

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE LAGOA SANTA - MG

Evaluation of the quality of life of the health community agents from Lagoa Santa – MG

Natália de Paula Carneiro Vasconcellos¹, Ricardo Costa-Val²

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é reconhecido como um importante articulador entre os serviços de saúde e a comunidade. Entretanto, justamente pelo fato de o mesmo residir e atuar na sua comunidade, passa a sofrer forte pressão, tanto por parte da comunidade como da própria equipe de saúde da família, o que pode gerar agravos a sua saúde e prejuízos em sua qualidade de vida (QV). Este estudo avaliou a qualidade de vida dos ACS do município de Lagoa Santa/MG. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, com aprovação ética, do qual participaram 60 ACS, utilizando-se o questionário WHOQOL-Bref e um questionário socioeconômico específico. Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS®, versão 13.0 (2004), tendo sido estabelecida, previamente, uma margem de erro de 5% ($p \leq 0,05$) para rejeição da hipótese de nulidade. A análise comparativa foi feita por meio do coeficiente de correlação de Pearson ($r > 0,60$). Observou-se que 96,7% dos ACS eram mulheres adultas, jovens (média das idades de 33 anos; ± 11 anos), sendo 53,4% delas solteiras. A religião católica foi a mais prevalente (63,3%), 78,3% da população possuía 2º grau completo, 78,3% relatou renda familiar de até três salários mínimos por mês e 44% atuavam como ACS no Programa de Saúde da Família (PSF) de Lagoa Santa/MG há menos de um ano. Em relação ao WHOQOL-Bref, o domínio que apresentou melhor pontuação média foi o Físico (82,8), seguidos pelo

ABSTRACT

The Community Health Agent (CHA) is recognised as a managing person of great importance among the health services and the community. However, considering the fact that they dwell in the community where they act; they are targets to many different situations which caused a strong pressure from part of the community and from the family health team itself, conditions able to cause damages to their health and loss of quality of life (QL). This study evaluated the quality of life of the CHA from Lagoa Santa/MG. This is a transversal, descriptive and analytical study, ethically approved, where 60 CHA joined the program, using the instrument WHOQOL-Bref and a social and economical questionnaire for this study. The data were analysed using the statistic program SPSS®, version 13.0 (2004), established previously a 5% margin of error ($p \leq 0,05$) to reject the hypothesis of nullity. The comparative analysis was made by Pearson's coefficient of correlation ($r > 0,60$). It was observed that 96,7% of CHA were young adult women (average age 33 years old; ± 11 years), 53,4% of them single. The catholic religion prevailed (63,3%), 78,3% have completed high school, 78,3% described a familiar income reaching the maximum of 3 minimum wage per month and 44% has been working as a CHA at the Family Health Program (FHP) of Lagoa Santa/MG for less than a year. Considering the WHOQOL-Bref, the domain which shown the best average score was the Physical (82,8) followed by the Social Relationships (77,0), Psychological (76,0) and the Environment (59,5). The most part of CHA from Lagoa Santa/MG were single young adult women, catholics, with low family income, average level of education and little professional experience regarding the FHP where they

¹ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Vale do Rio Verde - Unincor; Membro do Corpo Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Belo Horizonte - UNI/BH.

² Mestre e Doutor em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG; Membro do Corpo Docente do Mestrado em Ciências da Saúde - UNINCOR.

Universidade Vale do Rio Verde - UNINCOR, Campus Betim/MG.

Endereço: Av. Francisco Deslandes, 857/1402 Bairro Anchieta - Belo Horizonte/MG
CEP: 30310 - 530. Telefone: (31) 9107-6617. E-mail: npevasconcellos@hotmail.com

domínio Relações Sociais (77,0), Psicológico (76,0) e, por último, o domínio do Meio Ambiente (59,5).

PALAVRAS-CHAVES: Programa Saúde da Família; Auxiliares Saúde Comunitária; Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

No começo dos anos 90, iniciou-se a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a reorganização dos serviços básicos de saúde por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), devido aos problemas relacionados com a saúde e as condições de vida da população. Posteriormente, criou-se, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), cujo objetivo principal foi assegurar a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo por meio de ações preventivas integrais e contínuas, ajustadas à realidade loco-regional e não apenas no modelo assistencial de cura das doenças. (BRASIL, 2001; CUSTÓDIO *et al.*, 2006a).

No entanto, revela-se essencial entender o PSF não apenas como uma mudança de paradigma assistencial, mas instrumento multidisciplinar que significa repensar as práticas, valores, conhecimentos e aquisição de novas habilidades de todas as pessoas envolvidas no processo de promoção à saúde para a concretização destes ideais. (BRASIL, 2001).

Dentro deste contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) surgiram como elemento chave, pois são potencialmente capazes de agregarem diversos conhecimentos em torno da questão do processo de saúde - doença, incorporando outros saberes além da perspectiva biomédica, tais como habilidade de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades (BRASIL, 2001, 2006; NUNES *et al.*, 2002).

Como consequência, vários estudos têm procurado compreender o trabalho do ACS sob diferentes enfoques, o que vem contribuindo para um melhor entendimento, valorização e proteção contra doenças ocupacionais dos mesmos, pois são eles os mediadores ou elo entre a comunidade e os serviços de saúde, o que os torna referência na avaliação e articulação da saúde no Brasil (BORNESTEIN; STOTZ, 2006; BRASIL, 2001; CAMBUY, 2005; COSTA *et al.* 2005; CUSTÓDIO *et al.*, 2006b; FORTES; SPINETTI, 2004; KLUTHCOVSKY, 2005; LEVY *et al.*, 2004; LUNARDELO, 2004; NUNES *et al.*, 2002; OLIVEIRA *et al.*,

were inserted. Concerning their QL, it was detected by the WHOQOL-Bref a positive relation with Physical, Social Relationships and Psychological domains and a negative relation with the Environment domain.

KEY-WORDS: Family Health Program; Community Health Aides; Quality of life.

2003; PEDROSA; TELES, 2001; REIS, 2005; SANTOS, 2005; SILVA, 2001; TRAPÉ, 2005).

Para Nogueira *et al.* (2006), existem dois aspectos fundamentais na identidade profissional dos ACS: sua afinidade com a comunidade e a tendência para a ajuda solidária. A escolha dos moradores de regiões em que vão atuar aumenta a eficácia das ações de educação para saúde devido ao fato de haver compartilhamento social, cultural e lingüístico, facilitando, assim, a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas, bem como possibilita 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 (FORTES; SPINETTI, 2004; LEVY *et al.*, 2004; NUNES *et al.*, 2002).

Por outro lado, há que se levar em conta a dualidade enfrentada pelos ACS, já que, sendo parte das atividades assistenciais de saúde, mas também parte da própria comunidade, os mesmos convivem com cobranças de ambas as partes, causando-lhes agravos à saúde, tais como estresse, ansiedade e inúmeras outras doenças (CAMELLO; ANGERAMI, 2004; CUSTÓDIO *et al.*, 2006b; NUNES *et al.*, 2002; PEDROSA; TELES, 2001).

Embora o tema qualidade de vida (QV) seja amplo e complexo e está ligado a diversos aspectos e momentos da vida do investigado, ele tem instigado profissionais de inúmeras áreas, sendo, atualmente, um dos conceitos mais utilizados no cenário da saúde, direcionando e determinando condutas e tratamentos específicos, desde os mais simples aos mais complexos, além de direcionar as tomadas de decisões referentes às boas e más práticas clínicas (GESSNER, 2006).

A proposta de se avaliar a QV de ACS surgiu a partir de observações e experiências vivenciadas junto a estes profissionais no seu cotidiano, em suas percepções, anseios e expectativas diante da vida, na sua relação com a comunidade e com os demais profissionais pertencentes ao PSF. Portanto, o principal objetivo deste trabalho foi avaliar a

QV dos ACS do município de Lagoa Santa/ Minas Gerais tendo como referência os diferentes domínios do WHOQOL-Bref e suas características sócio-demográficas.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Vale do Rio Verde - UNINCOR e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa/MG, realizado com todos os ACS em atividade neste município, entre os meses de janeiro e março de 2007.

Após os esclarecimentos feitos pela pesquisadora e aceitação formal em participar do estudo, os ACS responderam individualmente e de maneira auto-administrada o instrumento WHOQOL-Bref e um questionário complementar sobre a renda familiar, prática religiosa, uso de medicamentos, tempo de atuação como ACS e tempo de moradia na região em que estavam exercendo a profissão.

O WHOQOL - Bref é um questionário que leva em consideração as duas últimas semanas do entrevistado, multidimensional, psicométrico, auto-explicativo, adaptado e validado para o português e composto por duas partes, sendo a primeira uma ficha de informações relacionadas ao sexo, idade, nível educacional, estado civil e condições de saúde. Já a segunda parte contém 26 questões, das quais apenas as duas primeiras são consideradas gerais, pois que se referem respectivamente à QV e à satisfação com a própria saúde, estando as demais questões distribuídas em quatro domínios, a saber: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (FLECK *et al.*, 2000).

A caracterização da população teve como base os dados coletados pelos dois questionários, sendo os resultados referentes ao WHOQOL-Bref feitas por meio de análises a partir de modelos validados conforme os conceitos centrais e resultados obtidos em cada domínio. Os escores dos domínios foram calculados para cada sujeito e o desempenho coletivo, obtido pelo agrupamento das respostas conforme as facetas e os domínios numa escala de 0 a 100 (GRUPO WHOQOL, 1998).

Para as análises estatísticas, foi utilizado o Programa de informática compatível com o Windows® denominado Statistical Package for Social Sciences - SPSS®, versão 13.0 (2004), tendo sido estabelecida previamente uma margem de erro de 5% ($p \leq 0.05$) para rejeição da hipótese de nulidade. A fim de se verificar o grau de associação entre as variáveis relacionadas ao WHOQOL-Bref, utilizou-se ainda o coeficiente de correlação de Pearson ($r > 0,60$).

RESULTADOS

Foram entrevistados 60 ACS, que despenderam em média 8,4 minutos (3 minutos a 20 minutos) para o preenchimento dos questionários.

Observou-se que 96,7% dos participantes eram mulheres e apenas 3,3% eram homens, sendo a média das idades de 33 anos (18 anos a 57 anos; ± 11 anos). A grande maioria possuía 2º grau completo (78,3%), 10% incompleto, 10% relataram ter cursado o 1º grau, sendo 6,7% de forma completa e 3,3% incompleta. Apenas 1,7% dos ACS relataram terem curso superior.

Quanto ao estado civil, verificou-se que 41,6% eram solteiros, 40% casados, 6,7% viviam como casados e 5% eram divorciados ou separados. Em relação à religião, 63,3% afirmavam ser católicos, 33,3% evangélicos, 1,7% referiam outras religiões e 1,7% não tinham religião. A renda familiar mensal relatada foi de até 3 salários mínimos em 78,3% dos ACS, de 4 a 5 salários mínimos em 13,3% e acima de 6 em 8,3%.

O tempo médio de residência dos ACS no local onde exerciam a função foi de aproximadamente 23 anos e o tempo de atuação como ACS foi entre seis meses a 1 ano em 44%, entre 2 anos a 5 anos em 33% e maior do que seis anos em 23%.

Na questão sobre estado de saúde, observou-se que apenas 6,7% relataram apresentar algum problema/agravo à saúde, sendo que as doenças mais relatadas foram: gastrointestinais e alérgicas (8% cada), hipertensão arterial sistêmica (5%), queixas relacionadas à esfera emocional e/ou a problemas crônicos no sistema nervoso (5%), gravidez (3,3%) e problemas respiratórios (1,7%). O medicamento mais citado foi o contraceptivo oral (25%).

WHOQOL-Bref

Como as duas primeiras questões do WHOQOL-Bref não fazem parte de domínios específicos, foram analisadas separadamente. A percepção sobre a QV foi analisada na 1ª questão (Q1) e a satisfação com a própria saúde na 2ª questão (Q2), conforme TABELA 1.

A média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo referentes a cada domínio do WHOQOL-Bref estão descritos na Tabela 2. Nela, pode-se observar que o domínio físico apresentou maior escore médio (82,8), seguido pelos domínios relações sociais (77,0), psicológico (76,0) e, por último, o domínio meio ambiente (59,5).

TABELA 1 - Análise descritiva referente à percepção sobre a Qualidade de Vida e satisfação com a própria saúde dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa/MG, janeiro de 2007.

Questão	Respostas	nº	(%)	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Q1	<i>Nem ruim nem boa</i>	13	(21,7)	3,98	4	0,65	3	5
	<i>Boa</i>	35	(58,3)					
	<i>Muito Boa</i>	12	(20,0)					
Q2	<i>Insatisfeito</i>	1	(1,7)	4,28	4	0,72	2	5
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	6	(10,0)					
	<i>Satisfeito</i>	28	(46,7)					
	<i>Muito satisfeito</i>	25	(41,7)					
TOTAL		60	(100)					

TABELA 2 - Descrição da média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos referentes aos domínios do WHOQOL-Bref obtidos pelos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa/MG, janeiro de 2007.

Domínios	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Físico	82,8	12,0	53,6	100,0
Psicológico	76,0	12,7	37,5	95,8
Relações Sociais	77,0	18,0	0,0	100,0
Meio Ambiente	59,5	12,5	37,5	87,5

A Tabela 3 pormenoriza os resultados observados para o domínio físico. Seus dados revelam que as questões do domínio físico apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio, sendo as maiores correlações para as questões relacionadas ao sono, repouso e atividades cotidianas.

Em relação ao domínio Psicológico, pode-se observar que todas as seis questões apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa, destacando-se as questões sobre auto-estima e sentimentos negativos (Tabela 4).

À semelhança da tabela anterior, consegue-se perceber que todas as questões do domínio relações sociais apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio, destacando-se, neste domínio, as relações pessoais e apoio social (Tabela 5).

Por fim e de maneira semelhante aos domínios anteriores, todas as questões do domínio meio ambiente apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio, sendo as questões referentes ao ambiente do lar e ao meio de transporte as que apresentaram maiores correlações (Tabela 6).

DISCUSSÃO

O questionário WHOQOL-Bref, utilizado neste estudo, mostrou-se pertinente, já que, além de possuir uma versão

traduzida para o português validada pela OMS, constitui-se em um instrumento aceito universalmente para a avaliação da qualidade de vida que leva em consideração os pressupostos de que QV é uma construção subjetiva, multidimensional, composta por elementos positivos e negativos e é, ainda, prático (GRUPO WHOQOL, 1998). No entanto, Moreno *et al.* (2006) afirmaram a inexistência de estudos voltados para a avaliação das propriedades psicométricas do WHOQOL-Bref quando aplicado exclusivamente em populações em seu ambiente laboral, destacando lacunas existentes no mesmo quanto a clareza das perguntas e/ou das instruções, possíveis resistências em responder a determinadas questões, adequação e suficiência das opções de resposta. O tempo médio para o preenchimento do WHOQOL-Bref observado está de acordo com o Grupo WHOQOL (1998) e por outros estudos (GESSNER, 2006; KLUTHCOVSKY, 2005).

O predomínio absoluto de mulheres jovens observado corrobora diversos estudos a respeito do universo do ACS (BEZERRA *et al.*, 2005; CAMBUY, 2005; FERRAZ; AERTS, 2005; GESSNER, 2006; KLUTHCOVSKY, 2005; NOGUEIRA *et al.*, 2006; REIS, 2005; SANTOS, 2005; SEABRA, 2006; SILVA, 2001). Alguns autores atribuem o progressivo aumento de mulheres que atuam como ACS ao fato de elas desempenharem, instintivamente, o papel cuidador na sociedade (BEZERRA *et al.*, 2005; FERRAZ; AERTS, 2005); tendência esta já observada nos primórdios do PACS - Ceará, no início da década de 90, quando 95% das contratações foram de mulheres (SILVA, 2001). Soma-se a isto o fato de que a profissão de ACS muitas vezes significa uma oportunidade para ingressarem no mercado de trabalho, possibilitando um incremento salarial, conforme já mencionado por Nogueira *et al.*, (2006) e observado neste estudo.

Apesar do longo tempo médio de moradia dos ACS no local onde atuavam, quase metade (44%) exercia a profissão por seis meses a um ano, condição relevante, pois existe

TABELA 3 - Descrição das questões que compõem o domínio Físico do WHOQOL-Bref respondidas pelos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa/MG, janeiro de 2007.

Questão	Respostas	nº	(%)	Correlação de Pearson (r)
Q3 (Dor e Desconforto)	<i>Não respondeu</i>	1	1,7	0,585**
	<i>Nada</i>	29	48,3	
	<i>Muito pouco</i>	16	26,7	
	<i>Mais ou menos</i>	10	16,7	
	<i>Bastante</i>	4	6,7	
TOTAL		60	100	
Q4 (Dependência da medicação ou de tratamentos)	<i>Nada</i>	35	58,3	0,505**
	<i>Muito pouco</i>	16	26,7	
	<i>Mais ou menos</i>	7	11,6	
	<i>Bastante</i>	1	1,7	
	<i>Extremamente</i>	1	1,7	
TOTAL		60	100	
Q10 (Energia e fadiga)	<i>Médio</i>	12	20,0	0,445**
	<i>Muito</i>	29	48,3	
	<i>Completamente</i>	19	31,7	
TOTAL		60	100	
Q15 (Mobilidade)	<i>Nem ruim nem bem</i>	2	3,3	0,319*
	<i>Bem</i>	3	5,0	
	<i>Muito Bem</i>	55	91,7	
TOTAL		60	100	
Q16 (Sono e repouso)	<i>Muito insatisfeito</i>	2	3,3	0,721**
	<i>Insatisfeito</i>	8	13,3	
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	5	8,3	
	<i>Satisfeito</i>	21	35,0	
	<i>Muito satisfeito</i>	24	40,0	
TOTAL		60	100	
Q17 (Atividades Cotidianas)	<i>Muito insatisfeito</i>	1	1,7	0,751**
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	3	5,0	
	<i>Satisfeito</i>	29	48,3	
	<i>Muito satisfeito</i>	27	45,0	
TOTAL		60	100	
Q18 (Capacidade de trabalho)	<i>Muito insatisfeito</i>	1	1,7	0,563**
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	4	6,7	
	<i>Satisfeito</i>	26	43,3	
	<i>Muito satisfeito</i>	29	48,3	
TOTAL		60	100	

Correlação de Pearson ($p \leq 0,05$; $r > 0,60$); * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

TABELA 4 - Descrição das questões que compõem o domínio Psicológico do WHOQOL-Bref respondidas pelos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa/MG, janeiro de 2007.

Questão	Respostas	nº	(%)	Correlação de Pearson (r)
Q5 (Sentimentos positivos)	<i>Nada</i>	1	1,7	0,539**
	<i>Muito pouco</i>	6	10,0	
	<i>Mais ou menos</i>	12	20,0	
	<i>Bastante</i>	32	53,3	
	<i>Extremamente</i>	9	15,0	
TOTAL		60	100	
Q6 (Espiritualidade/religiosidade crenças pessoais)	<i>Não respondeu</i>	1	1,7	0,572**
	<i>Mais ou menos</i>	4	6,7	
	<i>Bastante</i>	24	40,0	
	<i>Extremamente</i>	31	51,7	
TOTAL		60	100	
Q7 (Pensar, aprender, memória e concentração)	<i>Não respondeu</i>	1	1,7	0,424**
	<i>Muito pouco</i>	1	1,7	
	<i>Mais ou menos</i>	6	10,0	
	<i>Bastante</i>	47	78,3	
	<i>Extremamente</i>	5	8,3	
TOTAL		60	100	
Q11 (Imagem corporal e aparência)	<i>Nada</i>	1	1,7	0,563**
	<i>Muito pouco</i>	4	6,7	
	<i>Médio</i>	9	15,0	
	<i>Muito</i>	21	35,0	
	<i>Completamente</i>	25	41,7	
TOTAL		60	100	
Q19 (Auto-estima)	<i>Não respondeu</i>	1	1,7	0,742**
	<i>Muito insatisfeito</i>	1	1,7	
	<i>Insatisfeito</i>	2	3,3	
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	4	6,7	
	<i>Satisfeito</i>	25	41,7	
TOTAL		60	100	
Q26 (Sentimentos Negativos)	<i>Nunca</i>	8	13,33	0,615**
	<i>Algumas vezes</i>	47	78,3	
	<i>Freqüentemente</i>	2	3,3	
	<i>Muito freqüentemente</i>	1	1,7	
	<i>Sempre</i>	2	3,3	
TOTAL		60	100	

Correlação de Pearson ($p \leq 0,05$; $r > 0,60$); * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

TABELA 5 - Descrição das questões que compõem o domínio Relações Sociais do WHOQOL-Bref respondidas pelos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa/MG, janeiro de 2007.

Questão	Respostas	n°	(%)	Correlação de Pearson (r)
Q20 (Relações pessoais)	<i>Muito insatisfeito</i>	1	1,7	0,719**
	<i>Insatisfeito</i>	2	3,3	
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	7	11,7	
	<i>Satisfeito</i>	24	40,0	
	<i>Muito satisfeito</i>	26	43,3	
TOTAL		60	100	
Q21 (Atividade sexual)	<i>Muito insatisfeito</i>	5	8,3	0,696**
	<i>Insatisfeito</i>	2	3,3	
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	13	21,7	
	<i>Satisfeito</i>	21	36,7	
	<i>Muito satisfeito</i>	19	31,7	
TOTAL		60	100	
Q22 (Suporte, apoio social)	<i>Muito insatisfeito</i>	1	1,7	0,778**
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	11	18,3	
	<i>Satisfeito</i>	18	30,0	
	<i>Muito satisfeito</i>	30	50,0	
TOTAL		60	100	

Correlação de Pearson ($p \leq 0,05$; $r > 0,60$); * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

uma relação direta entre a idade, o tempo de moradia do ACS com a qualidade de seu trabalho no que se refere ao respeito da comunidade pelos mesmos, aderência às atividades propostas e diminuição de conflitos e agravos de saúde entre eles (FERRAZ; AERTS, 2005).

A constatação de que a maioria dos ACS possuía 2º grau completo e 1,7% nível superior de escolaridade está além dos pré-requisitos estabelecidos pela Lei nº 11350/2006 sobre as atividades de ACS. Quanto maior o nível de escolaridade, mais condições terá o ACS de incorporar novos conceitos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (FERNANDES, 1992; FERRAZ; AERTS, 2005). Para Oliveira *et al.* (2006), o aumento do nível de escolaridade induz à simultaneidade entre as atividades escolares, as do mercado de trabalho e ao processo de formação de família, podendo este evidenciar diferenças significativas de gênero. Enquanto a escola e o trabalho podem ser mais importantes para os homens, as mulheres têm maior preocupação com a escola e a maternidade.

Dentro deste contexto, mas contrário aos achados de Kluthcovsky (2005); Ferraz e Aerts (2005) e Gessner (2006), observou-se expressiva proporção de ACS solteiros, separados ou divorciados, o que está de acordo com as atuais transformações sociais, que apontam para famílias monoparentais chefiadas por mulheres (BORGES, 2006).

Confirmando a forte influência da religiosidade e da espiritualidade tradicionalmente presentes em nosso país, apesar de variar conforme a cultura de cada povo e época, a maioria absoluta dos ACS afirmou possuir crença religiosa. Tal atitude deve ser considerada como uma necessidade do ser humano para o enfrentamento dos problemas cotidianos (LUKOFF, 1992 *apud* FARIA; SEIDL, 2006).

A maioria dos participantes relatou não ter nenhum problema de saúde que os perturbasse. Sabidamente, os problemas de saúde costumam interferir na QV de modo negativo e intenso em inúmeras dimensões dos seres humanos, particularmente no que diz respeito à funcionalidade social, no relacionamento interpessoal e na execução de atividades cotidianas. Contudo, as diferentes características individuais e estilos de vida fazem com que este impacto seja variado e difícil de ser analisado (BERBER *et al.*, 2005).

No que diz respeito ao WHOQOL-Bref, suas duas primeiras questões discriminam a percepção dos respondentes sobre a QV e saúde dos mesmos nos últimos quinze dias, sendo observado que aproximadamente 2/3 da casuística relataram uma percepção de “boa” ou “muito boa” e quase 90% apontou estar “satisfeita” ou “muito satisfeita” com sua QV e saúde, respectivamente, resultados também encontrados por Kluthcovsky (2005) e Gessner (2006). Entretanto, de acordo com o primeiro autor, estes resul-

TABELA 6 - Descrição das questões que compõem o domínio Meio Ambiente do WHOQOL-Bref respondidas pelos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa/MG, janeiro de 2007.

Questão	Respostas	nº	(%)	Correlação de Pearson (r)
Q8 (segurança física e proteção)	<i>Não respondeu</i>	1	1,7	0,382**
	<i>Muito pouco</i>	3	5,0	
	<i>Mais ou menos</i>	13	21,7	
	<i>Bastante</i>	38	63,3	
	<i>Extremamente</i>	5	8,3	
TOTAL		60	100	
Q9 (ambiente físico)	<i>Muito pouco</i>	4	6,7	0,461**
	<i>Mais ou menos</i>	19	31,7	
	<i>Bastante</i>	27	45,0	
	<i>Extremamente</i>	10	16,7	
TOTAL		60	100	
Q12 (recursos financeiros)	<i>Nada</i>	7	11,7	0,590**
	<i>Muito pouco</i>	30	50,0	
	<i>Médio</i>	20	33,3	
	<i>Muito</i>	2	3,3	
	<i>Completamente</i>	1	1,7	
TOTAL		60	100	
Q13 (oportunidades de adquirir novas informações e habilidades)	<i>Nada</i>	1	1,7	0,479**
	<i>Muito pouco</i>	7	11,7	
	<i>Médio</i>	32	53,3	
	<i>Muito</i>	15	25,0	
	<i>Completamente</i>	5	8,3	
TOTAL		60	100	
Q14 (oportunidades de recreação/ lazer)	<i>Nada</i>	2	3,3	0,504**
	<i>Muito pouco</i>	22	36,7	
	<i>Médio</i>	23	38,3	
	<i>Muito</i>	7	11,7	
	<i>Completamente</i>	6	10,0	
TOTAL		60	100	
Q23 (ambiente no lar)	<i>Muito insatisfeito</i>	1	1,7	0,638**
	<i>Insatisfeito</i>	5	8,3	
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	10	16,7	
	<i>Satisfeito</i>	25	41,7	
	<i>Muito satisfeito</i>	19	31,7	
TOTAL		60	100	
Q24 (cuidados de saúde e sociais)	<i>Muito insatisfeito</i>	1	1,7	0,590**
	<i>Insatisfeito</i>	6	10,0	
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	10	16,7	
	<i>Satisfeito</i>	21	35,0	
	<i>Muito satisfeito</i>	22	36,7	
TOTAL		60	100	
Q25 (transporte)	<i>Muito insatisfeito</i>	4	6,7	0,606**
	<i>Insatisfeito</i>	13	21,7	
	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i>	12	20,0	
	<i>Satisfeito</i>	25	41,7	
	<i>Muito satisfeito</i>	6	10,0	
TOTAL		60	100	

Correlação de Pearson ($p \leq 0,05$; $r > 0,60$); * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

tados podem ser vieses inerentes aos estudos transversais, já que proporcionam apenas um panorama instantâneo da situação investigada, selecionando “trabalhadores sadios” em atividade, em detrimento daqueles que, justamente por não estarem “sadios”, estariam afastados ou demitidos. O fato da significativa prevalência de ACS com menos de um ano de atuação no PSF em Lagoa Santa/MG fortalece esta possibilidade e nos leva a repensar criticamente sobre isto para futuros estudos.

A média dos escores acima de 50 pontos e a ordem decrescente dos domínios pertencentes ao WHOQOL-Bref encontrados (Físico - 82,8; Relações Sociais - 77; Psicológico - 76 e Meio Ambiente - 59,5) são resultados semelhantes dos estudos de Kluthcovsky (2005) e Gessner (2006), à exceção dos mesmos terem observado que o domínio de maior média foi o das Relações Sociais, o que fortalece a proposta deste trabalho e a necessidade de se avaliar o PSF e os ACS por regiões, considerando as discrepantes realidades sociais encontradas no Brasil.

Todas as facetas que compõem o domínio Físico apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com seu escore médio, sendo as maiores correlações as questões relacionadas ao sono e repouso e atividades cotidianas. A ausência significativa de queixas relacionadas a condições dolorosas que necessitassem de tratamento e que causassem falta de energia ou limitação da mobilidade, sono/repouso e diminuição da capacidade do exercício da profissão ou na realização das atividades cotidianas estão em consonância com Kluthcovsky (2005) e são de alta relevância, pois a profissão de ACS está diretamente relacionada com sua própria capacidade e aptidão física.

Por outro lado, sabe-se que o profissional da saúde, assim como em qualquer atividade ocupacional, enfrenta regularmente situações estressantes e gratificantes, sendo o resultado final desta exposição constante fruto da interação entre os mesmos e as características específicas da natureza e da organização do trabalho no qual estão inseridos, além das próprias expectativas pessoais (CUSTÓDIO *et al.*, 2006b). Conforme Diniz e Schor (2006), existem situações capazes de gerar altas taxas de estresse psicológico nos profissionais da saúde, tais como o contato íntimo com pessoas doentes.

O estresse é reconhecido como “o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático” (ANGERAMI, 2004 ; SELYE, 1936 *apud* CAMELO), que pode se manifestar por sintomas físicos e ou psicológicos e é capaz de desencadear depressão, insônia, úlcera, hipertensão, herpes, tensão muscular e outras doenças. Camelo e Angerami (2004) afirmaram que os ACS

e os enfermeiros encontram-se em constante situação de alto risco para desenvolverem estresse ocupacional, já que são, de forma geral, o primeiro contato entre a população e a unidade de saúde.

Entretanto, para Reis (2005), o mal-estar sentido pelos ACS em relação à equipe, tem ainda como fonte a falta de reconhecimento pelo trabalho que desempenham com dedicação e esforço, o que afeta diretamente a saúde dos mesmos. Para ele, não é o trabalho em si que gera sofrimento e adoecimento em um trabalhador, mas sim as condições em que esse trabalho acontece.

Contrariando os resultados de Kluthcovsky (2005) e Gessner (2006), observou-se que o domínio das Relações Sociais, que avalia a atividade sexual, as relações pessoais e o suporte/apoio social, obteve a segunda maior média com correlação positiva e estatisticamente significativa com a pontuação média do mesmo para todas as facetas que o compõem, sendo as duas últimas questões a que apresentaram maior correlação.

Para os ACS, a essência da sua função está nas relações e nos vínculos estabelecidos tanto na comunidade quanto na equipe. Seu papel como mediador é unânime e reconhecido como elemento fundamental para que as propostas do PSF sejam concretizadas. Portanto, suas ações dependem da boa relação entre as pessoas, pois vivem e trabalham com gente. Quando isto ocorre de forma harmoniosa, gera-se um melhor rendimento profissional e um aumento na satisfação pessoal. Notório se faz ainda a ambivalência do achado de Cambuy (2005) que afirmou o papel de super-herói atribuído ao ACS, visto como aquele que está sempre disposto a ajudar, inclusive fora do horário de trabalho, mas que é potencial gerador de grande expectativa tanto por parte dos mesmos, como também da própria comunidade. Este fato enfatiza como o ACS é fundamental não só na assistência à saúde, mas também na assistência social.

Por outro lado, Nogueira *et al.* (2006) identificam como pontos conflituosos na atividade do ACS os fatores relacionados ao progresso tecnológico, cada vez mais marcante na assistência à saúde, por implicar muitas vezes no distanciamento interpessoal, desfigurando a essência desta função.

Para Silva e Dalmaso (2002), o conflito aparece frequentemente durante a prática cotidiana que coloca as contradições sociais e os problemas que escapam à dimensão estrita da saúde. As dificuldades iniciais de obter a confiança das famílias, inclusive pela demora da identificação, dificuldades relacionadas à rejeição, agressão dos candidatos não selecionados e a pressão das organizações locais sobre seu trabalho são muitas vezes resultados da aproximação

com a comunidade onde as expectativas, os julgamentos específicos e a definição de papéis são muito particulares (LEVY *et al.*, 2004; NUNES *et al.*, 2002; PEDROSA; TELES, 2001).

Soma-se a isso o fato de que o contato freqüente com a comunidade usuária do PSF é capaz de resultar numa espécie de cumplicidade, através da qual, muitas vezes, os usuários revelam não só os aspectos de sua condição de saúde, mas também informações sigilosas capazes de pôrem em risco suas próprias vidas (FORTES; SPINETTI, 2004).

Um dos aspectos mais marcantes da importância do aspecto relacional do ACS se revela no momento em que o agente indica a necessidade de aproximação com as pessoas a fim de expor suas estratégias para melhor alcançar os seus objetivos em relação à educação em saúde e à proposição de mudanças de hábitos de vida e comportamentais das pessoas que lhe são designadas. Dentre as dificuldades enfrentadas pelos ACS nestas circunstâncias, destacam-se a falta de concretização de propostas coletivas, as ações isoladas e, principalmente, o constrangimento ao tematizar questões diretamente relacionadas à situação da comunidade, como as condições do domicílio, acúmulo de lixo e falta de saneamento, o que pode gerar resistências e até atos de hostilidade da população em relação à equipe de saúde (CAMBUY, 2005; NUNES *et al.*, 2002; PEDROSA; TELES, 2001).

No domínio psicológico, as questões que apresentaram maior correlação dizem respeito à auto-estima dos indivíduos e aos sentimentos negativos. Isto demonstra que, apesar da existência desses pensamentos, os ACS estão satisfeitos consigo mesmos, e vale a pena ressaltar ainda os bons resultados obtidos na faceta espiritualidade e também a boa avaliação da imagem corporal.

Alguns aspectos capazes de influenciarem negativamente a esfera psicológica dos ACS residem no fato de os mesmos integrarem uma equipe de profissionais com maior nível educacional, hierárquico, salarial, maior prestígio social e maior liberdade de ações técnicas dentro do contexto assistencial à saúde, criando um ambiente propício para a degradação de sua auto-estima (NUNES *et al.*, 2002). Dentro deste contexto, Reis (2005) identificou ainda que a exigência da produção, as prioridades impostas e a desvalorização pelos próprios profissionais da PSF têm causado nos ACS sofrimento e adoecimento.

Embora a literatura aponte que os ACS tenham clareza de que se situam como um elo entre os serviços de saúde e a comunidade, Silva (2001) e Cambuy (2005) constataram que o ACS pende mais para um dos pólos, a saber: institucional ou comunitário. Mesmo assim, o ACS considera o seu traba-

lho gratificante, quer pela possibilidade de ser útil, quer pelo apoio a uma população carente, mesmo sendo isto motivo para um maior envolvimento e desgaste emocional.

Talvez por estarem submetidos às mesmas condições de vida da população, os ACS consigam ter um nível de sensibilidade em relação às demandas que lhes chegam, diferente dos demais membros da equipe. Entretanto, devem atender as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde e se comprometerem com a produção, o que pode ser outro fator de estresse e conflito pessoal.

O domínio meio ambiente é composto por facetas que abordam a segurança física, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, recreação/lazer, ambiente físico e transporte. Todas as questões que o compõem apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com a pontuação média do mesmo, tendo destaque às questões relacionadas ao transporte e ao ambiente do lar, achados semelhantes aos de Kluthcovsky (2005). Neste estudo, a maioria dos entrevistados relatou sentir-se segura fisicamente, o que pode advir da realidade do município, já que de modo geral, Lagoa Santa/MG apresenta menores índices de violência em relação a outras cidades pertencentes à região metropolitana de Belo Horizonte / MG (IBGE, 2000).

Por fim, a grande maioria dos ACS relatou não estar satisfeita com a sua situação financeira que, de maneira geral, assemelha-se à renda familiar da comunidade na qual estão inseridos. Dados do Censo Demográfico Brasileiro (IBGE, 2000) indicaram que a região metropolitana de Belo Horizonte apresentou baixas remunerações médias em relação às outras regiões metropolitanas do país, principalmente do Sul e Sudeste, mas Lagoa Santa/MG apresenta situação privilegiada em relação aos municípios que compõem a região metropolitana de Belo Horizonte. A insatisfação salarial e condições trabalhistas são pontos relativamente comuns em estudos prévios (CAMBUY, 2005; KLUTHCOVSKY 2005; NUNES *et al.*, 2002; PEDROSA; TELES, 2001). Portanto, a menor pontuação média obtida para este domínio torna-se bastante lógica e está ainda de acordo com o estudo de Kluthcovsky (2005) e Gessner (2006).

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu o conhecimento sobre aspectos sociodemográficos dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa/MG em janeiro de 2007, que se caracterizavam por se constituírem, na grande maioria, de mulheres adultas e jovens, sem companheiro, católicas,

com renda familiar baixa, escolaridade média e pouco tempo de atuação profissional no Programa de Saúde da Família em que estão inseridos. Em relação à qualidade de vida, o instrumento WHOQOL-Bref evidenciou uma avaliação positiva da mesma, principalmente em relação aos domínios Físico, Relações Sociais e Psicológico e uma avaliação negativa para o domínio Meio Ambiente. Além disso, este estudo permite inferir que Qualidade de Vida não deve ser estudada de maneira fragmentada e que devem ser considerados inúmeros aspectos a ela relacionados, seja na esfera objetiva quanto subjetiva.

REFERÊNCIAS

- BERBER, J. S. S. *et al.* Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 2, p. 47-54, mar./abr., 2005.
- BEZERRA, A. F. B. *et al.* Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.5, p. 809-15, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. **Portaria n. 648/GM** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Seção 1. Disponível em: <<http://www.diariooficial.com.br>>. Acesso em: 29 set. 2006.
- BORGES, A. Impactos do desemprego e da precarização sobre as famílias metropolitanas. **Rev. Bras. Est. Pop.**, v.23, n.1, p.109-127, jan./jun, 2006.
- BORNESTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 01 ago. 2006.
- CAMBUY, K. **Vivências de trabalho de agentes comunitários de saúde de Campinas**. 2005. 306f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)-Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2005.
- CAMELLO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.12, n.1, p.14-21, jan./fev. 2004.
- COSTA, T. M. *et al.* O processo educativo dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da comunidade de Catolândia - BA: Intervindo sobre um problema de saúde. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 33, p. 85-99, jul./dez. 2005.
- CUSTÓDIO, L. C. *et al.* Perfil psicossocial das gestantes atendidas pelo Programa de Saúde da Família da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. **Rev Bras Med Fam e Com**, v.2, n.7, p.189-195, out./dez. 2006a.
- CUSTÓDIO, L. C. *et al.* Avaliação do estresse ocupacional em Agentes Comunitários de Saúde da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.549-553, jul./set. 2006b.
- FERNANDES, J. C. L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 134 -139, 1992.
- FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.1, p.155-164, jan./abr.2006.
- FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.347-355, abr./jun. 2005.
- FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-83, abr. 2000.
- FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1328 -1333, set./out. 2004.
- GESSNER, C. L. S. **Qualidade de vida das equipes de Saúde da Família do município de Timbó-SC**. 2006.

94f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

GRUPO WHOQOL. Organização Mundial da Saúde. Divisão de Saúde Mental. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-1.html>> Acesso em: 01 dez. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados preliminares do censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso: 01 nov. 2006.

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

LEVY, F. M. *et al.* Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 197-203, jan./fev. 2004.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto/São Paulo**. 2004. 154f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2585-2597, dez. 2006.

NOGUEIRA, R. P. *et al.* **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o Agente Comunitário da Saúde**. Texto para discussão nº 735. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 01 dez. 2006.

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, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, E. L. *et al.* Transições dos jovens para o mercado de trabalho, primeiro filho e saída da escola: o caso brasileiro. **Rev. Bras. Est. Pop.**, v.23, n.1 p.109-127, jan./jun. 2006.

OLIVEIRA, R. G. *et al.* trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Scientiarum**. Health Sciences, Maringá, v.25, n.1, p.95-101, 2003.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.3, p. 303-11, jun. 2001.

REIS, L. B. **Uma análise de dimensão ético-política do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória**. 2005. 224f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

SANTOS, L. P. G. S. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde**. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SEABRA, D. C. **O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional**. 2006. 133f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, J. A. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: Agente institucional ou agente comunidade?** 2001. 231f. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10, p. 75-96, fev. 2002.

TRAPÉ, C. A. **A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria praxis**. 2005. 188f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Coletiva)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Submissão: novembro de 2007

Aprovação: fevereiro de 2008
