando começamos a nos preocupar muito com a saúde das famílias, esquecemos de cuidar da nossa.”</i> (GIRASSOL) <i>“Já passei por algumas situações tensas que acabam afetando a minha saúde...”</i> (ANGÉLICA) <i>“Ainda falta muito para o ACS ter uma saúde de qualidade, pois não há interesse por parte dos gestores para tornar a saúde do ACS boa...”</i> (BROMÉLIA) <i>“Já me sinto muito cansada por conta da idade, já era pra tá aposentada, recentemente sofri uma queda durante o trabalho o que prejudicou minhas visitas.”</i> (VIOLETA) <i>“Saúde mental e espiritual está boa já a saúde física e social regular.”</i> (ROSA) <i>“Me sinto estressada, cansada devido o tempo de trabalho...”</i> (AZÁLEA)

A grande maioria da população que constitui o estudo se mostrou com a saúde afetada, sobretudo por conta do trabalho. O fato de o ACS está intimamente em contato com a comunidade os deixam vulneráveis a uma carga maior de estresse, pois a população cobra desses profissionais resolutividade para seus problemas e nem sempre é possível, o que gera desgaste de trabalho.

O que foi possível constatar dos dados coletados foi que esse profissional de saúde procura desempenhar bem o seu papel, entretanto, tem negligenciado sua própria saúde devido à problemas não resolvidos por parte do poder público que represa muito as necessidades tanto dos ACSs como da população em geral. Essa inoperância do poder público (Secretaria de Saúde) tem contribuído incisivamente para mudança do estado emocional dos ACSs, pois gera estresse, causado pela morosidade na resolução de problemas encaminhados e não resolvidos.

Para Lopes et al. (2009), o trabalho só consegue ser fonte de saúde mediante o reconhecimento dos esforços e investimentos que o trabalhador exerce em suas tarefas afim de cumprir suas metas. É como se o reconhecimento do trabalho compensasse o desgaste e o sofrimento vivenciado pelos trabalhadores. Este autor ainda refere em seu estudo o sofrimento

dos ACSs por falta de compreensão da população a respeito de suas reais atribuições. Neste estudo esses profissionais também se sentem excessivamente cobrados sem o respaldo dos serviços de saúde. Em contra partida os usuários quando não tem suas necessidades atendidas pelo serviço público passa a exigir do ACS a resolução de problemas que não são de sua competência.

Outro aspecto que deve ser mencionado é o cansaço físico e a acessibilidade até chegar às residências que não dispõe de infraestrutura adequada, sobretudo nos bairros periféricos. Um fato que foi narrado por um dos participantes, referente a uma queda que sofreu no seu período de trabalho e comprometeu a quantificação dos dados de sua produção mensal.

O que parece ser o ponto convergente é o estresse causado pela necessidade da população assistida e o que é oferecido aos mesmos. Neste embate ocorrem discussões frequentes da população por falta de medicamentos, marcação de exames, ausência de especialidades médicas e até mesmo de materiais e ambiente adequado para atender as demandas da sociedade. Esses questionamentos agravam ainda mais os aspectos emocionais que corroboram para o aumento dos problemas.

Segundo Wai (2007) o estresse tem sido considerado um risco ocupacional acentuado para os que trabalham na área de saúde por lidarem com situação de sofrimento, adoecimento e morte. Para os ACSs o envolvimento com a comunidade acaba sendo muito intenso fazendo com que esses profissionais não percebam suas próprias vulnerabilidades ficando mais expostos aos efeitos negativos do estresse.

O baixo nível de tolerância da população aliada à inoperância do poder público tem alterado o estado emocional desses profissionais, causando sintomas oriundos do estresse como: dor de cabeça frequente, cansaço físico e mental, insatisfação no trabalho, desânimo, hipertensão, e uma enorme vontade de abandonar a profissão. Esse excesso de problema tem uma razão para existir, é a condição de ser altruísta, ou seja, de se colocar no lugar do outro e sentir na própria pele as necessidades não atendidas.

Em um estudo realizado em cinco municípios no estado da Bahia observou-se a percepção de usuários e outros profissionais acerca do trabalho do ACS. Em relação ao trabalho observou-se um aumento do seu poder de resolutividade; o poder de tradutor do universo científico para o popular; um contato mais próximo com a população; o porta voz entre a comunidade e a equipe de saúde; aumento de funções no trabalho e mais responsabilidades e, também, dificuldades de relacionamento com membros da comunidade (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Ainda de acordo com os autores supra citados essas condições podem causar sofrimento ao ACS assim como gerar situações tensas, pelo fato de residirem na área de trabalho e estarem constantemente em contato com a população esse profissional absorve os pontos positivos e negativos com mais intensidade que outros profissionais

Quadro 3- Percepção dos ACS sobre seu trabalho.

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Trabalho do ACS	“...levar informações, esclarecer as dúvidas da comunidade, é se colocar no lugar do próximo...” (ORQUÍDEA) “Para trabalhar como ACS é preciso gostar de lidar com pessoas, se sensibilizar com os problemas, saber acolher, aconselhar, enfim, estabelecer uma relação de confiança.” (ANGÉLICA) “É ser de tudo um pouco, amiga, psicóloga, confidente...” (GIRASSOL) “É ajudar as pessoas, por que a informação é muito importante para a saúde das pessoas...” (VIOLETA) “...promotor, defensor da saúde e mobilizador da comunidade...” (ROSA) “É um trabalho digno, porque agente orienta e aprende com as famílias as dificuldades da saúde...” (ACÁCIA) “Tudo de bom, principalmente por ter o prazer de me dedicar a fazer alguma coisa de boa pelo próximo.” (MARGARIDA)

Segundo a pesquisa realizada, o ACS procura através de suas atividades levar informações e esclarecer alguns assuntos pertinentes à área de saúde como: campanha de vacinação, mutirão contra dengue, atividades educativas para hipertensos e diabéticos, marcação de cirurgias, exames, acompanhamento de gestantes e recém nascidos entre outros.

O Ministério da Saúde (2009) determina algumas atribuições desses profissionais, tais como: promoção da saúde da gestante; promoção do aleitamento materno; vigilância nutricional infantil; promoção da vacinação de rotina, entre outros.

Outro critério importante mencionado foi o fato de saber lidar com a comunidade que apresentam um número de problemas que fogem ao tratamento de patologias convencionais e chegam ao aspecto psicológico, pois o ACS se torna praticamente um “membro” da família que é assistida por ele. A relação chega à fronteira da confiança, pois é comum conversas sobre a questão familiar envolvendo o cônjuge e os filhos, pois os mesmos podem agravar e/ou atenuar os problemas existentes.

O ACS passa, nesta condição, a se envolver afetiva e emocionalmente com as famílias, gerando uma relação de intenso comprometimento com a melhora daqueles que precisam de tratamento ou acompanhamento dos programas oferecidos aos mesmos. Neste

sentido, é comum o profissional de saúde ajudar até financeiramente às famílias muito carentes e que às vezes não tem condições de comprar algum medicamento prescrito e que não é oferecido pelo poder público.

Em um estudo realizado em 2008, os autores Borstein e Stotz chamam a atenção para o papel que o ACS desempenha como apoio emocional e psicológico, afirmando que esse tipo de assistência possibilita uma melhor efetivação das ações junto a população.

É prazeroso para esse profissional quando, mesmo em meio a tantas dificuldades, ocorre um reconhecimento do trabalho desenvolvido por parte da população. Isto é notório quando eles dissertam sobre a relevância do papel exercido na sociedade, e de certa forma, o resultado positivamente alcançado. Assim, quando ocorre a cura de algumas doenças ou a diminuição de agravos na área em que o ACS é responsável, há uma comemoração coletiva entre, principalmente, o ACS e a comunidade.

O “fazer algo para o outro” é o combustível que mais move esses abnegados profissionais que não se deixam contagiar pelas necessidades que passam para desempenhar suas funções, desde a questão financeira à de apoio logístico oferecido pelas prefeituras, porém, esse envolvimento afetivo é uma recompensa de valor inestimável, para quem recebe um obrigado expresso como um gesto de gratidão.

Quadro 4- Satisfação dos ACS durante a sua atuação profissional.

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Satisfação Profissional	“Não tenho satisfação, por que me sinto decepcionada com o serviço público.” (GARDÊNIA) “A maior conquista alcançada como ACS é conseguir ajudar as pessoas e principalmente ver a confiança que elas depositam em mim...” (ROSA) “Satisfação em chegar aos lares e ser bem recepcionado com alegria e atenção das pessoas.” (MARGARIDA) “Me sinto mais ou menos, pois o trabalho exige muito...” (VIOLETA) “Me sinto uma pessoa privilegiada por ajudar a quem precisa, o que me deixa insatisfeita é o salário.” (ACÁCIA) “... quando a comunidade chega e reconhece o seu trabalho é muito gratificante.” (ORQUÍDEA) “Satisfação em ajudar os outros, criar vínculo com as famílias.” (BROMÉLIA) “Fico satisfeita em enfrentar e encarar as dificuldades das famílias carentes do nosso município.” (VITÓRIA RÉGIA) “...é sentir que de alguma forma estou contribuindo para a saúde de várias pessoas...” (ANGÉLICA) “A maior satisfação que o ACS pode ter é ver as famílias sempre bem.” (GIRASSOL) “Se não fosse uma parte da população que só sabe criticar seria um trabalho satisfatório.” (CAMOMILA)

A maioria das profissões mede o grau de satisfação pelo pré-requisito salarial apenas, contudo, em se tratando dos ACSs que participaram do estudo, podemos observar que o trabalho por eles desenvolvido ultrapassa os limites financeiros. Mesmo merecendo ganhar mais, os ACSs aferem um grau de satisfação acima da média por dois fatores essenciais: se sentir útil e pelo envolvimento emocional com a população por eles assistida.

Haikal et al. (2009), reforça essa ideia quando relata em sua pesquisa que o grau de satisfação com o trabalho é fator importante na qualidade do desempenho profissional e também na qualidade de vida. Tal satisfação envolve uma interação entre uma série de fatores, tais como gostar do que se faz, reconhecimento, nível de estresse que o trabalho causa, estrutura do trabalho, criatividade, autonomia e o retorno financeiro.

Para esse profissional, sentir-se útil é poder desempenhar, no exercício de suas funções resultados positivos, gerando, por conseguinte, saúde e mais qualidade de vida aos mesmos. Outro dado mencionado é a confiança que as famílias creditam aos ACSs, tornando-os quase membros confidentes dos usuários do programa.

O envolvimento emocional se enraíza ainda mais de acordo com estado físico e mental da família que recebe a visita dos agentes. Esse estreito laço de confiabilidade, não raramente, torna a visita uma “terapia” para os envolvidos ACS-Família onde os mesmos convivem suas angústias e sentimentos de forma coletiva.

Essa ideia corrobora com estudo realizado por Haikal et al. (2009), onde os autores afirmam que as relações e experiências vividas no âmbito profissional criam laços de solidariedade e cumplicidade entre as famílias e o ACS. Ainda nesse estudo os autores perceberam que a existência de um vínculo forte permeou toda sua entrevista, assim como foi apontada como a maior motivação e gratificação para o desenvolver do trabalho.

Há no presente estudo um fragmento desses profissionais que cita o desestímulo com o salário que recebem, sendo, para alguns, um agente desestimulador do bom andamento do trabalho. Mesmo com esse fator negativo citado por alguns a maioria refere-se às palavras: ajuda, vínculo, satisfação, contribuição, saúde, como combustível por seguirem em sua caminhada.

O êxito de ver resultados, como uma queda na prevalência de certas patologias, maior acesso à informação e o pragmatismo da mesma. A percepção de que, de crianças à idosos, de homens à mulheres, ano após anos há expectativa e qualidade de vida tem melhorado com o balanço que as equipes fazem ao final do ano tem animado à categoria a não esbarrar nos desafios impostos pelo modelo de gestão vigente que não tem priorizado uma saúde preventiva como verdadeiramente deveria ser.

Quadro 5- Percepção dos ACS sobre as limitações ao atuar frente a sua comunidade

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Dificuldades no trabalho	“Quem trabalha como ACS tem muitas coisas para resolver para a comunidade e nem sempre a gente consegue.” (AZÁLEA) “Tentar resolver os problemas da comunidade.” (FLOR DE MAIO) “As pessoas não dão valor a gente e demoram a entender o que a gente explica.” (VIOLETA) “Eu me sinto frustrada quando as ações publicas não chegam até a população e isso reflete no trabalho do ACS e a comunidade fica discrente.” (GARDÊNIA) “O que mais dificulta meu trabalho é a distância e o difícil acesso, os materiais de trabalho só temos o básico...” (MARGARIDA) “A falta de material e o calor dificulta muito o trabalho...” (ACÁCIA) “... o excesso de famílias cadastradas prejudica o atendimento, é muito ruim quando as famílias não tem uma boa receptividade não dá vontade de voltar na casa.” (ORQUÍDEA) “a falta de equipamentos, qualificação profissional e valorização por parte de gestores são os principais limites...” (BROMÉLIA) “Não poder resolver os problemas dos mais necessitados...” (VITÓRIA RÉGIA) “Trabalhar em uma área muito extensa com casas distantes uma das outras.” (CAMOMILA)

Quanto ao quesito limitações no trabalho, os participantes relatam diversas situações que dificultam sua assistência para com a comunidade. Tentar resolver os problemas da população assistida e não ter uma resposta positiva por parte da secretaria de saúde é um dos principais fatores que corroboram para o entrave de suas ações.

Foi possível também detectar que a categoria se sente menosprezada até mesmo na sua condição de trabalho como: falta de material de trabalho (balança, fichas para preenchimento de dados), vestimentas apropriadas, protetor solar, excesso de famílias, área extensa, qualificação profissional etc.

Em um estudo realizado em Ribeirão Preto/SP (2007), sobre desgaste de trabalho dos ACSs, os autores discorrem sobre os principais fatores relacionados a esse tema, destacando dificuldades para cumprir metas, baixo salário, número elevado de famílias, sobrecarga de papéis, carga emocional em relação à situação das famílias e ao sentimento de impotência

desses profissionais por não conseguirem resolver os problemas da população (OLIVEIRA et al., 2010).

A falta de boa receptividade para esses profissionais por parte da população durante a visita domiciliar, assim como, a falta de reconhecimento por seus esforços e suas ações também configura uma dificuldade para o trabalho, uma vez que acaba desmotivando os ACSs a continuarem suas visitas e cumprirem suas metas.

Sendo a visita domiciliar uma das principais se não das mais importantes funções do ACS, torna-se necessário que essa ação seja desempenhada em sua plenitude com boa relação entre profissional e usuário. Segundo Souza et al. (2009), a visita domiciliar é o instrumento que possibilita ao ACS entrar no íntimo das pessoas, conhecer suas reais dificuldades e condições de habitação. Através desse instrumento é possível planejar, traçar metas e promover a assistência adequada atendendo a real necessidade de cada família. Durante uma visita domiciliar espera-se que o profissional identifique os fatores determinantes do processo saúde-doença assim como os de cunho social, cultural, econômico e político, perceber as dificuldades sociais enfrentadas por cada família, identificar como se expressam as formas de trabalho e vida dos membros que a compõem.

Um estudo realizado em Bauru-SP em 2004 mostra que é natural que o ACS ao iniciar seu trabalho tenha algum tipo de rejeição por parte da população, por ser um profissional novo que necessita adentrar nos lares das famílias gera certa desconfiança da comunidade, problema que é resolvido logo que ele começa a desempenhar suas tarefas durante a visita domiciliar. Quando essas dificuldades de relacionamento se estendem por mais tempo entende-se que há uma falta de esclarecimento mútuo tanto da comunidade como do ACS, problema que se estabelece por falta de entendimento da comunidade sobre o trabalho desse profissional ou pela falta de habilidade do próprio agente, uma vez que o fato de estar diretamente ligado a comunidade e morar em sua área de trabalho este, deveria ter o mínimo de proximidade ou amizade com a população (ESPÍNOLA; COSTA, 2006).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu conhecer o perfil dos ACS do município de Cachoeira dos Índios, no estado da Paraíba, e o relato sobre a qualidade de vida dos mesmos. Este estudo mostrou-se relevante, pois essas informações podem dar sustentação para a implementação de novas estratégias para a melhoria das condições de vida e trabalho do ACS e subsidiar políticas públicas de saúde, o que pode gerar um impacto positivo na saúde, tanto dos ACSs quanto da população por eles assistida.

Observou-se que, a maioria dos ACSs estudados foram do sexo feminino (85%), solteiros (54%) e com filhos (54%). A idade média é de 40 anos constituindo uma população de adultos jovens. Com relação ao tempo de serviço, a maioria dos ACSs tem entre 1 e 23 anos de atividades desempenhadas na função, sendo que 62% são concursados e 38% possuem outra ocupação.

O estudo mostra que a maioria dos ACSs relatam algum desconforto gerado pelo trabalho, citando principalmente: estresse, cansaço físico e mental. A falta de reconhecimento tanto da comunidade como do poder público atrelado às condições de trabalho, falta de material e dificuldades para resolução dos problemas são mencionados como principais limites para o bom desempenho de suas atividades. Quando questionados sobre o trabalho e satisfação com o mesmo, os participantes parecem esquecer os pontos negativos, relatando grande satisfação em atuar e poder ajudar a população mais carente.

Essa pesquisa é uma fonte relevante para se obter dados sobre a qualidade de vida dos ACSs, uma vez que o demonstrativo detectou que esses Agentes tem apresentado problemas de ordem emocional, oriundos do trabalho por eles desenvolvido. O relaxamento do atendimento que é ofertado pelo poder público não é compatível com as necessidades da população, o que desencadeia estresse e alteração no estado emocional, acarretando problemas de saúde, assim como é um fator limitante para o desempenho do trabalho realizado pelos ACSs. Embora esses profissionais estejam com a saúde parcialmente comprometida desenvolvem-nas sem prejuízo à população. O que parece ser um suporte positivo é o nível de satisfação que os mesmos sentem ao ver a área em que atuam, ser na medida do possível, exemplo de dedicação e resultado com o reconhecimento recebido.

O vínculo existente entre o ACS e a população é compreendido como principal característica de motivação para o desenvolvimento de seu trabalho mesmo quando são relatadas as dificuldades enfrentadas por conta dessa proximidade que gera por muitas vezes

falta de privacidade. Com tudo, o trabalho do ACS foi percebido como contribuinte para alterações no estado de saúde dos mesmos, sobre tudo no aspecto psicossocial onde por diversas vezes foi citado estresse, cansaço, preocupação, entre outros. Pelo fato dos profissionais estarem com sua saúde comprometida por conta do trabalho não houve alteração do fator satisfação, uma vez que, os participantes parecem anular o quesito doença quando mencionado as palavras reconhecimento, ajuda ao próximo, acolhimento e confiança.

Contudo, vale ressaltar a necessidade de uma reflexão crítica a respeito do trabalho do ACS uma vez que diante de tantos dados apontados neste, e em outros estudos sobre o tema, foi identificado que a manifestação de determinadas patologias surgem em função de fatores correlacionados direta ou indiretamente devido às condições de trabalho em que os mesmos são submetidos. Um fato relevante apontado é que, o trabalho em conjunto e com parceria entre a população e os agentes públicos podem, e devem amenizar de modo satisfatório algumas questões ainda não solucionadas. Isto posto, esperamos que esta pesquisa possa de certa maneira contribuir para otimizar a qualidade de vida dos ACSs bem como o atendimento à população, razão maior da promoção de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A Atuação do Agente Comunitário de Saúde na Promoção da Saúde e na Prevenção de Doenças. **Revista Brasileira De Enfermagem**, Brasília (DF), v.57, n.1, Jan./Fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a04v57n1.pdf>> Acessado em: 08 de Novembro de 2013.

BARROS, D. F. et al. O Contexto da Formação dos Agentes Comunitários no Brasil. **Texto contexto enfermagem**. Florianópolis. v.19, n.1, Jan./Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf>> Acessado em: 20 de Novembro de 2013.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que Integram a Formação e o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Uma Revisão da Literatura. **Ciênc. saúde coletiva**. v.13, n.1, Jan./Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100029&script=sci_arttext> Acessado em: 10 de março de 2014.

BRAND, C. I.; RAQUEL, A. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e Insatisfações no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Cogitare Enferm**. v.15, n.1, Jan/Mar. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17143>> Acessado em: 15 de Outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.507, de 10 de julho de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2002/10507.htm>> Acessado em: 20 de novembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acessado em: 19 de Outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CHEAVEGATTI, D. Trabalho e Adoecimento na Perspectiva de Agentes Comunitários De Saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-oeste do Município de São Paulo. **Dissertação (Mestrado)**, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/sistema/ck/files/agentes/Tese%20Denise_Cheavegatti%5B1%5D_Trabalho%20e%20adoecimento%20ACS_SP.pdf> Acessado em: 25 de Outubro de 2013.

CÔRREA, C.; PFEIFFER, C.C.; LORA, A. P. O Agente Comunitário de saúde – Uma História Analisada. **Revista Rua**. Campinas. v.1, n.16, Junho. 2010. Disponível em: <<http://www.labeurb.unicamp.br/rua/pages/pdf/16-1/8-16-1.pdf>> Acessado em: 06 de Novembro de 2013.

DIAS, W. F. Meios de Trabalho – Espaço de Vida: A Atividade de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG. **Dissertação (Mestrado)**. Rio de

Janeiro. 2008. Disponível em:

<<http://bvssp.ict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1847>> Acessado em: 15 de Novembro de 2013.

ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C. C. Agentes Comunitários de Saúde do PACS e PSF:

Uma Análise de sua Vivência Profissional. **Revista de Odontologia**. São Paulo (Município). v.18, n.1, Jan./Abr. 2006. Disponível em:

<http://www.cidadesp.edu.br/old/arquivos/publicacoes/revista_odontologia/agentes_comunitarios.pdf> Acessado em: 10 de Novembro de 2013.

FERNANDES, J. S. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família.

Dissertação (Mestrado). 2009. Disponível em:

<http://bdtd.uftm.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=113> Acessado em: 29 de Novembro de 2013.

FIGUEIREDO, I.M.; NEVES, D.S.; MONTANARI, D.; CAMELO, S.H.H. Qualidade de vida no Trabalho: Percepções dos Agentes Comunitários de Equipes de Saúde da Família.

Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro. v.17 ,n.2 , Abr./Jun. 2009. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a22.pdf>> Acessado em: 04 de Novembro de 2013.

FRAGA, O. S. **Agente Comunitário de Saúde: Elo entre a Comunidade e a equipe da ESF?** Governador Valadares, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRIERO, I. C. Z. **Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde**. São Paulo: [S.n.], 2006.

HAIKAL, D. S. A. Et al. A Influencia do Trabalho Cotidiano de Agentes Comunitários de Saúde: Uma Abordagem Qualitativa. 2009. Disponível em:

<<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/419/264>> Acessado em: 15 de Março de 2014.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos Subjetivos do Morar e Trabalhar na Mesma

Comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Comunicação Saúde Educação**. v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a11.pdf>> Acessado em: 17 de Novembro de 2013.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Satisfação, envolvimento e comprometimento com o

trabalho: Percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Comunicação Saúde Educação**. v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009.

JORGE, M. S. B. et al. Concepções dos Agentes Comunitários de Saúde Sobre sua Prática no Programa de Saúde da Família. **Revista APS**. v.10, n.2, Jul./Dez. 2007. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/05concepcao.pdf>> Acessado em 05 de Novembro de 2013.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do Agente

Comunitário de Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com Rio de Janeiro**. v.2, n. 5, Abr. / Jun.

2006. Disponível em: < <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/23/334> > Acessado em: 09 de Março de 2014.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde de um Município no interior do Paraná. **Dissertação (Mestrado)**. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/23/334>> Acessado em: 10 de Novembro de 2013.

LEFÉVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul: EDUCS, 2003.

LOPES, D. M. Q. Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho. **Dissertação (Mestrado)**. Santa Maria, Rio grande do Sul, 2010. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissert_Denise.pdf> Acessado em: 18 de Novembro de 2013.

MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados**. 7. ed. – 3 reimpr. – São Paulo: Atlas, 2010.

MASCARENHAS, C. H. M. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde do município de Jequié-Ba. **Dissertação (Mestrado)** UESB, 2011. Disponível em: <<http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma2/DISSERTACAO-CLAUDIO-HENRIQUE-MEIRA-MASCARENHAS.pdf>> Acessado em: 12 de Novembro de 2013.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrada. **Revista Latino-am. Enfermagem**. v.19. n.4. Jul./Ago. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf > Acessado em: 15 de Novembro de 2013.

NACSCIMENTO, C. M. B. Precarização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife. **Dissertação (Especialização)**, Recife. 2005. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/precarizacao_acs_rmr.pdf> Acessado em: 01 de Novembro de 2013.

NUNES, M. O. et al., O Agente Comunitário de Saúde: Construção da Identidade desse Personagem Híbrido e Polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, Nov./ Dez, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf> > Acessado em: 01 de Novembro de 2013.

OLIVEIRA, A. R. et al., Satisfação e Limitação no Cotidiano do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.12, n.1, 2010.

PUDIM, V. M.; CARDOSO, C. L. Agentes Comunitários de Saúde e o Sentido de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**. São Paulo (Município). v.13, n.2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/08.pdf>> Acessado em: 05 de Novembro de 2013.

ROSENSTOCK, K. I. V. Satisfação, envolvimento e comprometimento com o trabalho: Percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Dissertação (Mestrado)**. João Pessoa. s/n, 2012.

SALLES, E. P. Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem em UTI's. **Dissertação (Mestrado)**. Goiania. 2005. Disponível em: <http://www.bdt.d.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-11-06T193205Z-36/Publico/Eunice%20Pereira%20Salles.pdf> Acessado em: 29 de Novembro de 2013.

SANTOS, I. E. R. Estresse ocupacional em Agentes Comunitários de Saúde da Cidade de Aracaju-Sergipe. **Dissertação (Mestrado)**. Aracaju. 2011. Disponível em: <http://ww3.unit.br/mestrados/saude_ambiente/wp-content/uploads/2012/04/Dissertacao-MSA-Italo-docx.pdf> Acessado em: 01 de Novembro de 2013.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-am. Enfermagem**. v.14, n.1. Jan./Fev. 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421858008>> Acessado em: 15 de Novembro de 2013.

SILVEIRA, A. M. **Saúde do trabalhador**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/145>> Acessado em: 28 de Novembro de 2013.

SIMÕES, A. R. R. O Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família: Fatores de Sobrecarga de Trabalho e Estresse. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. Florianópolis, v.2, n.1, jan./jul. 2009. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/37/61>> Acessado em: 01 de Novembro de 2013.

SOUZA, E. B.; ALMEIDA, T. B. S.; BARBOSA, S. P. Compreensão dos Agentes Comunitários de Saúde Sobre a Importância do Seu Papel na Visita Domiciliar. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG**.v.2, n.2, Nov./Dez. 2009. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2_2/Taina_Simone_Expedita.pdf> Acessado em: 13 de Março de 2014.

WAI, M. F. P. O trabalho do Agente Comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismo de enfrentamento. **Dissertação (Mestrado)**, Ribeirão Preto. 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-08082007-104445/pt-br.php>> Acessado em: 10 de Novembro de 2013.

THEISEN, N. I. S. Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico. **Dissertação (Mestrado)**, Santa Cruz do Sul. 2004. Disponível em: <<http://btd.unisc.br/Dissertacoes/NeivaTheisen.pdf>> Acessado em: 11 de Março de 2014.

ANEXOS

ANEXO A: DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

OFÍCIO No. 215/2013-CCGE/UAENF/CFP/UFCG

Cajazeiras, 29 de novembro de 2013.

Da: Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem (CCGE)

Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Ao: Secretário de Saúde do município de Cachoeira dos Índios - PB

Senhor José Batista de Sousa

Ao tempo em que cumprimentamos V. senhoria, solicitamos permissão para a aluna Daniele Alves Cardoso, do nono período do Curso de Graduação em Enfermagem, realizar pesquisa visando à elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO, sob a orientação da professora Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.

Atenciosamente,

meuni em
09-12-13
[Assinatura]

P/P Milena Silva Costa
Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Coordenadora do Curso de Graduação de Enfermagem

Prof.ª Milena Silva Costa
SIAPE 1863874-9
Coord. de Pesquisa e Extensão da UAENF
UFCG CAJAZEIRAS-PB

ANEXO – B: TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE **TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**

(Pesquisador Responsável)

Eu, MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO, Professora da Universidade Federal de Campina Grande campos de Cajazeiras, responsabilizo-me pela orientação de DANIELE ALVES CARDOSO, discente do curso de graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “*Avaliação da Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde*”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa, no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (FSM) sobre qualquer alteração do projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 04 de Dezembro de 2013.

Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

ANEXO – C: TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

(Pesquisador Participante)

Eu, **DANIELE ALVES CARDOSO**, aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande UFCG campos de Cajazeiras, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Profa. Esp. **MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “*Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde do Alto Sertão Paraibano*”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, 04 de Dezembro de 2013.

Daniele Alves Cardoso

DANIELE ALVES CARDOSO

Pesquisador Participante

ANEXO – D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é _____, eu sou _____ do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “*Avaliação da Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde*”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar a respeito dos Agentes Comunitários de Saúde é desenvolver um trabalho que ajude a entender os desafios que estes profissionais enfrentam durante sua jornada de trabalho, assim como contribuir para o conhecimento dos fatores geradores de satisfação e/ou insatisfação destes trabalhadores. Essa pesquisa tem como objetivo principal avaliar, de acordo com as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde, a sua qualidade de vida no trabalho. A coleta de dados será realizada através de um questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e observação da pesquisadora. O questionário será dividido em duas partes, onde na primeira será destinada a caracterização dos sujeitos da pesquisa e a segunda parte constará de 4 perguntas atendendo aos objetivos da pesquisa.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Não haverá desconforto ou risco mínimo para o (a) Sr.(a) que se submeter a participar da pesquisa e responder ao questionário.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador responsável

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a).

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. O (a) pesquisador (a)

certificou-me de que todos os dados dessa pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o (a) estudante Daniele Alves Cardoso pelo e-mail danyalves.pb@hotmail.com ou o (a) professor (a) orientador (a) Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro pelo e-mail Berenice_pinheiro@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desse estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, KM 504, Cristo Rei, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do telefone: (83) 3531-2722.

_____ Nome	_____ Assinatura do Participante da Pesquisa	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura do Pesquisador	_____ Data

APÊNDICES

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I- Dados da caracterização da amostra:

- 1- Idade:
- 2- Sexo: M (☐) F (☐)
- 3- Estado civil: casado (☐) solteiro (☐) viúvo (☐) estável (☐)
- 4- Tem filhos? Sim (☐) Não (☐)
- 5- Exerce alguma outra ocupação? Sim (☐) Não (☐) Se sim, qual? _____
- 6- Há quanto tempo trabalha como ACS _____
- 7- Qual seu regime de Trabalho: (☐) concursado (☐) contrato

II- DADOS REFERENTES AOS OBJETIVOS PROPOSTOS

- 1) Na sua percepção, como você avalia a sua saúde?

- 2) Para você, o que é trabalhar como ACS?

- 3) Refira à satisfação que você tem em atuar como ACS.

- 4) Quais as suas limitações ao atuar como ACS frente a sua comunidade?