



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



LILLIA MICHELY NUNES ABREU

**QUALIDADE DE VIDA E LABORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO**

São Luís - MA

2026

LILLIA MICHELY NUNES ABREU

**QUALIDADE DE VIDA E LABORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sally Cristina Moutinho Monteiro

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde e Promoção na Saúde

São Luís - MA

2026

Abreu, Lillia Michely Nunes.

Qualidade de vida e laboral dos agentes comunitários de saúde em um município do Maranhão / Lillia Michely Nunes Abreu. – 2026.
90 f.

Orientador (a): Sally Cristina Moutinho Monteiro.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Rede – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2026.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Qualidade de Vida. 4. Qualidade de Vida no Trabalho. I. Monteiro, Sally Cristina Moutinho. II. Título.

LILLIA MICHELY NUNES ABREU

**QUALIDADE DE VIDA E LABORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de qualificação do
Mestrado Profissional em Saúde da Família,
da Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família – RENASF, Universidade Federal do
Maranhão – UFMA.

Aprovada em: ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Sally Cristina Moutinho Monteiro (Orientadora)
(Universidade Federal do Maranhão - UFMA)

Prof^a. Dr^a. Ilka Kassandra Pereira Belfort
(Universidade Federal do Maranhão - UFMA)

Prof^a. Dr^a. Gabrielle Damasceno Costa dos Santos
(Universidade Federal de Pernambuco - UFP)

Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha (Suplente)
(Ministerio de Educación de la República de Cuba/Instituto Central de
Ciencias Pedagógicas (ICCP))

A Deus, por ter me sustentado em cada etapa desta caminhada, concedendo-me força, sabedoria e perseverança.

À minha família, pelo apoio incondicional, essencial para a concretização desta conquista.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Deus por ter me concedido uma nova chance de vida e por permitir que eu estivesse vivenciando mais esta vitória. Sua graça, cuidado e sustento foram fundamentais em cada etapa dessa caminhada.

Aos meus pais, Moizés Abreu e Josefa Abreu, por todo o amor, cuidado e carinho incondicional, que sempre me fortaleceram e me impulsionaram a seguir em frente, e por cuidarem tão bem do meu filho de quatro patas durante minhas ausências.

Às minhas irmãs, Riccellia Abreu e Chrystiane Abreu, amigas, parceiras e incentivadoras constantes, por sempre acreditarem em mim, torcerem por minhas conquistas e estarem ao meu lado em todos os momentos.

Ao meu marido, Cássio Pachêco, companheiro de vida, pelo apoio, cuidado, força e presença constante, inclusive nas noites de estudo, tornando essa trajetória mais leve e possível.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Sally Monteiro, pela valiosa orientação na construção deste estudo, assim como pela paciência, compreensão e energia positiva ao longo dessa trajetória, conduzindo-me com sabedoria.

A todos os professores do RENASF/UFMA, pelos conhecimentos compartilhados, pelo compromisso, competência, dinamismo e pelas valiosas cobranças, sempre acompanhados de carinho e dedicação.

Às Professoras Rejane Queiroz, Camila Arguelo e Ilka Belfort, por se disponibilizarem a compor minha banca de qualificação, e às Professoras Ana Hélia Sardinha, Gabrielle Damasceno e, novamente, Ilka Belfort, por aceitarem participar da banca de defesa. As contribuições foram extremamente importantes para o aprimoramento deste trabalho.

Aos meus colegas do mestrado, pela parceria e troca de experiências. De modo especial, às colegas Mary Batista, Layanne Barros, Kassia dos Santos e Ana Kalyna Calvet, pelo companheirismo, apoio e força recíproca ao longo dessa caminhada.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que se disponibilizaram a participar deste estudo, expresse minha sincera e eterna gratidão pela disponibilidade e valiosa contribuição, fundamentais para esta pesquisa.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização desta conquista, meu profundo agradecimento.

Para todas as realizações há um momento certo; existe sempre um tempo apropriado para todo o propósito debaixo do céu.

(Eclesiastes, 3:1)

RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde desempenham papel central na Estratégia Saúde da Família. Contudo, estão frequentemente expostos a condições laborais adversas e estressores ocupacionais, podendo comprometer sua qualidade de vida e a efetividade da Atenção Primária à Saúde. Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho dos ACS em São José de Ribamar – MA, bem como seus fatores associados. Trata-se de estudo transversal, quantitativo, com 155 participantes, cujos dados foram coletados por questionário semiestruturado abrangendo aspectos sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde, e instrumentos validados para avaliação da qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, com variáveis qualitativas expressas em frequências absolutas e relativas, e variáveis quantitativas, após teste de normalidade de Shapiro-Wilk, apresentadas por mediana e percentis. Observou-se predomínio de mulheres, com idade superior a 50 anos (56,1%) e longa trajetória profissional (mediana 25 anos). Quanto aos hábitos de vida, a maioria não era tabagista (95,5%) e não fazia uso de bebidas alcóolicas (78,6%), enquanto 45,2% referiram prática regular de atividade física. Identificou-se elevada prevalência de excesso de peso (83,3%) e doenças crônicas como hipertensão arterial (32,9%), diabetes mellitus (17,4%) e dislipidemia (24,0%). Os escores de qualidade de vida foram mais elevados nos domínios psicológico e relações sociais (mediana 75,0), intermediário no físico (67,9) e menor no meio ambiente (60,7). A qualidade de vida no trabalho apresentou mediana de 76,0, indicando percepção global satisfatória. Verificou-se associação negativa do domínio físico com idade, número de filhos e famílias acompanhadas, e associação positiva do domínio psicológico com tempo de atuação. O domínio meio ambiente correlacionou-se negativamente com o número de filhos, sem associações significativas para relações sociais ou qualidade de vida no trabalho. Na análise multivariada, o número de famílias acompanhadas e a carga familiar mostraram impacto negativo nos domínios físico e ambiental. Conclui-se que, embora os ACS percebam satisfatoriamente sua qualidade de vida laboral, a idade, sobrecarga familiar e número de famílias acompanhadas podem impactar negativamente domínios físicos e ambientais da qualidade de vida desses trabalhadores. Esses achados reforçam a necessidade de políticas de gestão da carga laboral, promoção da saúde ocupacional e estratégias de apoio familiar e psicossocial voltadas a esse grupo profissional.

Palavras-chave: agentes comunitários de saúde; atenção primária à saúde; qualidade de vida; qualidade de vida no trabalho.

ABSTRACT

Community Health Workers (CHWs) play a central role in the Family Health Strategy. However, they are often exposed to adverse working conditions and occupational stressors, which may compromise their quality of life and the effectiveness of Primary Health Care. This study aimed to analyze the quality of life and quality of work life of Community Health Workers in São José de Ribamar, Maranhão, as well as their associated factors. This is a cross-sectional, quantitative study with 155 participants, whose data were collected through a semi-structured questionnaire covering sociodemographic characteristics, lifestyle habits, and health conditions, as well as validated instruments to assess quality of life and quality of work life. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Qualitative variables were expressed as absolute and relative frequencies, while quantitative variables, after the Shapiro–Wilk normality test, were presented as medians and percentiles. A predominance of females was observed, with a higher proportion aged over 50 years (56.1%) and a long professional trajectory (median of 25 years). Regarding lifestyle habits, most participants were non-smokers (95.5%) and did not consume alcoholic beverages (78.6%), while 45.2% reported engaging in regular physical activity. A high prevalence of overweight (83.3%) and chronic conditions such as hypertension (32.9%), diabetes (17.4%), and dyslipidemia (24.0%) was identified. Quality of life scores were higher in the psychological and social relationships domains (median of 75.0), intermediate in the physical domain (67.9), and lower in the environment domain (60.7). Quality of work life showed a median of 76.0, indicating an overall satisfactory perception. A negative association was observed between the physical domain and age, number of children, and number of families followed, while a positive association was found between the psychological domain and years of professional experience. The environment domain was negatively correlated with the number of children, with no significant associations identified for the social relationships domain or quality of work life. In multivariate analysis, the number of families followed and family burden showed a negative impact on the physical and environmental domains. It is concluded that, although CHWs perceive their work-related quality of life as satisfactory, factors such as age, family burden, and the number of families followed may negatively impact the physical and environmental domains of their quality of life. These findings highlight the need for policies focused on workload management, occupational health promotion, and family and psychosocial support strategies for this professional group.

Keywords: community health workers; primary health care; quality of life; quality of work life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Parâmetros de classificação para indicadores antropométricos em adultos.....	39
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025	41
Tabela 3 - Hábitos de vida e condições de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025	42
Tabela 4 - Características laborais dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025	44
Tabela 5 - Autoavaliação da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), de acordo com Quality of Working Life Questionnaire – QWLQ-Bref, dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025.	45
Tabela 6 - Correlação de Spearman entre variáveis sociodemográficas e laborais com a qualidade de vida no trabalho. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025	45
Tabela 7 - Escores de qualidade de vida, segundo WHOQOL-Bref, dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025.	46
Tabela 8 - Correlação de Spearman entre variáveis sociodemográficas e laborais com os domínios da qualidade de vida, de acordo com o WHOQOL-bref, dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025	46
Tabela 9 - Regressão linear múltipla dos domínios da qualidade de vida dos Agentes Comunitários de saúde São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025 ..	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ES	Espírito Santo
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
HDL-C	Colesterol de Alta Densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCP	Instituto Central de Ciências Pedagógicas
IMC	Índice de Massa Corporal
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MA	Maranhão
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
nº	Número
NR	Normas Regulamentadoras
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PR	Paraná
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho

QWLQ-78	Quality of Working Life Questionnaire
QWLQ-Bref	Quality of Working Life Questionnaire –Bref
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SM	Síndrome Metabólica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCL	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFP	Universidade Federal de Pernambuco
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Questionnaire
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Bref

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo Geral	16
2.2	Objetivos Específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Programa à Estratégia Saúde da Família: o campo de atuação do Agente Comunitário de Saúde	17
3.2	O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: regulamentação profissional e atribuições	19
3.3	Saúde do Trabalhador: conceito, evolução histórica e desafios contemporâneos	22
3.4	Riscos laborais e vulnerabilidades no trabalho do ACS	25
3.5	Impactos do trabalho na saúde física e mental do ACS	27
3.6	Qualidade de Vida	29
3.7	Qualidade de Vida no Trabalho	31
4	METODOLOGIA	34
4.1	Tipo de Estudo	34
4.2	Local de Estudo	34
4.3	População e Amostra	34
4.4	Critérios de Inclusão e Exclusão	35
4.5	Procedimento e instrumentos de coleta de dados	35
4.5.1	Questionário sociodemográfico e de saúde	36
4.5.2	Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	37
4.5.3	Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho (QWLQ-Bref)	37
4.5.4	Medidas antropométricas	38
4.6	Análise dos Dados	39
4.7	Aspectos Éticos	40
5	RESULTADOS	41
6	DISCUSSÃO	48
7	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	70

ANEXO A - WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE INSTRUMENT (WHOQOL-Bref)	73
ANEXO B - <i>QUALITY OF WORKING LIFE QUESTIONNAIRE (QWLQ-bref)</i>	78
ANEXO C - PARECER DO CEP	81

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do sistema de saúde, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma prioritária de organização e operacionalização. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF é composta por equipes multiprofissionais, nas quais os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham papel estratégico na articulação, por atuarem como mediadores entre os serviços de saúde e a comunidade (Brasil, 2017; Martins *et al.*, 2022).

Para Oliveira e Nery (2019), uma particularidade relevante dessa categoria é residir na mesma comunidade em que atua, o que favorece vínculo, acesso e conhecimento do território, mas também pode ampliar sua vulnerabilidade a pressões locais, conflitos, sobrecarga de trabalho e desgaste emocional. Tais condições podem repercutir negativamente sobre a saúde e o bem-estar, elevando a ocorrência de estresse, transtornos mentais (por exemplo, ansiedade, depressão e Síndrome de Burnout) e doenças ocupacionais (Alves *et al.*, 2024).

Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil evidenciam a presença de fatores de risco à saúde entre os ACS, incluindo elevada prevalência de excesso de peso, sedentarismo e doenças crônicas, além de sinais de desgaste físico e emocional. Esses achados indicam que aspectos relacionados às condições de trabalho e aos hábitos de vida podem comprometer o bem-estar e a saúde dessa categoria profissional (Martins *et al.*, 2022; Ulguim *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a Qualidade de Vida (QV) configura-se como um indicador de saúde de natureza multidimensional, que expressa o bem-estar resultante da interação entre fatores físicos, emocionais, sociais e materiais (Dias *et al.*, 2025). A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como a “percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais está inserido, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997).

Considerando essa complexidade, a OMS desenvolveu instrumentos específicos para avaliar a QV em distintas culturas e populações, como o WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) e o WHOQOL-Bref, ambos validados no Brasil, os quais permitem mensurar a QV a partir de múltiplos domínios, incluindo aspectos físicos, psicológicos, relações sociais, meio ambiente, nível de independência e espiritualidade (Fleck *et al.*, 1999a, 2000).

No campo da saúde ocupacional, o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) amplia a discussão sobre QV ao direcioná-la para o ambiente laboral. Conforme ressaltam Souza, Carvalho e Souza (2023), a QVT constitui uma abordagem multifatorial, englobando condições organizacionais que favorecem a satisfação, a valorização e o bem-estar do trabalhador, influenciada por aspectos como o ambiente físico, as relações socioprofissionais, o reconhecimento e o equilíbrio entre vida profissional e social.

Para avaliação sistemática da QVT, foram desenvolvidos instrumentos como o Quality of Working Life Questionnaire (QWLQ-78), estruturado em quatro domínios: físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional (Reis Júnior; Pilatti; Pedroso, 2011). Posteriormente, Cheremeta *et al.* (2011) apresentaram o QWLQ-Bref, versão reduzida e adaptada que mantém as principais dimensões, permitindo aplicação prática em distintos contextos organizacionais. A utilização desses instrumentos contribui para identificar fragilidades e potencialidades do ambiente laboral, subsidiando estratégias e políticas de valorização e proteção à saúde do trabalhador.

As repercussões do comprometimento da QV e da QVT entre profissionais de saúde extrapolam o nível individual, afetando produtividade, desempenho e qualidade da assistência, com reflexos como absenteísmo, redução do desempenho, irritabilidade e cuidados inadequados ao paciente (Awuah, 2014). De acordo com Campos *et al.* (2020), entre os sintomas mais frequentemente relatados incluem-se fadiga, insônia, irritabilidade, dificuldades de concentração e lapsos de memória, associados ao estresse crônico. Corroborando esses achados, Zarei *et al.* (2019) verificaram que 52,9% dos profissionais da atenção primária apresentam estresse relacionado ao trabalho. Nesse sentido, compreender QV e QVT dos ACS torna-se relevante não apenas para a saúde ocupacional, mas também para a sustentabilidade das ações da APS no território.

No estado do Maranhão, esses desafios assumem maior intensidade diante os desafios estruturais. O estado apresenta vulnerabilidade socioeconômica associada à persistência de pobreza, barreiras de acesso à educação e precariedade do saneamento básico. Embora tenha havido redução da pobreza extrema, o Maranhão permanece identificado como o estado mais pobre do Brasil em termos monetários e entre aqueles com maior incidência de pobreza multidimensional, a qual abrange dimensões como Educação, Saúde, Trabalho e Padrão de Vida (Maas *et al.*, 2022).

Inserido nesse contexto, São José de Ribamar, terceiro município mais populoso do Maranhão, apresenta importantes limitações socioeconômicas, com salário médio mensal de 1,9 salários mínimos entre trabalhadores formais (IBGE, 2022). No âmbito da rede de serviços, o município apresenta cobertura de Atenção Primária à Saúde de 78,52% e cobertura de ACS de 48,25% (Brasil, 2025). Esse cenário pode ampliar a demanda por ações na APS e refletir necessidades territoriais mais complexas, com possíveis repercussões sobre a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Apesar da relevância do trabalho desempenhado pelos ACS na Atenção Primária, observa-se que ainda são limitadas as investigações que analisam de forma integrada a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho dessa categoria, especialmente em contextos municipais específicos e em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica, como o estado do Maranhão. Ademais, estudos que exploram fatores associados a esses desfechos permanecem escassos, o que dificulta a compreensão das condições que impactam a saúde e o bem-estar desses trabalhadores no cotidiano dos serviços.

Assim, considerando que o bem-estar dos profissionais de saúde é essencial para a qualidade do atendimento e para o enfrentamento dos agravos; que os ACS podem estar expostos a situações de vulnerabilidade, violências e cobranças exacerbadas por parte da população assistida e dos gestores; e que a avaliação da QV e da QVT pode subsidiar políticas públicas de valorização e proteção, além de contribuir para suprir lacunas na produção científica sobre o tema, o presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho, bem como os fatores associados, dos Agentes Comunitários de Saúde do município de São José de Ribamar–MA.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho de agentes comunitários de saúde do município de São José de Ribamar - MA, bem como os fatores associados.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, de saúde e de trabalho dos participantes;
- Averiguar a qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde;
- Verificar a qualidade de vida no trabalho dos agentes comunitários de saúde;
- Analisar a associação entre a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho com fatores associados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Programa à Estratégia Saúde da Família: o campo de atuação do Agente Comunitário de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, representa um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e constitui-se como política fundamental para assegurar o direito universal à saúde no Brasil. Nesse contexto, a APS foi definida como eixo estruturante da rede de serviços, tendo na ESF seu principal modelo de organização. A ESF foi concebida como um processo de reorganização da atenção básica, substituindo gradualmente o modelo biomédico fragmentado por um cuidado integral, contínuo e centrado na promoção da saúde e prevenção de agravos (Pinto; Giovanella, 2018).

A gênese da ESF remonta ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 pelo Ministério da Saúde (MS), cuja experiência piloto havia iniciado no Ceará no final dos anos 1980. O PACS desempenhou papel crucial ao aproximar as comunidades dos serviços de saúde, por meio de agentes comunitários que se tornaram elos estratégicos entre população e unidades de saúde (Leite, 2018). Em 1994, a partir dessa experiência, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), considerado marco para a consolidação da APS no Brasil, pois trouxe a família, e não apenas o indivíduo, como centro do cuidado em saúde (Brasil, 2009).

Para o Ministério da Saúde, o PSF tinha como principal objetivo reorganizar a prática assistencial, até então hospitalocêntrica, direcionando-a para uma abordagem ampliada, centrada na família e em seu contexto social (Brasil, 1997). Conforme Rosa e Labate (2005), embora denominado “programa”, o PSF diferia de outras iniciativas ministeriais por não se configurar como ação verticalizada e pontual, mas como estratégia de reorganização estrutural da APS, voltada à identificação, enfrentamento e resolução dos problemas de saúde da população adscrita.

Essa concepção foi formalizada com a publicação da PNAB, instituída pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que transformou o PSF em ESF, um marco histórico na saúde brasileira (Brasil, 2006). Para Pinto e Giovanella (2018), a PNAB representou um avanço ao definir diretrizes para a organização da atenção básica, estabelecendo a ESF como eixo prioritário de expansão, cobertura e qualificação da APS no Brasil.

A última atualização da PNAB foi realizada pela Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabeleceu uma nova versão da política, revisando diretrizes, composição das equipes e a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. Nessa normativa, a Atenção Básica é definida como o conjunto de ações individuais, familiares e coletivas voltadas para a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas de forma integrada por equipes multiprofissionais, com gestão qualificada e responsabilidade sanitária sobre a população de um território específico (Brasil, 2017).

A PNAB (Brasil, 2017) reafirma a Atenção Básica como principal porta de entrada do SUS, atribuindo-lhe papel estratégico na gestão do cuidado e na integralidade em saúde. Nesse cenário, as Equipes de Saúde da Família (eSF), quando estruturadas adequadamente, resolvem até 85% das demandas em saúde da população, prevenindo doenças, minimizando e evitando internações. Sua composição mínima inclui médico (preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo ainda contar com agentes de combate às endemias e profissionais de saúde bucal, conforme as necessidades do território.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), as atividades desempenhadas pelos membros das eSF estão regulamentadas por normativas específicas que definem tanto atribuições comuns quanto responsabilidades próprias de cada categoria profissional. Essas normativas incluem escopos de prática, protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e orientações técnicas elaboradas pelos gestores em diferentes esferas federal, estadual, municipal ou distrital, assegurando maior padronização e qualidade no processo de cuidado.

Entre os integrantes dessas equipes, o ACS assume papel central, por possuir uma identidade comunitária que o aproxima diretamente do território em que atua. Para Jorge *et al.* (2015), a função do ACS vai além da dimensão técnica, alcançando também aspectos políticos e sociais do cuidado, ao lidar com os determinantes que influenciam a saúde e as condições de vida. Dessa forma, contribui não apenas para a organização e fortalecimento dos serviços, mas também para a consolidação de um modelo de saúde centrado no tripé indivíduo/família/comunidade.

3.2 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: regulamentação profissional e atribuições

O Agente Comunitário de Saúde desempenha um papel central na Estratégia Saúde da Família, configurando-se como elo e referência fundamentais entre os serviços de saúde e a população. Sua atuação remonta ao final da década de 1980, quando experiências pioneiras surgiram no Ceará, em resposta a demandas sociais decorrentes das secas e de seus impactos sobre as condições de vida e saúde da população (Machado *et al.*, 2022). Em 1991, sua função foi oficialmente incorporada às equipes de APS, sendo consolidada como prática estruturante do SUS e reconhecida como promotora do vínculo entre comunidade e serviços de saúde (Brasil, 2017).

O processo de regulamentação da profissão de ACS constituiu um marco para a consolidação de direitos e atribuições formais da categoria. A criação da profissão ocorreu com a Lei nº 10.507/2002, que foi revogada pela Lei nº 11.350/2006, a qual passou a estabelecer os requisitos básicos para o exercício da função, determinando sua atuação exclusiva no âmbito do SUS e prevendo que a contratação se desse mediante processo seletivo público, por provas ou por provas e títulos, em conformidade com os princípios da administração pública e a complexidade inerente às atividades desempenhadas (Brasil, 2002, 2006).

Posteriormente, a Lei nº 13.595/2018 ampliou o marco regulatório dos ACS, redefinindo atribuições, jornada e condições laborais, além de garantir direitos como auxílio transporte e capacitação continuada. Para o ingresso na função, fixou-se critérios específicos: residir na comunidade em que atuará, concluir curso de formação inicial com carga horária mínima (40 horas) e possuir ensino médio completo. Na ausência de candidatos que atendam ao requisito de escolaridade, em caráter excepcional, admite-se candidatos com ensino fundamental mediante compromisso de concluir o ensino médio em até três anos após a admissão (Brasil, 2018).

Mais recentemente, a Lei nº 14.536/2023 reforçou a identidade dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemia (ACE), reconhecendo-os legalmente como profissionais de saúde com profissões regulamentadas, o que representou não apenas a equiparação a outras categorias profissionais da área, mas também a ampliação de direitos constitucionais, como a possibilidade de acúmulo de dois vínculos na saúde, desde que haja compatibilidade de horários. Essa medida

consolidou avanços jurídicos e sociais relevantes, refletindo a valorização e o fortalecimento da função desses trabalhadores no SUS (Brasil, 2023).

Além disso, conforme a PNAB, todos os profissionais da eSF, incluindo o ACS, devem cumprir jornada de 40 horas semanais. Essa carga horária é requisito para garantia do piso salarial da categoria, devendo ser integralmente dedicada às ações de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e ambiental, bem como às atividades de prevenção e combate a endemias (Brasil, 2017; Brasil, 2018).

O número de ACS por equipe é estabelecido a partir de critérios populacionais, epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos, ajustados à realidade local. A PNAB de 2017 recomenda cobertura de 100% da população em territórios de risco, vulnerabilidade social ou grande dispersão geográfica, estabelecendo o limite máximo de 750 pessoas sob responsabilidade de cada ACS (Brasil, 2017).

Complementarmente a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 prevê a flexibilização do número de famílias por ACS em situações de acessibilidade e vulnerabilidade, bem como a possibilidade de alteração da área de atuação quando houver ameaça à integridade física do trabalhador ou de seus familiares. Além disso, estabelece medidas de proteção à saúde e segurança ocupacional, garantindo a oferta e o uso adequado de equipamentos de proteção individual e a realização periódica de exames de saúde, com o objetivo de reduzir riscos laborais e preservar a integridade física e mental desses profissionais (Brasil, 2018).

No que se refere às atribuições dos ACS, a Lei nº 13.595/2018, estabelece que esses profissionais devem desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção da saúde fundamentadas na Educação Popular em Saúde, realizadas no domicílio ou na comunidade, de forma individual ou coletiva, com o objetivo de ampliar o acesso da população à informação, aos serviços de saúde e à cidadania, em conformidade com as diretrizes do SUS (Brasil, 2018).

Entre suas principais atribuições estão o cadastramento e atualização de informações das famílias, apoio à territorialização, visitas domiciliares, desenvolvimento de ações preventivas e educativas, além da identificação e encaminhamento de casos suspeitos de doenças. Também integra seu trabalho a coleta de dados que subsidiam o diagnóstico demográfico, epidemiológico, ambiental e sanitário da comunidade. De maneira excepcional, e sob supervisão de profissionais de nível superior, o ACS pode ainda realizar procedimentos básicos, como aferição

de pressão arterial e glicemia capilar, verificação de temperatura axilar, avaliação antropométrica e curativos simples (Brasil, 2017; Brasil, 2018).

Sua atuação abrange tanto a dimensão técnica, voltada à promoção, prevenção e articulação do cuidado em saúde, quanto a dimensão política, marcada pela solidariedade e pelo compromisso com a transformação social (Pereira *et al.*, 2018). Nesse sentido, o ACS atua sobre os múltiplos determinantes sociais que influenciam as condições de vida e saúde, contribuindo para a organização dos serviços em consonância com a realidade local. Assim, consolida-se um modelo de cuidado pautado no tripé indivíduo, família e comunidade, fortalecendo os laços entre a população e a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Jorge *et al.*, 2015).

No âmbito da APS, a presença do ACS mostra-se indispensável para ampliar o alcance das ações do Sistema Único de Saúde. Para Pinto e Giovanella (2018), sua atuação contribui para reforçar a integração entre população e equipe multiprofissional, impactando positivamente nos indicadores de prevenção, na redução de internações evitáveis e na efetividade das políticas públicas. Esses autores ressaltam ainda que a eSF reconhece o ACS como peça-chave para a consolidação de um cuidado longitudinal, contínuo e humanizado, justamente por representar o elo permanente entre comunidade e serviços.

Segundo Vidal, Motta e Siqueira-Batista (2015) e Suyama *et al.* (2022), a relevância desse profissional está diretamente associada à sua identidade comunitária, uma vez que, ao residir no território em que atua, estabelece relações de proximidade que favorecem tanto a vigilância em saúde quanto a promoção de práticas preventivas, tornando-se um protagonista social. Essa inserção possibilita ainda um olhar diferenciado sobre a realidade local, pois o ACS vivencia cotidianamente as dinâmicas sociais, culturais, econômicas e ambientais da comunidade.

Para Machado *et al.* (2022), essa identidade comunitária, somada ao papel social desempenhado, diferencia o ACS dos demais profissionais de saúde. Sua atuação transita entre as funções de mediador, facilitador e, simultaneamente, usuário do próprio sistema, o que o coloca em posição singular dentro da APS. Contudo, essa especificidade também gera desafios, uma vez que as fronteiras entre vida pessoal, familiar e profissional nem sempre são claramente delimitadas, o que pode intensificar pressões e desgastes relacionados ao trabalho.

Nesse contexto, o fortalecimento dos vínculos comunitários impõe ao ACS uma carga significativa de responsabilidades, evidenciando a necessidade de políticas públicas voltadas à sua valorização e proteção. As condições laborais, frequentemente marcadas por riscos ocupacionais e sobrecarga de atividades, podem comprometer sua qualidade de vida, produtividade e favorecer o adoecimento, tornando imprescindível a adoção de medidas que assegurem condições adequadas de trabalho e bem-estar, além de garantir a qualidade da assistência prestada à população (Alves *et al.*, 2022).

3.3 Saúde do Trabalhador: conceito, evolução histórica e desafios contemporâneos

O trabalho constitui uma das dimensões centrais da vida humana, não sendo apenas o meio pelo qual os indivíduos asseguram sua subsistência, mas também um fator estruturante da identidade social e da subjetividade. Para além de sua função econômica, o trabalho possui um caráter simbólico, cultural e integrador, determinando modos de vida, formas de sociabilidade e impactando diretamente a saúde física e mental dos trabalhadores (Dejours, 2023).

No Brasil, o campo da Saúde do Trabalhador consolidou-se em meio ao processo de redemocratização, quando profundas mudanças políticas, sociais e econômicas coincidiam com a rápida industrialização e transformação do mundo do trabalho. Esse cenário trouxe à tona a necessidade de compreender o trabalhador em sua integralidade, reconhecendo-o como sujeito ativo do processo saúde–doença–trabalho. A produção de novos saberes nesse período destacou a importância da promoção da saúde e da prevenção de agravos, valorizando a relação entre trabalho, condições de vida e saúde (Leite, 2018).

Nesse percurso, marcos normativos e políticos foram decisivos para a consolidação da área. Em 1978, a Portaria nº 3.214 do Ministério do Trabalho regulamentou Normas Regulamentadoras (NR), como a NR-4, que trata da organização dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) (Brasil, 1978). Na década seguinte, a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS e consolidou a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988).

Posteriormente, a Lei nº 8.080/1990 definiu a Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações, articuladas por meio da vigilância epidemiológica e sanitária, voltadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, com ênfase nos riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho (Brasil, 1990). Outros instrumentos fortaleceram esse processo de consolidação como a Portaria nº 3.120/1998 que aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, e define a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) como uma atuação contínua e sistemática destinada a detectar, pesquisar e analisar determinantes e condicionantes dos agravos relacionados ao trabalho, considerando aspectos tecnológicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos, com o objetivo de planejar, executar e avaliar intervenções voltadas à eliminação ou controle desses fatores (Brasil, 1998).

No ano seguinte, o Ministério da Saúde criou a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, por meio da Portaria nº 1.339/1999, contribuindo para sistematizar o reconhecimento das patologias associadas às condições laborais. Essa lista passou a ser utilizada também pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, fortalecendo o vínculo entre adoecimento, trabalho e direitos sociais (Brasil, 1999).

A consolidação da Saúde do Trabalhador ocorreu com a instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que estabeleceu diretrizes para a atenção integral à saúde do trabalhador, com foco em ações de vigilância, prevenção e promoção. A PNSTT encontra-se intrinsecamente articulada aos princípios fundamentais do SUS, universalidade, integralidade e equidade, assegurando que a saúde do trabalhador seja entendida como parte indissociável da saúde coletiva (Brasil, 2012).

Essa articulação reconhece que os trabalhadores não são apenas agentes que produzem serviços, mas são também usuários do sistema, o que demanda estratégias de cuidado que contemplem desde a prevenção até a reabilitação (Brasil, 2012). Nesse sentido, Vasquez-Menezes *et al.* (2016) enfatizam que o princípio da integralidade destaca a necessidade de ações intersetoriais de promoção, prevenção, vigilância, atenção e reabilitação, voltadas à redução da morbimortalidade inerentes aos riscos presentes nos ambientes de trabalho, incluindo agentes físicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e outros determinantes laborais decorrentes dos processos de trabalho, como a saúde mental.

Mais recentemente, a saúde mental relacionada ao trabalho passou a ocupar posição de maior destaque no campo da saúde do trabalhador, especialmente após a atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, promovida pela Portaria GM/MS nº 1.999/2023, que ampliou o reconhecimento de agravos psicossociais e transtornos relacionados ao trabalho (Brasil, 2023). Essa atualização fortaleceu o escopo das ações de vigilância em saúde ao incorporar problemas complexos, multifatoriais e muitas vezes invisibilizados, como sofrimento mental, estresse ocupacional e burnout (Brasil, 2024).

Nessa mesma direção, a Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) foi atualizada pela Portaria nº 1.419, de 27 de agosto de 2024, reforçando o caráter abrangente do gerenciamento de riscos ocupacionais ao prever, de forma expressa, a inclusão dos fatores de risco psicossociais no processo de avaliação e prevenção. Assim, além dos riscos físicos, químicos, biológicos, de acidentes e ergonômicos, as organizações passaram a considerar também fatores como estresse, assédio moral e sobrecarga mental, reconhecendo seus impactos sobre a saúde e o bem-estar dos trabalhadores (Brasil, 2024).

Em consonância com essa atualização, as empresas brasileiras, a partir de 26 maio de 2026, passarão a ter a obrigatoriedade de incluir a avaliação dos fatores de risco psicossociais no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais e no inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos (Brasil, 2025). Tal mudança representa avanço importante na consolidação de uma abordagem mais integral da saúde do trabalhador, ao incorporar dimensões subjetivas e organizacionais do trabalho às práticas de prevenção, vigilância e cuidado.

Em continuidade a esse processo de fortalecimento da saúde do trabalhador, a Portaria GM/MS nº 5.201/2024 incorporou novas doenças à Lista Nacional de Notificação Compulsória, incluindo o câncer relacionado ao trabalho, dermatoses ocupacionais, distúrbios de voz, lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), perda auditiva e pneumoconioses, além de reforçar o reconhecimento dos transtornos mentais relacionados ao âmbito ocupacional (Brasil, 2024).

Vasquez-Menezes *et al.* (2016) ressaltam, que diante dos avanços, torna-se evidente que o impacto do trabalho na saúde decorre tanto de exposições diretas a riscos específicos quanto de fatores organizacionais mais amplos. Relatam também que a exposição a agentes tóxicos, cargas físicas excessivas ou esforços repetitivos

pode desencadear doenças de caráter físico, enquanto modelos de gestão rígidos, divisão excessiva de tarefas e desvalorização do trabalhador constituem fatores de desgaste emocional e estresse, que repercutem em transtornos mentais e psicossociais, como depressão, ansiedade e síndrome de burnout.

Faria *et al.* (2021) destacam que essa exposição torna-se ainda mais complexa em um contexto de crescente precarização das relações laborais, especialmente no setor público e nos serviços de saúde, onde vínculos temporários, baixa remuneração e sobrecarga de atividades afetam diretamente a qualidade de vida dos trabalhadores. No caso dos agentes comunitários de saúde, por exemplo, a forte proximidade com os usuários e a elevada demanda assistencial intensificam o desgaste físico e emocional, comprometendo não apenas a saúde do trabalhador, mas também a efetividade das ações em saúde no território.

Compreender o trabalho como determinante da saúde, configura-se como um desafio diante da heterogeneidade estrutural do país, sobretudo no que se refere à saúde mental. Dessa forma, a relação entre trabalho e adoecimento deve ser entendida como um processo multifacetado e dinâmico, condicionado por fatores biológicos, sociais, culturais, organizacionais e econômicos (Brasil, 2024).

Nesse sentido, cabe às políticas públicas, à gestão do SUS e às práticas de vigilância em saúde do trabalhador avançar no reconhecimento das condições de trabalho como determinantes centrais da saúde coletiva, promovendo ambientes laborais mais seguros e saudáveis, capazes de conciliar a função social e econômica do trabalho com a proteção e a valorização da vida humana e do trabalhador (Brasil, 2017).

3.4 Riscos laborais e vulnerabilidades no trabalho do ACS

O trabalho do ACS é caracterizado pela exposição a múltiplos riscos de natureza psíquica, física, química, biológica e ergonômica. Entretanto, pesquisas apontam que a percepção desses profissionais em relação aos riscos ocupacionais ainda é limitada, o que os torna ainda mais vulneráveis e dificulta a adoção de estratégias de proteção adequadas (Rezende *et al.*, 2021).

De acordo com Souza, Carvalho e Souza (2023), a rotina desses trabalhadores envolve inúmeras tarefas, marcada pela pressão por produtividade, escassez de recursos materiais, conflitos interpessoais e remuneração frequentemente

incompatível com as responsabilidades desempenhadas. Para Oliveira *et al.* (2020), esses fatores favorecem a sobrecarga física e mental, contribuindo para o adoecimento. Nesse contexto, a precarização das condições laborais e a desvalorização profissional estão diretamente associadas ao aumento de afastamentos por doenças de ordem física e psíquica (Moura; Leite; Greco, 2020).

Entre os riscos específicos, destacam-se os fatores físicos e biológicos, como exposição prolongada à radiação solar, poeira, umidade e contato com agentes infecciosos, condições capazes de desencadear agravos à saúde (Mesquita *et al.*, 2019). Rezende *et al.* (2021) ressaltam que são frequentes os acidentes envolvendo material biológico, como acidentes com material perfurocortante, transporte inadequado de resíduos biológicos, manipulação de imunobiológicos e auxílio em cuidados com feridas, situações que ampliam os riscos ocupacionais.

Os riscos ergonômicos também se fazem presentes no cotidiano dos ACS. Posições incômodas durante visitas domiciliares e longas caminhadas em ruas irregulares configuram fatores relacionados a distúrbios musculoesqueléticos, fonte recorrente de dor e comprometimento funcional (Paula *et al.*, 2015).

No âmbito psicossocial, os estressores laborais exercem papel relevante. Reuniões frequentes, elevado número de famílias sob responsabilidade, dificuldades de relacionamento com gestores e comunidade, baixa valorização profissional e escassez de oportunidades de capacitação figuram entre os principais desafios (Silva *et al.*, 2022). Para Faria *et al.* (2021), o estresse persistente compromete a saúde física e mental, reduz a qualidade de vida e aumenta o absenteísmo, podendo, em níveis elevados, levar ao esgotamento, insatisfação e deterioração das relações interpessoais, com repercussões negativas na assistência comunitária.

O contexto social de atuação amplia ainda mais a vulnerabilidade desses profissionais. Muitos ACS trabalham em áreas insalubres, marcadas por pobreza, desigualdades sociais e violência, o que potencializa o sofrimento psíquico (Suyama *et al.*, 2022). Nessa perspectiva, a violência ocupacional emerge como uma das principais ameaças à saúde desses trabalhadores.

Minayo (2003) diferencia a violência do trabalho, que tem caráter estrutural, vinculada à precarização, insalubridade e restrição de direitos, da violência no trabalho, associada a atos de agressão ou resistência, frequentemente expressos em episódios criminosos cometidos por pessoas internas ou externas ao ambiente laboral. Esta última pode se manifestar em agressões físicas ou em formas

psicológicas, todas geradoras de desgaste físico e emocional. As consequências são graves, incluindo depressão, sintomas psicossomáticos, burnout, absenteísmo, licenças médicas, rotatividade e, em casos extremos, abandono da profissão (Fabri *et al.*, 2022).

Na APS, esse quadro é agravado pelas condições de muitos territórios cobertos pela eSF, onde o tráfico de drogas e a criminalidade limitam o cuidado em saúde, seja pelo medo, pela insegurança ou pelas dificuldades de acesso aos domicílios de risco. Além disso, é recorrente a ocorrência de agressões perpetradas pelos próprios usuários dos serviços, que incluem ameaças, intimidações, agressões verbais e até físicas (Santos; Silva; Branco, 2017).

Diante desse cenário, compreender as particularidades do trabalho do ACS e seus impactos é fundamental, visto que esses profissionais desempenham papel central na operacionalização das ações de saúde comunitária (Oliveira; Nery, 2019).

3.5 Impactos do trabalho na saúde física e mental do ACS

Segundo Silva *et al.* (2022), o trabalho do Agente Comunitário de Saúde pode impactar diretamente sua saúde física e mental, favorecendo o surgimento de diferentes agravos e doenças ocupacionais. Essa vulnerabilidade decorre de fatores como condições precárias de trabalho, desvalorização profissional, jornadas extensas, ambientes insalubres e violência, características inerentes à natureza de suas funções, que exigem contato constante com a comunidade.

Oliveira e Nery (2019) referem que o adoecimento entre ACS assume diferentes formas, incluindo doenças circulatórias, musculoesqueléticas, infecciosas, Transtornos Mentais Comuns (TMC), estresse, síndrome do esgotamento profissional, depressão, angústia e medo. Corroborando, Ursine, Trelha e Nunes (2010), em estudo realizado em Londrina (PR), verificaram que 35,7% dos ACS apresentavam comorbidades, sobretudo hipertensão arterial, doenças cardíacas e renais, reforçando a provável associação entre o processo laboral e o desenvolvimento de doenças crônicas que comprometem a qualidade de vida e o desempenho profissional.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) também configuram importante problema entre os ACS. Associadas a fatores como má alimentação, sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool, essas doenças podem ser agravadas pela sobrecarga de trabalho e pela dificuldade em manter hábitos saudáveis

(Magalhães *et al.*, 2021). Nesse sentido, Silveira *et al.* (2020) observaram que 39,2% dos ACS apresentavam sobrepeso e 30,5% obesidade, condições associadas a doenças crônicas, ansiedade e inatividade física, reforçando a necessidade de políticas de promoção da saúde voltadas a essa categoria.

No mesmo direcionamento, Silva *et al.* (2024) apontam que a Síndrome Metabólica (SM), caracterizada por fatores de risco cardiovascular como hiperglicemia, hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, baixos níveis de HDL-c e obesidade abdominal, pode ser favorecida por condições laborais adversas. Esse agravo aumenta a morbimortalidade e os custos do sistema de saúde.

No campo físico, os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) ocupam lugar de destaque, acometendo músculos, tendões, ligamentos e nervos. Estudo realizado em Minas Gerais (Paula *et al.*, 2015) apontou alta prevalência de sintomas osteomusculares entre os ACS, especialmente em coluna lombar, pescoço, ombros e joelhos. Esses agravos se manifestam por dor, parestesia, fadiga e perda de força, comprometendo a mobilidade, a qualidade de vida e podendo levar à incapacidade laboral. Entre os fatores de risco estão longas caminhadas, ruas sem asfalto e esburacadas, permanência em pé por várias horas, transporte de materiais pesados e exposição prolongada ao sol (Suyama *et al.*, 2022).

Do ponto de vista psicossocial, a exposição contínua a situações de estresse, insegurança, violência ocupacional, sobrecarga de tarefas e condições precárias de trabalho, sem medidas preventivas e suporte adequado, favorece o surgimento de transtornos mentais comuns (TMC), manifestados por ansiedade, insônia, fadiga, dificuldades de concentração e somatizações. Nesse contexto, é recorrente o presenteísmo, em que o profissional, mesmo adoecido, mantém-se em atividade por compromisso com a comunidade, o que agrava seu quadro clínico e reduz a qualidade da assistência (Leite, 2018). Silva e Menezes (2008) identificaram prevalência de 24,1% de ACS com síndrome do Burnout e 43,3% com TMC, enquanto Moura, Leite e Greco (2020) ressaltam que a depressão é recorrente nesse grupo e constitui uma das principais causas de incapacidade laboral, com risco associado de suicídio.

A respeito da Síndrome de Burnout, Silva *et al.* (2017) explicam que ela difere do estresse por configurar uma resposta a ele, estando vinculada ao contexto laboral e marcada pela perda de sensibilidade e distanciamento nas relações profissionais, sendo manifestada por cefaleias, fadiga crônica, alterações do apetite, distúrbios do sono, dores musculares e irritabilidade. Oliveira *et al.* (2020) complementam que a

síndrome de burnout está intrinsecamente relacionado ao trabalho, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.

Diante desse panorama, Faria *et al.* (2021) destacam a importância das estratégias de enfrentamento, entendidas como mecanismos cognitivos e comportamentais capazes de reduzir os efeitos do estresse e aumentar a satisfação no trabalho. No caso dos ACS, uma das formas mais relevantes de enfrentamento é o apoio social e afetivo, construído nas relações comunitárias, que possibilita compartilhar dificuldades, fortalecer vínculos e equilibrar as demandas pessoais e profissionais.

3.6 Qualidade de Vida

A qualidade de vida é compreendida como um construto multidimensional que não se restringe a indicadores objetivos, incorporando também percepções subjetivas, contextos socioculturais e condições de existência (Fleck *et al.*, 1999b). Nesse sentido, abrange múltiplas dimensões que influenciam a forma como o indivíduo percebe sua vida, seus sentimentos e seus comportamentos cotidianos (Cavalcante *et al.*, 2018).

A incorporação do conceito no campo da saúde, segundo Cheremeta *et al.* (2011), ocorreu a partir da década de 1970, fundamentada em seis vertentes principais: os estudos epidemiológicos sobre felicidade e bem-estar, que buscavam compreender como os indivíduos percebiam a si e ao ambiente; a formulação de indicadores sociais de desenvolvimento, saúde e educação; a constatação da insuficiência das métricas biomédicas tradicionais; o avanço da psicologia positiva, com dimensões como coragem, esperança e espiritualidade; a valorização da perspectiva do usuário, por meio da satisfação do cliente; e o movimento de humanização da medicina, que resgatou a centralidade da relação médico-paciente no êxito terapêutico. Dessa forma, a saúde passou a adotar um olhar mais amplo, em consonância com a compreensão de Cavalcante *et al.* (2018) de que a QV deve integrar múltiplas dimensões da vida.

Nessa perspectiva mais abrangente, o debate sobre qualidade de vida se intensificou, sobretudo a partir das contribuições da OMS. Em 1995, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL Group) conceituou a Qualidade de Vida como a forma pela qual o indivíduo avalia sua posição na vida, considerando o contexto

cultural, os valores do meio em que está inserido, bem como seus objetivos, expectativas e preocupações (WHOQOL GROUP, 1995). Essa definição consolidou três aspectos centrais: i) a subjetividade, por depender da percepção individual; ii) a multidimensionalidade, ao abranger domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais; e iii) a relatividade, visto que a avaliação é influenciada pelo contexto sociocultural e pelas experiências individuais (Santos *et al.*, 2016).

Apesar desse avanço conceitual, Fleck *et al.* (1999b) observaram que, por muito tempo, as práticas médicas permaneceram centradas na mensuração de doenças e agravos, desconsiderando os elementos subjetivos da experiência de viver. Essa discrepância entre a definição ampliada de saúde e a prática clínica evidenciou a necessidade de desenvolver instrumentos capazes de avaliar a qualidade de vida de forma padronizada e comparável em diferentes culturas e contextos.

Diante dessa necessidade, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS coordenou um projeto multicêntrico que culminou na criação do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação da qualidade de vida com 100 itens organizados em seis domínios (físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade), estruturado em uma escala do tipo Likert. A robustez metodológica foi assegurada pela tradução para 20 idiomas e pela validação internacional realizada em 15 centros de pesquisa distribuídos em 14 países, contemplando contextos socioculturais diversos (Fleck *et al.*, 1999a).

A fim de dispor de um instrumento com aplicação mais rápida, a OMS desenvolveu o WHOQOL-bref, versão abreviada do WHOQOL-100, composto por 26 questões distribuídas em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), além de duas questões gerais sobre qualidade de vida e saúde. Apesar da simplificação, manteve suas propriedades psicométricas, permitindo ampla aplicação em diferentes contextos clínicos e populacionais. No Brasil, o processo de validação incluiu tradução e adaptação cultural e análise, conduzido por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS) com a participação de pacientes, profissionais de saúde e membros da comunidade. Essa validação demonstrou consistência interna, validade e confiabilidade, garantindo sua adoção em pesquisas nacionais (Fleck *et al.*, 2000).

A consolidação metodológica desses instrumentos abriu caminho para que a qualidade de vida se tornasse objeto de investigação em múltiplas áreas, orientando não apenas a compreensão dos fatores que a influenciam, mas também políticas

públicas e práticas assistenciais. Santos *et al.* (2016) afirmam que conhecer a qualidade de vida dos ACS é fundamental para identificar fatores que afetam sua saúde e trabalho, subsidiando melhorias nas condições laborais. Complementando essa visão, Pereira *et al.* (2018) ressaltam que, no caso dos ACS, garantir condições adequadas de trabalho e bem-estar físico e psicológico é essencial, visto que a satisfação profissional repercute diretamente tanto no desempenho das atividades quanto na relação estabelecida com os usuários.

Esse entendimento, como argumentam Jorge *et al.* (2015), reforça a interdependência entre qualidade de vida e condições laborais, já que o trabalho ao mesmo tempo em que estrutura a vida social e identitária dos sujeitos, também pode representar fonte de desgaste físico e emocional.

3.7 Qualidade de Vida no Trabalho

A qualidade de vida no trabalho (QVT) deve ser compreendida como um constructo multidimensional, que engloba fatores físicos, psicológicos, relacionais e organizacionais, os quais influenciam diretamente a experiência do trabalhador no ambiente laboral (Klein *et al.*, 2017). Nesse contexto, as iniciativas de QVT assumem dupla finalidade: contribuir para a melhoria do desempenho e da produtividade organizacional, ao mesmo tempo em que promovem melhores condições de trabalho e maior satisfação dos trabalhadores (Pilatti; Bejarano, 2005).

Nesse sentido, Souza, Carvalho e Souza (2023) concluem que a Qualidade de Vida no Trabalho deve ser entendida como a construção de um ambiente organizacional capaz de proporcionar ao trabalhador segurança, satisfação, valorização e respeito, reconhecendo-o não apenas como agente produtivo, mas como sujeito integrante de um coletivo. Faust, Ramos e Brehmer (2024) destacam que políticas institucionais são fundamentais para contemplar as particularidades socioculturais e organizacionais que moldam a experiência laboral. A OMS reforça essa compreensão ao propor o conceito de “Ambientes de Trabalho Saudáveis”, que engloba dimensões físicas, psicossociais, recursos pessoais e o envolvimento das instituições com a comunidade, ampliando a discussão para além do ambiente imediato de trabalho (OMS, 2010).

Corroborando esta visão, Cavalcante *et al.* (2018) afirmam que a Qualidade de Vida no Trabalho não se limita à ausência de doenças ocupacionais, mas incorpora o bem-estar físico, mental, social e ambiental do trabalhador. Lima *et al.* (2023) reforçam que suporte organizacional, uma comunicação eficaz, e valorização profissional surgem como elementos centrais para o equilíbrio e a satisfação laboral. Em contrapartida, contextos de precarização, sobrecarga e falta de reconhecimento tendem a gerar estresse, adoecimento e comprometimento da produtividade.

Nesse esforço de operacionalizar a avaliação da QVT, Reis Júnior, Pilatti e Pedroso (2011) elaboraram o Quality of Working Life Questionnaire (QWLQ-78), inspirado na metodologia do WHOQOL-100 da OMS. Esse instrumento, considerado um marco no campo, é composto por 78 itens distribuídos em quatro domínios (físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional), sendo este último o mais abrangente por contemplar a diversidade de fatores organizacionais. Os mesmos autores validaram o questionário com 378 trabalhadores de quatro municípios do Paraná, utilizando escala Likert de cinco pontos, o que permitiu mensurar percepções de satisfação e aspectos críticos do ambiente laboral.

Com o intuito de ampliar a aplicabilidade do instrumento original, Cheremeta *et al.* (2011) desenvolveram a versão abreviada, denominada QWLQ-bref, reduzindo o instrumento de 78 para 20 questões, selecionadas com base na maior correlação com o escore global. O questionário passou a incluir quatro questões do domínio físico/saúde, três do psicológico, quatro do pessoal e nove do profissional. Essa modificação, tornou-o mais sintético e de fácil aplicação, sem perda de consistência teórica ou de abrangência na avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho.

Lima *et al.* (2023) observam que ambos os instrumentos, QWLQ-78 e QWLQ-bref, representam avanços metodológicos significativos, ao aliarem robustez estatística, validade de conteúdo e aplicabilidade prática, permitindo identificar áreas críticas, orientar estratégias de intervenção e subsidiar políticas voltadas à valorização do trabalhador e seu bem-estar.

As pesquisas em Saúde do Trabalhador, entretanto, apontam que determinados grupos apresentam maior vulnerabilidade, sobretudo os profissionais de saúde. Oliveira *et al.* (2020) enfatizam que a complexidade das funções e o elevado grau de exigência emocional inerentes às suas práticas os tornam mais propensos a desgaste físico e psicológico. No âmbito da Estratégia Saúde da Família, esse cenário mostra-se ainda mais desafiador. Maganhoto, Brandão e Aragão (2022) ressaltam

que, embora atuem em serviços de baixa densidade tecnológica, os profissionais da Atenção Primária enfrentam demandas complexas, como a necessidade de estabelecer vínculos com usuários, famílias e comunidades.

Diante desses desafios, Lima *et al.* (2023) defendem que a implantação de estratégias de QVT configura-se como medida preventiva contra absenteísmo, afastamentos e até abandono do trabalho, ao mesmo tempo em que promove motivação, engajamento e produtividade. Na mesma linha, Maganhoto, Brandão e Aragão (2022) reforçam que investir em pesquisas sistemáticas sobre os impactos das condições laborais na vida dos profissionais de saúde é essencial, uma vez que tais evidências repercutem não apenas na formulação de políticas públicas, mas também na efetividade da assistência ofertada à população.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo observacional, de delineamento do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com os Agentes Comunitários de Saúde do município de São José de Ribamar - MA.

4.2 Local de Estudo

O presente foi desenvolvido no município de São José de Ribamar/MA, integrante da Região Metropolitana de São Luís e localizado na Macrorregião Norte do Estado do Maranhão.

De acordo com o Censo Demográfico de 2022, o município possui população de 244.579 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 180,36 km², resultando em densidade demográfica de 1.356,04 habitantes por km². Ainda segundo o levantamento, a população estimada, atualmente, alcançou 257.414 habitantes, evidenciando crescimento populacional contínuo na região (IBGE, 2022).

No âmbito da saúde, o município de São José de Ribamar dispõe de uma rede de Atenção Primária à Saúde composta por 37 Unidades Básicas de Saúde e um Posto de Saúde, que concentram 57 Equipes de Saúde da Família. Atualmente, o município conta com 218 ACS, que constituem o público-alvo deste estudo.

De acordo com dados do e-Gestor APS, plataforma do Ministério da Saúde que reúne dados estratégicos da Atenção Primária no Brasil, o município apresenta cobertura de APS de 78,52% e cobertura de ACS de 48,25% (Brasil, 2025).

4.3 População e Amostra

A população investigada abrange os 218 Agentes Comunitários de Saúde em atividade no município de São José de Ribamar. Para a definição do tamanho amostral, adotou-se o cálculo de amostragem para populações finitas, uma vez que o número total de indivíduos da população é conhecido.

Assim, utilizou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot (1-p)} \quad (1)$$

Em que n corresponde ao tamanho da amostra, N ao tamanho da população, z ao nível de confiança desejado, p a proporção esperada do evento (quando desconhecida, adota-se 0,5 para maximizar a amostra) e e ao erro amostral tolerável (Arango, 2009). O tamanho amostral foi calculado considerando população finita de 218 ACS, erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e proporção máxima de variabilidade ($p = 0,5$), resultando em amostra mínima de 140 participantes. Para compensar possíveis perdas ou recusas, acrescentou-se 10% ao valor calculado, totalizando 154 Agentes Comunitários de Saúde na amostra final do estudo. Ao final, participaram do estudo 155 Agentes Comunitários de Saúde.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão do estudo contemplam Agentes Comunitários de Saúde em atividade no município de São José de Ribamar/MA, de ambos os sexos, regularmente vinculados às equipes da Estratégia Saúde da Família no momento da coleta de dados.

Não foram incluídos os ACS que estavam afastados das suas atividades por motivo de licença (saúde, sem vencimento ou outros) ou em período de férias no momento da coleta. Excluíram-se ainda, os ACS que, após inclusão inicial, desistam de participar do estudo durante a coleta de dados ou que não respondam integralmente aos instrumentos de pesquisa.

4.5 Procedimento e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e dezembro de 2025, nos locais de trabalho dos ACS do município de São José de Ribamar–MA. Antes da aplicação dos instrumentos, foram realizadas reuniões de sensibilização com as equipes, previamente agendadas junto à coordenação das UBS. Nesses encontros, utilizou-se apresentação em slides para contextualizar a temática do estudo (qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho e fatores associados), explicitar os objetivos e os procedimentos metodológicos, e orientar os profissionais quanto aos aspectos éticos

e ao fluxo da coleta de dados, com vistas a favorecer a adesão e possibilitar a inclusão do maior número possível de participantes.

Após a apresentação da pesquisa e os devidos esclarecimentos, os Agentes Comunitários de Saúde que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na sequência, os instrumentos de coleta foram aplicados individualmente, em ambiente reservado nas próprias Unidades Básicas de Saúde, de forma a garantir privacidade e reduzir interferências externas.

Os questionários foram aplicados exclusivamente pela equipe de pesquisadores integrantes do projeto, na modalidade de entrevista estruturada, com leitura padronizada das questões e registro das respostas no instrumento. Esse procedimento contribuiu para a uniformidade da aplicação, reduzindo variações na condução e potenciais vieses relacionados à interpretação dos itens.

O estudo empregou três instrumentos: (1) um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores, destinado à obtenção de dados sociodemográficos e de saúde autorreferida; (2) o *WHOQOL-Bref*, validado para o contexto brasileiro, que avalia a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social e ambiental (Fleck *et al.*, 2000); e (3) o *QWLQ-bref*, instrumento específico para mensurar a qualidade de vida no trabalho, abrangendo dimensões físicas, psicológicas, pessoais e profissionais (Cheremeta *et al.*, 2011).

A pesquisa contemplou também a aferição de medidas antropométricas (peso e altura), de acordo com as orientações da OMS (WHO, 2020, 2008). A partir desses parâmetros, foi realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), o que possibilitou a avaliação do perfil nutricional dos participantes.

4.5.1 Questionário sociodemográfico e de saúde

O questionário semiestruturado (Apêndice A) contempla variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, situação conjugal, raça/cor e renda familiar; hábitos de vida, incluindo tabagismo, consumo de álcool e prática de atividade física (pelo menos três vezes na semana); condições de saúde autorreferidas, como doenças previamente diagnosticadas, antecedentes familiares e uso regular de medicamentos; e aspectos laborais, tais como tempo de atuação no SUS, local de trabalho, número de famílias cadastradas e acompanhadas, entre outros.

4.5.2 Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

Para a avaliar a QV, o estudo adota o questionário *WHOQOL-Bref* (Anexo A), versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido pela OMS. Esse instrumento contém 26 questões e foi validado para a população brasileira por Fleck *et al.* (1999a). Sua aplicação considera a percepção dos indivíduos em relação aos últimos quinze dias vividos.

As duas primeiras questões são gerais e avaliadas separadamente: a primeira refere-se à percepção do indivíduo sobre sua QV e a segunda a satisfação com a própria saúde. As demais 24 questões estão organizadas em quatro domínios: físico (dor, energia, sono, mobilidade, dependência de medicamentos, capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos, memória, autoestima, imagem corporal, espiritualidade, pensamento, aprendizagem); relações sociais (relações pessoais, suporte social, atividade sexual); e meio ambiente (segurança física, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidades de lazer, ambiente físico, transporte) (Fleck *et al.*, 2000).

A análise dos dados do *WHOQOL-Bref* foi efetuada com base no cálculo da média aritmética simples de cada domínio, cujos valores variaram originalmente de 1 a 5, conforme a escala de Likert. Para fins de padronização, as questões 3, 4 e 26 foram recodificadas e invertidas, de modo que respostas mais positivas correspondessem a valores mais elevados.

Os resultados das médias foram interpretados na escala original, na qual valores de 1,0 a 2,9 indicaram necessidade de melhoria; de 3,0 a 3,9, percepção regular; de 4,0 a 4,9, percepção boa; e 5,0, percepção muito boa. Posteriormente, os escores de cada domínio foram transformados em uma escala de 0 a 100, por meio de sintaxe específica em programa estatístico. Nessa escala, valores mais elevados refletem melhor percepção de qualidade de vida (Fleck *et al.*, 2000).

4.5.3 Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho (QWLQ-Bref)

A avaliação da QVT foi realizada por meio do *Quality of Working Life Questionnaire – QWLQ-Bref* (Anexo B), versão abreviada do instrumento original, composta por 20 questões, estruturado em quatro domínios: físico/saúde (4 itens), que aborda aspectos como qualidade do sono, fadiga, conforto e prática de atividade

física; psicológico (3 itens), que contempla autoestima, orgulho pelo trabalho, liberdade de expressão e percepção de segurança; pessoal (4 itens), que considera lazer, condições de moradia, experiências de preconceito e realização pessoal; e profissional (9 itens), que abrange autonomia, carga horária, cooperação hierárquica, credibilidade da gestão, criatividade, equidade interna e externa, estabilidade de horários, habilidades e disponibilidade de recursos. As respostas são registradas em escala do tipo *Likert* e considera as últimas duas semanas de trabalho, de modo a uniformizar o período de referência para análise (Cheremeta *et al.*, 2011).

A análise dos escores do *QWLQ-bref* seguiu os pontos de corte estabelecidos por Cheremeta *et al.* (2011): até 22,5 pontos – percepção de QVT muito insatisfatória; de 22,6 a 45 pontos – insatisfatória; de 45,1 a 55 pontos – posição neutra; de 55,1 a 77,5 pontos – satisfatória; e acima de 77,5 pontos – muito satisfatória. Dessa forma, o instrumento possibilita identificar de maneira objetiva o nível de satisfação dos trabalhadores em relação às suas condições de trabalho e ao ambiente laboral em que estão inseridos.

4.5.4 Medidas antropométricas

A pesquisa contemplou a aferição das medidas de peso e altura com a finalidade de avaliar o estado nutricional. O peso corporal foi aferido em balança digital Omron®, com precisão de 0,1 kg, devidamente calibrada e posicionada em superfície plana. Durante a mensuração, o participante permaneceu em posição ortostática, descalço, com os pés apoiados na plataforma metálica da balança, os braços estendidos ao longo do corpo e a cabeça alinhada ao plano de Frankfurt (Brasil, 2013).

A altura foi mensurada com o auxílio de estadiômetro da marca Sanny®. Durante a aferição, o participante permanece em posição ortostática, com os pés unidos, calcanhares, cintura escapular e região occipital em contato com o equipamento, respeitando o alinhamento do plano de Frankfurt (Brasil, 2013).

Com as variáveis de peso e altura, calculou-se o IMC, por meio da fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$. A interpretação segue os pontos de corte recomendados pela OMS, classificando os indivíduos adultos (Tabela 1) em baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade (WHO, 2000). No caso de idosos (indivíduos com 60 anos ou mais), adota-se eutrofia os valores >22 e $<27 \text{ kg/m}^2$, conforme orientações nacionais, considerando o risco de sarcopenia decorrente da redução de massa, força e

desempenho muscular, bem como do aumento da incapacidade física (Brasil, 2020; ABESO, 2016).

Tabela 1 - Parâmetros de classificação para indicadores antropométricos em adultos

Indicador	Classificação	Parâmetros	Risco de Comorbidade
IMC (kg/m ²)	Baixo peso	< 18,5	Baixo
	Eutrofia	18,5 – 24,9	Médio
	Sobrepeso	25,0 – 29,9	Pouco elevado
	Obesidade I	30,0 – 34,9	Elevado
	Obesidade II	35,0 – 39,9	Muito elevado
	Obesidade III	≥ 40,0	Muitíssimo elevado

Fonte: WHO (2000); ABESO (2016).

4.6 Análise dos Dados

Os dados foram analisados utilizando o software estatístico SPSS, versão 24. Inicialmente, realizou-se análise descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas e laborais. As variáveis qualitativas foram expressas em frequências absolutas e relativas (n e %). As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto à normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk, sendo apresentadas como mediana e percentis 25 e 75 (P25–P75), em razão da distribuição não normal.

Os escores de qualidade de vida foram calculados conforme as diretrizes do WHOQOL-BREF, transformados para a escala de 0 a 100, em que valores mais elevados indicam melhor percepção da qualidade de vida. A qualidade de vida no trabalho foi analisada conforme o instrumento específico adotado, também expressa por medidas de tendência central e dispersão.

Para avaliar a associação entre os domínios da qualidade de vida, a qualidade de vida no trabalho e as variáveis sociodemográficas, clínicas e laborais, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (ρ). As correlações foram interpretadas considerando-se a magnitude e a direção das associações, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

As variáveis que apresentaram associação na análise bivariada ($p \leq 0,20$) de correlação, foram incluídas em modelos de regressão linear múltipla, com método *Enter*, para identificação de fatores associados independentes aos domínios da qualidade de vida. Foram avaliados os pressupostos do modelo, incluindo

colinearidade, e os resultados foram apresentados por meio dos coeficientes padronizados (β), coeficiente de determinação ajustado (R^2 ajustado) e valor de p do modelo global.

4.7 Aspectos Éticos

O estudo atendeu aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assegurando autonomia, confidencialidade das informações e o direito de recusa ou desistência pelos participantes, sem prejuízos pessoais ou profissionais (Brasil, 2013). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, sob o Parecer Consubstanciado nº 7.119.394 (Anexo C), e registrado na Plataforma Brasil sob o CAAE nº 82627224.6.0000.5086.

Todos os participantes foram previamente esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 155 ACS, com idade entre 30 e 73 anos. Conforme apresentado na Tabela 2, observou-se predominância do sexo feminino (87,1%). A mediana de idade foi de 51,0 anos (P25–P75: 45,0–57,0) com expressiva proporção de ACS com 60 anos ou mais (18,1%). Em relação às características sociodemográficas, a maioria se autodeclarou parda (78,7%) e possuía escolaridade de nível médio (64,3%).

No que se refere às características familiares e domiciliares, predominou a ausência de companheiro(a) (64,5%), bem como elevada proporção de ACS com filhos (91,0%), com mediana de 2,0 filhos (P25–P75: 1,0–3,0) e predomínio de moradia em domicílios com até cinco pessoas (92,9%). Quanto à renda familiar, 65,2% relataram rendimento superior a dois salários-mínimos (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025

Variáveis	n	%	Mediana (P25–P75)
Sexo			
Feminino	135	87,1	-
Masculino	20	12,9	-
Faixa etária (anos)			
30–39	22	14,2	-
40–49	46	29,7	-
50–59	59	38,1	-
≥60	28	18,1	-
Idade (anos)	-	-	51,0 (45,0–57,0)
Cor da pele			
Branco	21	13,5	-
Pardo	122	78,7	-
Preto	11	7,1	-
Outro	1	0,6	-
Escolaridade			
Fundamental	2	1,3	-
Médio	99	64,3	-
Superior	53	34,4	-
Estado civil			

Variáveis	n	%	Mediana (P25–P75)
Com companheiro	55	35,5	-
Sem companheiro	100	64,5	-
Filhos			
Sim	141	91,0	-
Não	14	9,0	-
Número de filhos	-	-	2,0 (1,0–3,0)
Pessoas no domicílio			
≤5 pessoas	144	92,9	-
>5 pessoas	11	7,1	-
Renda familiar			
Até 2 salários-mínimos	54	34,8	-
>2 salários-mínimos	101	65,2	-

Legenda: Variáveis categóricas expressas em frequência absoluta (n) e relativa (%). Variáveis contínuas expressas em mediana e intervalo interquartil (P25-P75).

Em relação aos hábitos de vida e às condições de saúde, a Tabela 3 demonstra que a maioria dos participantes não era tabagista (95,5%) e referiu não fazer usos de bebidas alcoólicas (78,6%). A prática de atividade física foi relatada por 45,2% dos ACS. No que se refere ao histórico pessoal de saúde, observou-se que 32,9% dos participantes declararam diagnóstico prévio de hipertensão arterial, 17,4% de diabetes mellitus e 24,0% de dislipidemia. Quanto ao estado nutricional, 43,9% dos ACS foram classificados com sobrepeso e 39,4% com obesidade.

Tabela 3 - Hábitos de vida e condições de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025

Variáveis	N	%
Tabagismo		
Sim	7	4,5
Não	147	95,5
Consumo de álcool		
Sim	33	21,4
Não	121	78,6
Atividade física		
Sim	70	45,2
Não	85	54,8
Diabetes mellitus		

Variáveis	N	%
Sim	27	17,4
Não	128	82,6
Hipertensão arterial		
Sim	51	32,9
Não	104	67,1
Dislipidemia		
Sim	37	24,0
Não	117	76,0
IMC		
Baixo peso	0	0,0
Eutrofia	26	16,8
Sobrepeso	68	43,9
Obesidade	61	39,4

Legenda: Variáveis categóricas expressas em frequência absoluta (n) e relativa (%). IMC: índice de massa corpórea (status nutricional).

A Tabela 4 evidencia que os ACS apresentaram longa trajetória profissional, com mediana de 25,0 anos de atuação na APS (P25–P75: 11,0–27,0), sendo que 69,0% exerciam a função há mais de 20 anos. Observou-se, ainda, que a maioria atuava em equipes completas da ESF (81,3%) e não trabalhava em áreas de difícil acesso (85,8%).

Em relação ao processo de trabalho, o número de famílias acompanhadas apresentou mediana de 164 famílias (P25–P75: 147–205), com predomínio de participantes que acompanhavam até 200 famílias (74,8%). Identificou-se também que apenas 15,1% dos agentes relataram possuir outra fonte de renda além da atividade exercida como ACS.

Tabela 4 - Características laborais dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025

Variáveis	n	%	Mediana (P25-P75)
Tempo de atuação na APS (anos)	-	-	25,0 (11,0-27,0)
Faixa de tempo de atuação			
Até 10 anos	37	23,9	-
11-20 anos	11	7,1	-
>20 anos	107	69,0	-
Equipe ESF completa			
Sim	126	81,3	-
Não	29	18,7	-
Área de difícil acesso			
Sim	22	14,2	-
Não	133	85,8	-
Número de famílias acompanhadas	-	-	164 (147-205)
Faixa de famílias acompanhadas			
≤200 famílias	116	74,8	-
>200 famílias	39	25,2	-
Outra fonte de renda			
Sim	23	15,1	-
Não	129	84,9	-

Legenda: Variáveis categóricas expressas em frequência absoluta (n) e relativa (%). Variáveis contínuas expressas em mediana e intervalo interquartil (P25-P75).

A Tabela 5 evidencia uma percepção amplamente positiva da qualidade de vida no trabalho entre os ACS de São José de Ribamar - MA. Observou-se que 92 participantes (59,4%) classificaram sua QVT como satisfatória e 60 (38,7%) como muito satisfatória, totalizando 98,1% das respostas em categorias positivas. Em contrapartida, apenas 3 participantes (1,9%) apresentaram avaliação neutra, sem registros de percepção insatisfatória ou muito insatisfatória.

Em análise complementar, o escore global de qualidade de vida no trabalho apresentou mediana de 76,0 pontos (P25–P75: 72,0–82,0), o que reforça a percepção satisfatória das condições laborais entre os profissionais investigados.

Tabela 5 - Autoavaliação da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), de acordo com Quality of Working Life Questionnaire – QWLQ-Bref, dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025

Nível de satisfação	n	%
Muito insatisfatória	0	0,0
Insatisfatória	0	0,0
Neutra	3	1,9
Satisfatória	92	59,4
Muito satisfatória	60	38,7

Conforme apresentado na Tabela 6, a qualidade de vida no trabalho não apresentou correlação estatisticamente significativa com idade, número de filhos, número de pessoas no domicílio, tempo de atuação, número de famílias acompanhadas ou peso corporal ($p > 0,05$ para todas).

Tabela 6 - Correlação de Spearman entre variáveis sociodemográficas e laborais com a qualidade de vida no trabalho. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025

Variável	Qualidade de Vida no Trabalho (ρ)	p-valor
Idade	-0,044	0,583
Número de filhos	-0,071	0,386
Pessoas na casa	0,122	0,131
Tempo de atuação (anos)	-0,010	0,905
Número de famílias acompanhadas	-0,037	0,647

Legenda: Coeficiente de correlação de Spearman (ρ). Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

Na Tabela 7 estão apresentados os escores de qualidade de vida que indicaram melhor percepção nos domínios psicológico e relações sociais, ambos com mediana de 75,0 pontos (P25–P75: 66,7–83,3). O domínio físico apresentou mediana de 67,9 pontos (P25–P75: 57,1–75,0), enquanto o domínio meio ambiente apresentou o menor escore, com mediana de 60,7 pontos (P25–P75: 53,1–68,8). A qualidade de vida geral, por sua vez, apresentou mediana de 60,1 pontos (P25–P75: 55,8–64,4).

Tabela 7 - Escores de qualidade de vida, segundo WHOQOL-Bref, dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025

Domínio	Mediana (P25–P75)
Domínio Físico	67,9 (57,14–75,00)
Domínio Psicológico	75,0 (66,67–83,33)
Relações Sociais	75,0 (66,67–83,33)
Meio Ambiente	60,7 (53,13–68,75)
Qualidade de Vida Geral	60,1 (55,79–64,43)

Legenda: Escores transformados para escala de 0 a 100, conforme recomendações do WHOQOL-Bref.

Os dados da qualidade de vida foram testados através do teste de correlação (Tabela 8). Observou-se correlação negativa entre o domínio físico e a idade ($\rho = -0,188$; $p = 0,019$), o número de filhos ($\rho = -0,216$; $p = 0,008$) e o número de famílias acompanhadas ($\rho = -0,187$; $p = 0,020$). Diante disso, quanto maior a idade, maior o número de filhos e maior o número de famílias acompanhadas, menor os escores do domínio físico do questionário de qualidade de vida.

O domínio psicológico apresentou correlação positiva com o tempo de atuação ($\rho = 0,194$; $p = 0,016$), indicando que a maior experiência profissional pode favorecer escores maiores de domínio psicológico no que diz respeito ao questionário de qualidade de vida. Para o domínio meio ambiente, observou-se correlação negativa com o número de filhos ($\rho = -0,204$; $p = 0,012$), ou seja, o maior número de filhos relacionou-se a piores escores. Não foram observadas correlações estatisticamente significativas para o domínio relações sociais (Tabela 8).

Tabela 8 - Correlação de Spearman entre variáveis sociodemográficas e laborais com os domínios da qualidade de vida, de acordo com o WHOQOL-bref, dos Agentes Comunitários de Saúde. São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025

Variável	Físico (ρ)	Psicológico (ρ)	Relações Sociais (ρ)	Meio Ambiente (ρ)
Idade	-0,188*	0,029	-0,039	-0,069
Número de filhos	-0,216**	-0,029	-0,057	-0,204*
Pessoas na casa	0,050	-0,091	-0,050	-0,079
Tempo de atuação (anos)	-0,046	0,194*	0,016	0,025
Número de famílias acompanhadas	-0,187*	0,109	0,134	0,017

Legenda: Coeficiente de correlação de Spearman (ρ). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

A análise de regressão linear múltipla foi realizada com o objetivo de identificar fatores associados de forma independente aos domínios físico, psicológico e meio ambiente da qualidade de vida, considerando apenas as variáveis que apresentaram associação prévia na análise de correlação ($p \leq 0,20$), conforme apresentado na Tabela 9.

No modelo referente ao domínio físico, foram incluídas as variáveis idade, número de filhos e número de famílias acompanhadas. O modelo apresentou significância estatística global ($p = 0,022$), com R^2 ajustado de 0,044, indicando que essas variáveis explicam uma parcela modesta da variabilidade do domínio físico da qualidade de vida. Entretanto, nenhuma das variáveis manteve associação estatisticamente significativa após o ajuste, observando-se apenas tendência de associação negativa para o número de famílias acompanhadas, sugerindo que maior carga de trabalho pode impactar negativamente a percepção do bem-estar físico, ainda que de forma limitada.

Para os domínios psicológico e meio ambiente, os modelos foram construídos com base nas associações identificadas na análise bivariada. O modelo do domínio psicológico, incluindo tempo de atuação e idade, não apresentou significância global, indicando ausência de associação independente dessas variáveis com esse domínio.

Em contrapartida, no domínio meio ambiente, o número de filhos manteve associação negativa e estatisticamente significativa após o ajuste, evidenciando que maior carga familiar está relacionada a pior percepção das condições ambientais.

Tabela 9 - Regressão linear múltipla dos domínios da qualidade de vida dos Agentes Comunitários de saúde São José de Ribamar, Maranhão, Brasil, 2025

Variável	Físico β (p)	Psicológico β (p)	Meio Ambiente β (p)
Idade (anos)	-0,122 (0,189)	0,026 (0,782)	-0,013 (0,887)
Número de filhos	-0,122 (0,192)	-0,028 (0,769)	-0,207 (0,029)
Nº de famílias acompanhadas	-0,153 (0,059)	0,048 (0,567)	-0,011 (0,892)
R^2 ajustado	0,044	-0,017	0,026

Legenda: β : coeficiente padronizado; R^2 : coeficiente de determinação ajustado. Modelos estimados por regressão linear múltipla, método *Enter*. Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

6 DISCUSSÃO

O estudo compreendeu a participação de 155 ACS e revelou um perfil sociodemográfico amplamente compatível com aquele descrito na literatura nacional, especialmente quanto ao predomínio do sexo feminino, à raça/cor parda e da escolaridade em nível médio. A expressiva participação de mulheres (87,1%) reafirma uma característica histórica da categoria profissional, observada também em diferentes contextos brasileiros, com frequências semelhantes em Maceió (86,8%), Porto Alegre (93,5%) e Recife (91,5%) (Souza; Carvalho; Souza, 2023; Souza; Oliveira, 2019; Pereira *et al.*, 2018).

Esse predomínio feminino pode ser explicado pela feminização do trabalho em saúde, especialmente em funções relacionadas ao cuidado, à escuta e ao acompanhamento das famílias. No caso dos ACS, essa característica associa-se à construção social da mulher como cuidadora, favorecendo sua atuação em atividades de acolhimento e mediação com a comunidade (Pereira *et al.*, 2018). Contudo, essa feminização também pode refletir desigualdades de gênero que repercutem na valorização social da profissão (Souza; Carvalho; Souza, 2023).

No que se refere à idade, a mediana de 51,0 anos, com predomínio de profissionais entre 50 e 59 anos (38,1%) e presença expressiva de ACS com 60 anos ou mais (18,1%), indica um contingente mais envelhecido em comparação ao observado em parte dos estudos brasileiros. Em Uberaba/MG, a média de idade foi de 36,08 anos (Jorge *et al.*, 2015); em Juiz de Fora/MG, de 46 anos (Moura; Leite; Greco, 2020); e em Vitória/ES, de 46,1 anos (Martins *et al.*, 2022). Esse resultado demonstra que a população estudada apresenta maior concentração de trabalhadores em faixas etárias mais avançadas, o que pode refletir tanto permanência prolongada na função quanto menor renovação da força de trabalho no contexto local.

A maior idade dos ACS pode trazer implicações relevantes para o processo de trabalho. Por um lado, profissionais mais velhos e com trajetória consolidada tendem a acumular maior conhecimento sobre o território, as famílias e as dinâmicas sociais da comunidade, o que favorece o vínculo, a confiança e a efetividade das ações desenvolvidas na APS. Por outro, o envelhecimento da categoria pode também demandar atenção da gestão quanto às condições de trabalho, à sobrecarga física e emocional e às estratégias de educação permanente, sobretudo em um contexto em que as atribuições do ACS se tornaram mais complexas ao longo do tempo (Jorge *et*

al., 2015). Assim, o achado etário deste estudo não apenas descreve um perfil populacional, mas aponta para a necessidade de reflexão sobre sustentabilidade da força de trabalho e planejamento de recursos humanos.

Em relação à raça/cor, observou-se predomínio de participantes pardos (78,7%), dado que se aproxima do encontrado em Vitória/ES, onde metade da amostra se autodeclarou parda (Martins *et al.*, 2022). Embora os estudos comparativos nem sempre enfatizem esse marcador de forma detalhada, sua inclusão é relevante, pois a composição racial da categoria pode refletir tanto a estrutura de formação da população loco-regional quanto desigualdades históricas de acesso a oportunidades ocupacionais.

Quanto à escolaridade, a predominância do ensino médio (64,3%) foi semelhante à observada em outras pesquisas (Souza; Oliveira, 2019; Pereira *et al.*, 2018; Jorge *et al.*, 2015; Martins *et al.*, 2022). Destaca-se, ainda, no presente estudo, a expressiva proporção de profissionais com ensino superior (34,4%), o que sugere um perfil educacional superior ao requisito mínimo formalmente estabelecido para o exercício da profissão e reforça que muitos ACS têm buscado qualificação para além do mínimo exigido legalmente.

Esse achado pode indicar um movimento de qualificação progressiva da categoria, possivelmente relacionado à ampliação das exigências do trabalho na ESF e de atividades desempenhadas pelos ACS. Embora a escolaridade, isoladamente, não determine a qualidade do cuidado, níveis mais elevados de formação podem favorecer a incorporação de conhecimentos técnicos e habilidades, fortalecer a comunicação em saúde e contribuir para o aprimoramento das práticas desenvolvidas no território (Pereira *et al.*, 2018; Jorge *et al.*, 2015).

No tocante à situação conjugal, os resultados mostraram predominância de participantes que não viviam com companheiro (64,5%), divergindo do padrão relatado em outros estudos. Em Porto Alegre/RS, 80,6% dos ACS eram casados ou viviam com parceiro (Souza; Oliveira, 2019); em Recife/PE, a condição mais frequente foi de casados ou em união consensual (52,12%) (Pereira *et al.*, 2018); e em Vitória/ES, 66,4% eram casados (Martins *et al.*, 2022). Essa diferença sugere particularidades do grupo investigado, possivelmente relacionadas a transformações nas configurações familiares, e pode repercutir na organização da vida cotidiana e na sobrecarga extralaboral, especialmente em uma categoria majoritariamente feminina.

No presente estudo, a elevada proporção de ACS com filhos (91,0%), com mediana de dois filhos, corrobora a literatura e ressalta a importância de considerar responsabilidades familiares na vida desses trabalhadores. Moura, Leite e Greco (2020) observaram que 64,5% dos agentes possuíam dois filhos ou mais, reforçando que a presença de filhos constitui característica importante no perfil da categoria. Esse achado, associado ao predomínio feminino, indica que as condições de vida e trabalho dos ACS devem ser analisadas também à luz das demandas familiares e das múltiplas responsabilidades assumidas, que podem repercutir no cotidiano e na experiência laboral desses profissionais.

Além disso, a maioria dos participantes residia em domicílios com até cinco pessoas (92,9%) e apresentava renda familiar superior a dois salários-mínimos. Embora a literatura explore de forma limitada a composição domiciliar dos ACS, esse achado é relevante por se relacionar a aspectos como suporte familiar, divisão de tarefas e sobrecarga doméstica.

Em estudo realizado com essa categoria profissional, Souza e Oliveira (2019) identificaram renda familiar média de R\$ 2.949,34. Ainda que a interpretação desse indicador deva considerar o contexto econômico do período e a composição do domicílio, os resultados sugerem que os participantes do presente estudo estão inseridos em famílias com relativa capacidade de sustentação econômica, condição que pode repercutir positivamente na qualidade de vida e no bem-estar.

No que se refere aos hábitos de vida, os resultados deste estudo evidenciaram predominância de ACS não tabagistas (95,5%) e que não consumiam bebida alcoólica (78,6%), achados que se mostraram mais favoráveis do que os observados por Pereira *et al.* (2018), que identificaram 88,73% de não fumantes e 63,38% de não consumidores de álcool. Esses dados sugerem, no grupo investigado, menor exposição a comportamentos reconhecidamente associados ao agravamento das condições crônicas de saúde.

Entretanto, a prática de atividade física foi referida por apenas 45,2% dos participantes, indicando que mais da metade dos ACS não realizava atividade física regular. Resultado semelhante foi descrito por Martins *et al.* (2022), que identificaram 60,9% de sedentarismo entre ACS de Vitória/ES, evidenciando baixa adesão a esse hábito saudável na categoria.

Considerando que a atividade física constitui importante fator de proteção contra doenças crônicas e contribui para a melhora da capacidade física, esse achado

merece atenção, sobretudo porque o trabalho do ACS frequentemente envolve deslocamentos, caminhadas e esforço físico no território (Pereira *et al.*, 2018). Assim, a baixa prática de atividade física pode repercutir negativamente sobre a saúde desses trabalhadores, especialmente quando associada a outros fatores de risco, evidenciando a necessidade de ações institucionais de promoção da saúde e autocuidado.

Quanto às condições de saúde, verificaram-se prevalências de 32,9% para hipertensão arterial, 17,4% para diabetes mellitus e 24,0% para dislipidemia. Esses resultados são semelhantes aos descritos por Martins *et al.* (2022), que encontraram prevalências de 37,0% para hipertensão arterial, 17,2% para diabetes mellitus e percentuais ainda mais elevados para alterações lipídicas, como 57,3% para hipercolesterolemia e 27,1% para hipertrigliceridemia. Tais achados evidenciam uma importante carga de doenças crônicas não transmissíveis, o que pode repercutir negativamente na qualidade de vida, na capacidade laboral e no desempenho profissional, reforçando a importância de conhecer o perfil de saúde dessa categoria e de implementar ações de cuidado direcionadas a esses trabalhadores.

Em relação ao estado nutricional, observou-se elevada frequência de excesso de peso, com 43,9% dos participantes classificados com sobrepeso e 39,4% com obesidade. Resultado semelhante foi descrito por Martins *et al.* (2022), que identificaram prevalência de obesidade de 39,8% entre ACS. A associação entre excesso de peso e doenças crônicas indica um perfil de risco cardiometabólico importante, possivelmente relacionado ao sedentarismo, ao envelhecimento e às condições de vida e de trabalho.

Desse modo, embora os ACS, no estudo, apresentem baixa frequência de tabagismo e consumo de álcool, persistem desafios importantes relacionados à inatividade física, ao excesso de peso e à presença de doenças crônicas não transmissíveis. Sugere-se a implementação de ações de promoção da saúde voltadas aos ACS, com incentivo à prática de atividade física e à alimentação saudável. Também é importante desenvolver estratégias educativas para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, a gestão pode promover programas de cuidado ao trabalhador e estimular práticas de autocuidado, contribuindo para a melhoria da saúde e da qualidade de vida desses profissionais.

Os resultados deste estudo evidenciaram que os ACS investigados apresentam longa trajetória profissional na APS, com mediana de 25 anos de atuação e

predomínio de trabalhadores com mais de 20 anos de serviço (69,0%). Esse achado revela maior tempo de permanência na função quando comparado ao observado em outros estudos, nos quais a média de atuação como ACS foi de 17,27 anos em Maceió/AL (Souza; Carvalho; Souza, 2023), 5 anos na região metropolitana de Porto Alegre/RS (Souza; Oliveira, 2019) e 3,18 anos em Uberaba/MG (Jorge *et al.*, 2015). Esse resultado sugere estabilidade no trabalho, uma vez que os ACS são efetivos no município investigado, o que pode favorecer o conhecimento da comunidade e a continuidade do cuidado, embora também implique maior exposição às cargas físicas e emocionais da função.

No que se refere à organização do trabalho, a maioria dos participantes atuava em equipes de ESF completas (81,3%) e em áreas sem difícil acesso (85,8%), configurando um cenário mais favorável que o descrito por Souza e Oliveira (2019), que identificaram 77,4% de equipes completas, e por Pereira *et al.* (2018), em que apenas 47,89% relataram atuar em equipes completas e 26,76% em áreas de difícil acesso.

Esse achado é relevante, pois equipes completas tendem a favorecer a integralidade da assistência, o compartilhamento das responsabilidades e a maior resolutividade das ações no território. Em contrapartida, equipes incompletas podem comprometer a oferta de serviços, fragilizar o vínculo com os usuários e aumentar a sobrecarga dos profissionais (Pereira *et al.*, 2018).

Embora a atuação em áreas de difícil acesso tenha sido menos frequente no presente estudo, esse aspecto permanece importante, uma vez que barreiras geográficas, ambientais e sociais podem dificultar o deslocamento, intensificar o desgaste físico e impor limitações ao exercício profissional, como escadarias, encostas, violência e circulação restrita em determinados territórios (Nascimento *et al.*, 2017).

Em relação ao número de famílias acompanhadas, observou-se mediana de 164 famílias, sendo que 74,8% dos ACS acompanhavam até 200 famílias. Esse resultado sugere um quantitativo assistencial potencialmente mais administrável, sobretudo quando comparado aos achados de Pereira *et al.* (2018), nos quais 46,48% dos profissionais acompanhavam de 751 a 1000 pessoas. Embora a comparação entre número de famílias e número de pessoas deva ser interpretada com cautela, a literatura indica que cargas assistenciais elevadas podem aumentar as demandas de

trabalho, comprometer a resolutividade das ações e favorecer sobrecarga e adoecimento dos ACS e da equipe (Pereira *et al.*, 2018).

No tocante à renda complementar, apenas 15,1% dos participantes relataram possuir outra fonte de renda, resultado semelhante ao de outros estudos que mostraram predomínio de vínculo exclusivo como ACS (Souza; Carvalho; Souza, 2023). Esse achado pode estar relacionado à carga horária de 40 horas semanais, embora a literatura aponte que a busca por renda adicional também possa decorrer da insuficiência salarial, com potencial repercussão em sobrecarga, estresse e qualidade de vida (Jorge *et al.*, 2015).

De modo geral, os achados indicam um grupo de ACS com longa trajetória profissional e condições de trabalho relativamente favoráveis, especialmente quanto à composição das equipes, ao acesso ao território e à dedicação exclusiva à função. Ainda assim, a permanência prolongada na função e as exigências da atuação territorializada exijam atenção contínua às condições laborais e ao suporte institucional.

No que diz respeito à qualidade de vida no trabalho, os resultados deste estudo evidenciaram uma percepção amplamente positiva entre os Agentes Comunitários de Saúde, uma vez que a quase totalidade dos participantes classificou sua QVT como satisfatória ou muito satisfatória, apresentando uma mediana global de 76,0 pontos. Esse achado é compatível com a literatura, que também descreve níveis satisfatórios de QVT entre ACS de outros estados do país. Souza, Carvalho e Souza (2023), por exemplo, identificaram escore médio global de 59,84, igualmente classificado como satisfatório, indicando que, mesmo em contextos distintos, os ACS tendem a avaliar de forma favorável sua qualidade de vida no trabalho.

Essa percepção positiva pode estar relacionada a experiências de bem-estar no trabalho, reconhecimento institucional e coletivo e respeito às características individuais (Souza; Carvalho; Souza, 2023). Além disso, a própria natureza relacional do trabalho do ACS, marcada pelo vínculo com a comunidade e pela interação constante com usuários e equipe, pode contribuir para uma avaliação mais positiva da QVT. Estudos prévios também apontam melhores escores em dimensões pessoais, psicológicas e relacionais, reforçando que fatores subjetivos e interpessoais exercem influência importante sobre essa percepção (Lima *et al.*, 2023).

Por outro lado, a literatura destaca que a QVT não depende apenas de aspectos individuais, mas também das condições concretas de trabalho, como carga

horária, autonomia, equidade, participação nas decisões e suporte organizacional (Souza; Carvalho; Souza, 2023; Lima *et al.*, 2023). Nesse sentido, a percepção satisfatória observada é um achado relevante, pois níveis mais elevados de QVT podem repercutir positivamente no desempenho profissional e na qualidade da assistência, enquanto sua baixa expressão pode favorecer absenteísmo, insatisfação e prejuízos ao cuidado em saúde (Camargo *et al.*, 2021).

No presente estudo, não foram identificadas correlações estatisticamente significativas entre a qualidade de vida no trabalho e as variáveis idade, número de filhos, número de pessoas no domicílio, tempo de atuação, número de famílias acompanhadas e peso corporal. Esse achado indica que, na população investigada, tais características não apresentaram associação direta com a percepção da qualidade de vida laboral.

Destaca-se que não foram encontrados, na literatura consultada, estudos com Agentes Comunitários de Saúde que investigassem especificamente associações entre variáveis sociodemográficas, características laborais e qualidade de vida no trabalho, o que limita comparações diretas com os achados deste estudo. Entretanto, em Palmas, Tocantins, um estudo realizado com trabalhadores pertencentes à Estratégia Saúde da Família identificou associações entre a QVT e algumas variáveis do perfil dos profissionais, especialmente a percepção de estresse no trabalho, além de sexo, renda e escolaridade (Lima *et al.*, 2023).

Em relação a autoavaliação da qualidade de vida, os achados deste estudo demonstram um padrão semelhante ao descrito na literatura, com melhor percepção nos domínios psicológico e relações sociais e pior avaliação no domínio meio ambiente (Souza; Oliveira, 2019). Esse resultado sugere que, embora os ACS apresentem percepção mais favorável nas dimensões subjetivas e interpessoais, persistem fragilidades importantes relacionadas às condições materiais e contextuais relacionados a vida.

O estudo de Souza e Oliveira (2019) também identificou o domínio relações sociais entre os mais bem avaliados, sugerindo que o vínculo próximo com a comunidade, o compartilhamento do mesmo contexto sociocultural e a natureza relacional das atribuições favorecem uma percepção mais positiva nesse aspecto da qualidade de vida. Assim, as interações interpessoais e o suporte social parecem constituir elementos importantes de proteção no cotidiano desses trabalhadores.

O domínio psicológico, que também apresentou um dos maiores escores neste estudo, pode refletir aspectos subjetivos relacionados à autoestima, à percepção de sentido no trabalho e à capacidade de enfrentamento das demandas cotidianas. Entretanto, a literatura mostra que essa dimensão também pode ser influenciada por exigências emocionais, sentimentos negativos e estressores organizacionais, que repercutem sobre a saúde mental e o bem-estar dos ACS (Jorge *et al.*, 2015). Desse modo, mesmo diante de escore favorável, é importante considerar que a dimensão psicológica permanece sensível às condições concretas de trabalho.

Em relação ao domínio físico, Pereira *et al.* (2018) apontam que essa dimensão merece atenção, especialmente em razão de queixas relacionadas à dor, desconforto, dependência de medicação ou tratamento e desgaste corporal decorrente da rotina ocupacional. Considerando que a rotina do ACS envolve deslocamentos frequentes, visitas domiciliares e esforço físico no território, é plausível que essa dimensão seja influenciada pelas exigências concretas do processo de trabalho e pelas condições de saúde desses profissionais.

Quanto ao domínio meio ambiente, a literatura enfatiza que o componente abrange aspectos como recursos financeiros, transporte, segurança, condições do ambiente físico e infraestrutura, elementos que extrapolam a esfera individual e se relacionam diretamente às condições de vida e trabalho (Pereira *et al.*, 2018). Trata-se, portanto, de uma dimensão fortemente influenciada por determinantes sociais e organizacionais, o que reforça a necessidade de intervenções que ultrapassem a esfera individual e contemplem melhorias nas condições institucionais de trabalho.

No estudo, a mediana da qualidade de vida geral (60,1 pontos) indicou uma percepção global intermediária, resultado compatível com a literatura, que aponta escores nessa faixa como indicativos de avaliação não negativa, porém ainda distante de um nível ideal de satisfação (Pereira *et al.*, 2018). Esse achado sugere que, embora os ACS apresentem melhor percepção em dimensões relacionais e psicológicas, persistem limitações importantes, sobretudo nos aspectos ambientais e físicos, que influenciam a avaliação global da qualidade de vida.

No que se refere a fatores associados, os resultados deste estudo demonstraram que variáveis sociodemográficas e laborais exerceram influência sobre diferentes domínios da qualidade de vida dos ACS, indicando que a percepção de bem-estar não é homogênea, mas condicionada por características individuais e pelo contexto de trabalho. Observou-se associação negativa entre o domínio físico e a

idade, o número de filhos e o número de famílias acompanhadas, indicando que o avanço etário, o acúmulo de responsabilidades familiares e a maior carga assistencial repercutem desfavoravelmente sobre a dimensão física da qualidade de vida. Esse achado é compatível com a literatura, que aponta associação entre maior número de famílias cadastradas e pior qualidade de vida, além de destacar que o aumento da idade pode estar relacionado à maior probabilidade de morbidades, limitações funcionais e desgaste corporal, com repercussões sobre a percepção de saúde física (Souza; Oliveira, 2019).

Da mesma forma, a associação negativa entre o domínio físico e o número de famílias acompanhadas reforça a influência da carga de trabalho sobre a qualidade de vida. Resultado semelhante foi observado por Souza e Oliveira (2019), que identificaram associação negativa entre o escore geral de qualidade de vida e o número de famílias cadastradas na microárea, indicando que, quanto maior a demanda assistencial, pior a percepção de qualidade de vida. Esse cenário pode ser explicado pelo fato de que um grande número de famílias sob responsabilidade do ACS amplia as exigências do trabalho, dificulta a realização adequada das visitas e pode gerar sobrecarga física e emocional.

Da mesma forma, o maior número de filhos associou-se à piores escores nos domínios físico e meio ambiente, sugerindo que responsabilidades familiares também podem interferir nas condições de vida e bem-estar desses trabalhadores, especialmente em uma categoria majoritariamente feminina. Esse achado pode estar relacionado ao acúmulo de demandas domésticas, à sobrecarga cotidiana e à necessidade de conciliar trabalho e vida familiar, especialmente em uma categoria predominantemente feminina. Ainda que a literatura apresentada não explore diretamente essa variável, o resultado dialoga com a compreensão de que fatores extra laborais também interferem na qualidade de vida dos trabalhadores.

Por outro lado, observou-se correlação positiva entre o domínio psicológico e o tempo de atuação, indicando que maior experiência profissional pode favorecer melhor percepção nessa dimensão. Esse resultado sugere que a trajetória mais longa no trabalho pode contribuir para maior segurança, adaptação às atribuições da função e fortalecimento de estratégias subjetivas de enfrentamento das demandas cotidianas. De forma semelhante, Jorge *et al.* (2015) identificaram associação entre variáveis profissionais e domínios da qualidade de vida, destacando correlação significativa entre domínio ambiental e tempo de serviço. Tal achado reforça que a experiência

acumulada no trabalho pode influenciar positivamente determinadas dimensões da qualidade de vida, embora seus efeitos não sejam uniformes em todos os domínios.

No presente estudo, não foram observadas correlações estatisticamente significativas para o domínio relações sociais, sugerindo que, nesta amostra, essa dimensão não sofreu influência das variáveis analisadas. Contudo, esse resultado difere do encontrado por Jorge *et al.* (2015), que identificaram associação entre o domínio social e a idade, o que indica que a influência desses fatores pode variar conforme o contexto investigado e as características da população estudada.

Os achados reforçam que a qualidade de vida dos ACS é influenciada por múltiplos fatores, envolvendo tanto aspectos do processo de trabalho quanto condições individuais e familiares.

A análise de regressão linear múltipla, realizada para identificar fatores associados de forma independente aos domínios físico, psicológico e meio ambiente da qualidade de vida, evidenciou influência limitada das variáveis sociodemográficas e laborais incluídas no modelo. No domínio físico, embora o modelo tenha apresentado significância global, nenhuma variável manteve associação estatisticamente significativa após o ajuste, observando-se apenas tendência de associação negativa para o número de famílias acompanhadas. Esse achado sugere que maior carga de trabalho pode impactar negativamente a percepção do bem-estar físico, ainda que de forma limitada, o que é coerente com a literatura que aponta a sobrecarga assistencial como fator de desgaste e pior percepção da qualidade de vida entre ACS (Souza; Oliveira, 2019).

No domínio psicológico, não foram observadas associações independentes após o ajuste, sugerindo que essa dimensão pode ser menos influenciada por variáveis objetivas, como idade e tempo de atuação, e mais sensível a aspectos subjetivos e organizacionais do trabalho. Nesse sentido, Jorge *et al.* (2015) destacam que o estresse ocupacional apresenta associação negativa com todos os domínios da qualidade de vida, indicando que a forma como o trabalho é vivenciado no cotidiano pode exercer maior influência sobre a dimensão psicológica do que características demográficas ou laborais isoladas.

Em contrapartida, no domínio meio ambiente, o número de filhos manteve associação negativa e estatisticamente significativa após o ajuste, evidenciando que maior carga familiar está relacionada a pior percepção das condições ambientais, reforçando a influência das responsabilidades extralaborais sobre a qualidade de vida

dos ACS. De maneira semelhante, Jorge *et al.* (2015) observaram influência de variáveis sociais e familiares sobre alguns domínios da qualidade de vida, ao identificarem melhores escores nos domínios psicológico, social e ambiental entre ACS que possuíam companheiro.

Dessa forma, embora os ACS investigados apresentem percepção satisfatória de sua qualidade de vida, os achados sugerem que maior carga familiar e maior demanda de trabalho podem impactar negativamente, ainda que de forma limitada, os domínios físico e ambiental.

7 CONCLUSÃO

O estudo permitiu analisar a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho dos ACS de São José de Ribamar - MA, bem como seus fatores associados. Em relação ao perfil sociodemográfico, de saúde e laboral, observou-se predominância do sexo feminino, idade mais elevada, forte inserção familiar e longa trajetória de atuação na Atenção Primária à Saúde, além de desafios importantes relacionados à baixa prática de atividade física, ao excesso de peso e à presença de doenças crônicas não transmissíveis.

No que se refere à qualidade de vida, observou-se melhor percepção nos domínios psicológico e de relações sociais, enquanto o domínio meio ambiente apresentou os menores escores, evidenciando fragilidades relacionadas às condições materiais e contextuais de vida e trabalho. A qualidade de vida geral foi classificada como intermediária.

Quanto à qualidade de vida no trabalho, os resultados apontaram avaliação amplamente positiva, com predomínio de avaliações satisfatórias e muito satisfatórias. Esses achados indicam que, apesar das limitações identificadas em alguns aspectos da qualidade de vida, os ACS reconhecem de forma favorável sua experiência laboral.

Em relação aos fatores associados, verificou-se que variáveis como idade, número de filhos e número de famílias acompanhadas estiveram relacionadas a piores escores em domínios específicos da qualidade de vida, especialmente nos domínios físico e meio ambiente. Por outro lado, maior tempo de atuação mostrou associação positiva com o domínio psicológico. Já a qualidade de vida no trabalho não apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis investigadas.

Diante desses achados, ressalta-se a importância do desenvolvimento de estratégias voltadas à valorização profissional, à promoção da saúde do trabalhador, ao incentivo a hábitos de vida saudáveis e ao fortalecimento do suporte institucional, com vistas à melhoria das condições de vida e trabalho dos ACS. Nesse sentido, os resultados deste estudo oferecem subsídios relevantes para o planejamento de intervenções direcionadas ao cuidado desses trabalhadores, além de contribuir para o avanço das discussões e para o desenvolvimento de novas investigações sobre suas condições de vida, trabalho e saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. P. P. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: sobrecarga laboral e a influência sobre a saúde mental de profissionais da saúde. **IOSR Journal of Business and Management**, [S.l.], v. 26, n. 6, série 10, p. 31-35, jun. 2024.

ALVES, P. C. *et al.* Ações de fortalecimento de vínculos interpessoais entre os agentes comunitários de saúde de um Centro de Saúde da Família. **Revista APS (Online)**, Juiz de Fora, v. 25, n. 3, p. 478-493, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/37241>. Acesso em: 3 jul. 2025.

ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ABESO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>. Acesso em: 11 set. 2025.

AWUAH, P. A. Determinants of patients' satisfaction at Sunyani regional hospital, Ghana. **International Journal of Business and Social Research**, [S.l.], v. 4, n. 1, 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Diário Oficial da União, sup. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 1978. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/309173.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 28 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2 jul. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3120_01_07_1998.html. Acesso em: 13 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Aprova a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho – LDRT. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 nov. 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html. Acesso em: 13 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.htm. Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 6 out. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 28 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília,

DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_trabalhador_trabalhadora.pdf. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 jan. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13595.htm. Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 nov. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-53-de-11-de-novembro-de-2020-287967031>. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 nov. 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1999_29_11_2023.html. Acesso em: 13 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 jan. 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm. Acesso em: 14 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024. Altera o Anexo I do Anexo V da Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de

setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 ago. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5201_19_08_2024.html. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde**: diretrizes para formulação de políticas públicas em emergências em saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/saude-do-trabalhador/saude-mental-dos-trabalhadores-dos-servicos-de-saude>. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 1.419, de 27 de agosto de 2024. Altera a Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), que dispõe sobre as disposições gerais e o gerenciamento de riscos ocupacionais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 ago. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.419-de-27-de-agosto-de-2024-530703035>. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Primária à Saúde (e-Gestor APS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

CAMARGO, S. F. *et al.* Qualidade de vida no trabalho em diferentes áreas de atuação profissional em um hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1467-1476, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.02122019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7dYmpff6ZPP9wtxW7gKT8Qc/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2025.

CAMPOS, F. M. *et al.* Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 579-589, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040559>. Acesso em: 13 jul. 2025.

CAVALCANTE, R. M. F. *et al.* Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho: uma revisão bibliográfica. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [S.l.], v. 12, n. 40, p. 21-31, 2018. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/882>. Acesso em: 13 jul. 2025.

CHEREMETA, M. *et al.* Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, [S.l.] v. 3, n. 1, 2011. <http://dx.doi.org/10.3895/S2175-08582011000100001>. Acesso em 18 out. 2024.

DEJOURS, C. Centralidade do trabalho e saúde mental. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 26, e-213340, 2023. DOI: 10.11606/issn.1981-

0490.cpst.2023.213340. Disponível em: https://revistas.usp.br/cpst/pt_BR/article/view/213340. Acesso em: 9 set. 2025.

DIAS, E. G. *et al.* Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Journal of Health & Biological Sciences**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 1-6, jan./dez. 2025. Disponível em: [https:// docs.bvsalud.org/biblioref/2025/03/1590012/5662-art-original-portugues.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/03/1590012/5662-art-original-portugues.pdf). Acesso em: 9 set. 2025.

FABRI, N. V. *et al.* Violência laboral e qualidade de vida profissional entre enfermeiros da atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, eAPE0362345, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO0362345. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307070269064>. Acesso em: 18 out. 2024.

FARIA, F. R. C. *et al.* Estresse ocupacional, *work engagement* e estratégias de enfrentamento em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 22, e70815, 2021. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/70815/197199>. Acesso em: 10 jun. 2025.

FAUST, S. B.; RAMOS, F. R. S.; BREHMER, L. C. F. Construção de uma escala de avaliação do ambiente de trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 28, e20230156, 2024. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2023-0156en. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0156en>. Acesso em: 14 jan. 2025.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999a.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999b.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **São José de Ribamar: panorama**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-jose-de-ribamar/panorama>. Acesso em: 13 jul. 2025.

JORGE, J. C. *et al.* Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista Enfermagem e Atenção à Saúde**, [S.l.], v. 4, p. 28-41, 2015.

- KLEIN, L. L. *et al.* Qualidade de vida no serviço público: uma avaliação em uma instituição de ensino superior. **Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 23, p. 317-344, 2017.
- LEITE, C. N. **Trabalhando no território: violência relacionada ao trabalho da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2018.
- LIMA, B. G. *et al.* Qualidade de vida no trabalho na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. e71389, 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/71389>. Acesso em: 14 jan. 2025.
- MAAS, L. W. D. *et al.* A pobreza no Maranhão: uma análise com base na perspectiva multidimensional. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 561-589, maio/ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202237020002>. Acesso em: 03 mar. 2026.
- MACHADO, V. C. *et al.* Correlação entre Suporte Social Percebido e Conflito Trabalho-Família em Agentes Comunitários de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 42, e241022, 2022. DOI: 10.1590/1982-3703003241022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003241022>. Acesso em: 12 nov.2024.
- MAGALHÃES, N. P. *et al.* Hábitos relacionados à saúde entre agentes comunitários de saúde em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil: estudo transversal, 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, e2020976, 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000300002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300002>. Acesso em: 18 set. 2024.
- MAGANHOTO, A. M. S.; BRANDÃO, T. P.; ARAGÃO, A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais da atenção primária em saúde: um estudo com o TQWL-42 e entrevistas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 16, n. 1, p. 1-19, 2022. DOI: 10.5205/1981-8963.2022.253285. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/253285>. Acesso em: 20 abr. 2025.
- MARTINS, H. X. *et al.* Multimorbidade e cuidado com a saúde de agentes comunitários de saúde em Vitória, Espírito Santo, 2019: um estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n. 1, e2021543, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2022.v31n1/e2021543/>. Acesso em: 15 mar.2025.
- MESQUITA, B. R. A. *et al.* Riscos ocupacionais no processo de trabalho do agente comunitário de saúde: revisão integrativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 18, n. 3, p. 1-9, 2019. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/44343/pdf_1. Acesso em: 14 jan. 2025.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. *In*: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 23-48.

MOURA, D. C. A.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0026395, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00263. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00263>. Acesso em: 13 jul. 2025.

NASCIMENTO, V. F. *et al.* Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 43, n. 1, p. 60-69, 2017.

OLIVEIRA, F. *et al.* Dualidade de vida no trabalho e Burnout em equipes de Estratégia Saúde da Família. **Mundo & Saúde**, São Paulo, v. 44, p. 475–485, 2020. DOI: 10.15343/0104-7809.2020.44.475 485. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202044475485>. Acesso em: 14 jan. 2025.

OLIVEIRA, J. S.; NERY, A. A. Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1503–1512, maio 2019. DOI: 10.5205/1981-8963-v13i5a238995p1503-1512-2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238995/32320>. Acesso em: 28 nov.2024.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação**: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília: SESI/DN, 2010. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44307>. Acesso em: 15 mar. 2025.

PAULA, Í. R. *et al.* Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 152-164, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000100012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100012>. Acesso em: 14 jan. 2025.

PEREIRA, A. M. *et al.* A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 784-796, 2018. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2065>. Acesso em: 11 set. 2025.

PILATTI, L. A.; BEJARANO, V. C. Qualidade de vida no trabalho: leituras e possibilidades no entorno. **Gestão da qualidade de vida na empresa**. Campinas: IPES Editorial, 2005.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção

básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

REIS JÚNIOR, D. R.; PILATTI, L. A.; PEDROSO, B. Qualidade de vida no trabalho: construção e validação do questionário QWLQ-78. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 3, n. 2, p. 1-12, jul./dez. 2011.

REZENDE, F. R. *et al.* A vulnerabilidade de agentes comunitários de saúde frente ao risco biológico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 23, p. 1-8, e62222, 2021. DOI: 10.5216/ree.v23.62222. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/62222>. Acesso em: 12 nov. 2024.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2025.

SANTOS, F. A. A. *et al.* Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 191-197, 2016.

SANTOS, M. S.; SILVA, J. G.; BRANCO, J. G. O. O enfrentamento à violência no âmbito da Estratégia Saúde da Família: desafios para a atenção em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 229-238, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5895/pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SILVA, D. V. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista APS (Online)**, Montes Claros, v. 27, e272443311, 2024. DOI: 10.34019/1809-8363.2024.v27.43311. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2024.v27.43311>. Acesso em: 13 abr. 2025.

SILVA, M. A. *et al.* Saúde emocional de agentes comunitários: burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 20-33, jan./jun. 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702017000100003&script=sci_arttext. Acesso em: 20 abr. 2025.

SILVA, M. H. F. *et al.* Análise do perfil sociodemográfico, laboral e dos riscos ocupacionais de agentes comunitários de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 14, e11144, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11144>. Acesso em: 13 jul. 2025.

SILVEIRA, F. C. *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de saúde na região sul do Rio Grande do Sul, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, e2019447, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000400013. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400013>. Acesso em: 18 out. 2024.

SOUZA, D. R. A.; CARVALHO, V. L.; SOUZA, C. S. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e sintomas osteomusculares em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 13, e5001, 2023.

SOUZA, T. P.; OLIVEIRA, P. A. B. Falem bem ou falem mal, mas falem de mim: relação entre trabalho e qualidade de vida do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. 55-66, dez. 2019. DOI: 10.22421/15177130-2019v20n2p55. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/625/pdf>. Acesso em: 13 jul. 2025.

SUYAMA, E. H. T. *et al.* Estresse ocupacional e sintomas osteomusculares em Agentes Comunitários de Saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 30, e2992, 2022. DOI: 10.1590/2526-8910.ctoAO22692992. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22692992>. Acesso em: 13 jul. 2025.

ULGUIM, F. O. *et al.* Health workers: cardiovascular risk and occupational stress. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-68, jan./mar. 2019.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. The Community Health Agent within the Family Health Strategy – an investigation on work conditions and quality of life. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, jul./dez. 2010.

VASQUEZ-MENEZES, I. *et al.* Saúde mental e trabalho: uma proposta de intervenção em contextos organizacionais. *In*: FERREIRA, M. C.; MENDONÇA, H.; NEIVA, E. R. (org.). **Análise e diagnóstico organizacional: teoria e prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016. p. 251-272.

VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 129-140, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000100010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100010>. Acesso em: 12 nov. 2024.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL: Measuring Quality of Life**. Geneva: WHO, 1997.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO, 2000.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Waist Circumference and Waist-Hip Ratio**: Report of a WHO Expert Consultation. Geneva: WHO, 2008.

ZAREI, E. *et al.* Prevalence of burnout among primary health care staff and its predictors: a study in Iran. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 16, n. 12, p. 2249, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16122249. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16122249>. Acesso em: 12 jul. 2024.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Data:		Número da Ficha:	
Nome Completo:			
Data de Nascimento:		Idade:	Sexo/Gênero:
Endereço/Contato:			
Com quem mora:			
Tempo de serviço como ACS:		Composição da Equipe:	
Local de atuação como ACS:		[] Incompleta [] Completa	
Área de atuação é de difícil acesso: [] Não [] Sim		Possui outra fonte de renda?	
Número de famílias cadastradas/acompanhadas:		Se sim, qual:	
Cor da Pele/Etnia: () Branca () Parda () Preta () Amarela ()			
Estado Civil: [] Solteira [] Casada [] Separada / divorciada / desquitada [] Viúva [] União estável			
Possui Filhos: [] Não [] Sim. Quantos: _____			
Escolaridade:			
[] analfabeta			
[] ensino fundamental I		[] completo	[] incompleto
[] ensino fundamental II		[] completo	[] incompleto
[] ensino médio		[] completo	[] incompleto
[] ensino superior		[] completo	[] incompleto
Renda Familiar:			
[] sem renda			
[] programas sociais = especificar _____			
[] até ½ salário mínimo			
[] entre ½ a 1 salário mínimo			
[] > 1 a 2 salários mínimos			
[] > 2 a 3 salários mínimos			
[] > 3 salários mínimos = especificar _____			

Tabagismo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ex-Fumante	Tipo de Cigarro: Quantos cigarros/dia: Iniciou a Fumar quando: Parou de Fumar quando:
Uso de Bebida Alcoólica <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ex-Etilista	Tipo de Bebida: Frequência da Bebida: Quantidade da Bebida: Iniciou a Bebida:
Atividade Física <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Tipo de Atividade: Frequência (por semana): Duração (minutos):
Dados Clínicos Antecedentes Pessoais Diabetes Mellitus: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Hipertensão Arterial: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Dislipidemia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Cardiopatía: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Câncer: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Local:	Há quanto Tempo: DM: HA: Dislipidemia: Cardiopatía: Câncer:
Outras doenças/Há quanto tempo	
Utiliza Medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is):	
Antecedentes familiares: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HÁ <input type="checkbox"/> cardiopatía <input type="checkbox"/> obesidade <input type="checkbox"/> tireoidopatías <input type="checkbox"/> câncer Local do Câncer: Outros:	
Idade da Menarca: ____ <input type="checkbox"/> Não se aplica	Idade do Primeiro Coito:
Menopausa <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Idade da Menopausa:
Usa ou usou medicação hormonal para a menopausa <input type="checkbox"/> Sim, usa atualmente	Qual Medicamento usa para Menopausa?

<input type="checkbox"/> Sim, já usou		
<input type="checkbox"/> Nunca usou		
Peso:	Altura:	IMC:
Circunferência Abdominal:	Circunferência de Quadril:	Circunferência da Cintura:
Pressão Arterial:	PAS:	PAD:

ANEXO A - WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE INSTRUMENT
(WHOQOL-Bref)

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Na da	Mui to pouco	Méd io	Mui to	Completa mente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita ?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	-	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito Bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua	1	2	3	4	5

	capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos	1	2	3	4	5

	negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
--	--	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

ANEXO B - *QUALITY OF WORKING LIFE QUESTIONNAIRE* (QWLQ-bref)

Este questionário tem como objetivo avaliar a qualidade de vida no trabalho, sob o ponto de vista pessoal, de saúde, psicológico e profissional.

Por favor, responda todas as questões. Caso não tenha certeza sobre qual resposta dar, sugiro escolher entre as alternativas a que lhe parece ser a mais adequada, sendo normalmente está a primeira escolha.

Por favor, tenha em mente as **duas últimas semanas** para responder as questões.

Quanto você se preocupa com dores ou desconforto no trabalho?				
Nada	Muito pouco	Mais ou	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde a sua realidade, lembrando, pensando apenas nas últimas duas semanas.

Por favor, leia com atenção as questões e escolha o número que lhe parecer a melhor resposta.

Como você avalia a sua liberdade para criar coisas novas no trabalho?				
Muito baixa	Baixa	Média	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5
Em que medida você avalia sua motivação para trabalhar?				
Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito Alta
1	2	3	4	5
Como você avalia a igualdade de tratamento entre os funcionários?				
Muito baixa	Baixa	Média	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5
Em que medida você avalia o seu sono?				
Muito ruim	Ruim	Média	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5
Como você avalia sua liberdade de expressão no seu trabalho?				
Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito Alta
1	2	3	4	5

Você se sente realizado com o trabalho que faz?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Em que medida você possui orgulho da organização na qual trabalha?				
Muito	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Em que medida algum problema com o sono prejudica seu trabalho?				
Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Em que medida você avalia o orgulho pela sua profissão?				
Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
1	2	3	4	5
Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados?				
Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
1	2	3	4	5
Em que medida sua família avalia o seu trabalho?				
Muito ruim	Ruim	Médio	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5
Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?				
Muito pouco	Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Você está satisfeito com o seu nível de responsabilidade no trabalho?				
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5
Você se sente satisfeito com os treinamentos dados pela organização?				
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Em que medida você é respeitado pelos seus colegas e superiores?				
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5
Você se sente satisfeito com a variedade das tarefas que realiza?				
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5
Suas necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente?				
Nada	Muito pouco	Mais ou	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho?				
Muito ruim	Ruim	Médio	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5
Em que medida você se sente confortável no ambiente de trabalho?				
Nada	Muito pouco	Mais ou	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você está satisfeito com a sua qualidade de vida no trabalho?				
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

ANEXO C - PARECER DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - HU/UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDANDO DO CUIDADOR: ANÁLISE DO PERFIL LABORAL, DA QUALIDADE DE VIDA E DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Pesquisador: SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82827224.6.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.119.394

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2400476. Datado de 26/08/2024).

Introdução

A Qualidade de Vida (QV) é um conceito complexo, que geralmente é utilizado para definir os aspectos positivos da vida de um indivíduo (Rios, Barbosa, Belasco, 2010). Assim, quanto mais satisfeito o indivíduo estiver com os aspectos da sua vida, melhor será sua percepção de QV, uma vez esta encontra-se intimamente relacionada aos anseios do ser humano (Maciel, 2013). Sendo a QV multidimensional, ela pode ser definida como "a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1994; WHOQOL, 1995). Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu medidas de avaliação da qualidade de vida que pudessem servir de parâmetro para diversas populações (países e culturas). Inicialmente foi elaborado o instrumento WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) e em seguida WHOQOL-Bref, WHOQOL-OLD e WHOQOLHIV/AIDS, WHOQOL-SRPB dos domínios da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, elaborados e validados no Brasil (Fleck, 1999; Fleck, et al, 2000; Bertan, Castro, 2009). Os instrumentos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br

Continuação do Parecer: 7.119.394

WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref valorizam a percepção individual e possuem dimensões da saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual, podendo avaliar a QV em diversos grupos e situações, independentemente do nível de escolaridade (Fleck, 1999; Kluthcovsky, Kluthcovsky, 2009). O trabalho em saúde exige diferentes conhecimentos, habilidades e atitudes para o adequado desenvolvimento de práticas do cuidado da população com qualidade e segurança, o que torna o trabalho complexo e desafiador. Além disso, as necessidades de saúde, agudas ou crônicas, de emergência ou urgência da população, se caracterizam como pontos de pressão para os trabalhadores que atuam na área da saúde, pois exigem acolhimento e respostas rápidas, com o mínimo de comprometimento da segurança dos pacientes e alta resolutividade (Guerrer, Bianchi, 2008; Sadir, Bignotto, Lipp, 2010). Há diversos fatores que podem influenciar na QV, dentre eles destaca-se o estresse que consiste em qualquer estímulo que demande do ambiente externo ou interno, podendo desencadear o desenvolvimento de inúmeras doenças e afetar a produtividade do ser humano. Há uma relação indireta entre hipertensão arterial (HA) e os estresses do ambiente laboral, visto que este é um fator capaz de impulsionar as consequências originárias da pressão alta. Ressalta-se que, o trabalhador que já possui a HA pode ter sua condição agravada diante da intensa jornada de trabalho (Gomes, 2019). A fadiga, insônia, irritabilidade, dificuldades de concentração e esquecimento são alguns sintomas causados pelos estressores ocupacionais que também podem levar a transtornos mentais comuns (Campos et al, 2020). Neste contexto, há trabalhos que afirmam elevada prevalência de estresse nos profissionais que atuam na saúde devido a carga excessiva de trabalho. Zarei et al 2019 afirmam que os profissionais de saúde que atuam na atenção primária apresentam alta prevalência (52,9%) de estresse crônico associado ao trabalho. Em estudos de análise dessa prevalência por categoria profissional verificou-se que 54% dos enfermeiros (Khammar et al 2018) e 67% dos médicos apresentam estresse crônico (Rotenstein et al 2018). Estudos realizados entre equipes de saúde da família têm demonstrado que a presença de síndrome de Burnout (SB) varia conforme a região do Brasil. Em um município da região nordeste, observou-se que a prevalência de profissionais com níveis médio e alto de Burnout foi de 37,9% (Albuquerque, Melo, Araújo, 2012) e em um município do sudeste do Brasil, a prevalência dessa síndrome chegou a 41,6% (Martins, et al, 2014). E mesmo havendo avanço no âmbito da saúde, ainda existe uma grande dificuldade para se lidar com os estressores ocupacionais, acarretando para alguns indivíduos um quadro crônico de estresse, definido como SB, que nada mais é que um esgotamento mental e físico do indivíduo (Munhoz et al, 2021). Sabe-se que o

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br

Continuação do Parecer: 7.119.394

excesso de trabalho pode incidir negativamente na saúde do trabalhador, visto que algumas características do trabalho, como a troca de turno e a jornada extraordinária, estão intrinsecamente relacionados aos fatores de risco de doenças cardiovasculares (DCV), já que tais condições favorecem, por exemplo, a prática da má alimentação e o sedentarismo, bem como o estresse, devido cansaço natural ocasionado pela jornada de trabalho (Gomes, 2019). As DCVs podem aumentar o absenteísmo ou afastar definitivamente o profissional do ambiente de trabalho, gerando elevação dos gastos para a união, devido a custos indiretos relacionados a morbidade e auxílios entregues pela previdência social como auxílio-doença e aposentadoria. Também há custos diretos resultantes das internações hospitalares, por exemplo (Siqueira, et al. 2017). Nesse sentido, a alta prevalência DCV e suas repercussões em trabalhadores da área da saúde constituem e evidenciam uma questão de saúde pública (Ulguim et al, 2019). Balabem et al (2021) fizeram uma revisão sistemática sobre a qualidade de vida, avaliada pelos instrumentos WHOQOL -100 e WHOQOL-bref, em profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesta revisão verificou-se que os domínios de qualidade de vida são afetados de forma diferente entre os profissionais de saúde que atuam em equipes de ESF. Os médicos e os enfermeiros são mais afetados no domínio físico, e os agentes comunitários de saúde são afetados no domínio ambiental. Esses dados reiteram que o planejamento e desenvolvimento de ações em prol da qualidade de vida dos profissionais de saúde não podem ser padronizadas e que há necessidade de se identificar as particularidades de cada categoria profissional para se traçar ações válidas e eficazes. Um estudo realizado com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em Vitória no Espírito Santo, constatou elevada prevalência de doenças crônicas, sedentarismo e uso de ansiolíticos e antidepressivos. Além disso, observou-se que 73% dos participantes estavam com sobrepeso ou obesidade e 60% eram sedentários (Martins, 2022). Já na região do Vale do Rio Pardo (RS) verificou-se que 60% dos ACS se auto referiram como sedentários e 55,5% encontraram-se com sobrepeso ou obesidade (Ulguim et al, 2019). Bernardes et al., (2021) em um estudo realizado com ACS, do município de Poços de Caldas (MG) observou que a obesidade acomete 30,2% dos participantes e 51,8% não praticam atividade física, encontrando assim, resultados semelhantes no que diz respeito às características relacionadas aos fatores de risco cardiovascular do estudo de Martins (2022) e de Ulguim (2019). Desta forma, o estilo de vida e a jornada de trabalho dos ACS pode estar relacionada com os fatores de risco de DCV e necessitam de atenção especial. Na pandemia da COVID-19 os profissionais de saúde passaram a conviver com circunstâncias de grande desgaste físico e psicológico, contribuindo para o desenvolvimento do Burnout, uma síndrome

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br

Continuação do Parecer: 7.119.394

psicológica de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Prado et al, 2020; Soares et al, 2022; Vieira et al, 2022). O comprometimento da qualidade de vida dos trabalhadores que atuam na área da saúde pode influenciar diretamente seu o comprometimento e produtividade, independentemente da profissão, afetando a dinâmica do atendimento e trazendo prejuízos à assistência dos pacientes. Na prestação de cuidados em saúde, o estado de bem-estar pode afetar positivamente direta ou indiretamente sua atitude em relação aos pacientes, a capacidade de interagir e de disseminar informações. Por outro lado, o baixo bem-estar pode resultar em diminuição do desempenho, absenteísmo e cuidados inadequados ao paciente. Deste modo, o comprometimento da qualidade de vida dos profissionais de saúde afeta a qualidade do cuidado (Nadler; Lawler, 1983; Awah, 2014). Assim, considerando que a atuação dos trabalhadores da área da saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, entre outros) para o bem estar da população; considerando que o bem estar dos profissionais é essencial para a qualidade do atendimento da população e enfrentamento dos agravos em saúde; considerando que o tipo de trabalho expõe os profissionais a situações de vulnerabilidade, violências e cobranças exacerbadas da população assistida e dos gestores; o presente trabalho tem como objetivo analisar o perfil laboral, a qualidade de vida e os fatores de risco cardiovascular de trabalhadores do sistema único de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde.

Hipótese:

Os trabalhadores do sistema único de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde, apresentam uma baixa qualidade de vida, estresse no trabalho e fatores de risco cardiovascular.

Metodologia Proposta: Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal prospectiva quantitativa e qualitativa com trabalhadores e trabalhadoras do sistema único de saúde da região metropolitana de São Luís/MA. O presente trabalho será desenvolvido com os profissionais que atuam no Sistema Unico de Saúde (SUS) do município de São José de Ribamar/MA, em especial os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Um questionário semiestruturado será utilizado. Este será composto por questões relacionadas as informações sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, renda familiar, entre outros), hábitos de vida (tabagismo, uso de álcool e prática de atividade física), condições de saúde (doenças previamente diagnosticadas,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br

Continuação do Protocolo: 7.119.294

medicamentos utilizados, histórico de doenças familiares, vacinação, entre outros) e informações sobre o trabalho (tempo de atuação no SUS, local de atuação, número de famílias cadastradas/acompanhadas, entre outros). A qualidade de vida será averiguada usando o World Health Organization Quality of Life Instrument - WHOQOL-Bref. Este é um instrumento, versão abreviada, da Organização Mundial da Saúde (OMS) que possui 26 questões. Foi validado para a população brasileira por Fleck et al. (1999) e considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes. Para verificar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) será aplicado o instrumento Quality of Working Life Questionnaire (QWLQ-bref), uma versão abreviada composta por 20 questões (Cheremeta, et al., 2011), sendo quatro questões do domínio físico/saúde, três do domínio psicológico, quatro do domínio pessoal e nove do domínio profissional. As respostas devem ser baseadas nas últimas duas semanas de trabalho, para garantir que os resultados dos índices de QVT correspondam ao mesmo período de tempo, e para cada questão é dada em uma escala de Likert. Para averiguar os transtornos mentais comuns (TMC) será utilizado o instrumento Self Report Questionnaire - SRQ-20. Este é uma escala de triagem com vinte itens dicotômicos com respostas de *“sim”* ou *“não”* - sendo que cada item soma um ponto no escore final, que já foi validado para língua portuguesa falada no Brasil (Mari; Williams, 1998). O Maslach Burnout Inventory General Surveys (MBI GS) é um instrumento autoaplicável que contém 16 itens para avaliar como o trabalhador vivencia seu trabalho através de três dimensões de esgotamento: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (sintomas da Síndrome de Burnout) em diversos grupos de profissionais. A pressão arterial (PA) será aferida com o auxílio de esfigmomanômetro e estetoscópio duplo (ambos devidamente calibrados). As instruções da Diretriz Brasileira de Hipertensão (2020) serão seguidas para aferição da pressão arterial. O peso será aferido por balança digital Onrom® com um medidor com precisão de 0,1 kg, colocada em superfície plana onde o participante irá se posicionar ereto, descalço, com os dois pés na superfície de metal da balança, e manterá os braços junto ao corpo, no plano de Frankfurt (Brasil, 2013). A medição da circunferência da cintura (CC) será realizada enquanto o participante estiver em posição vertical, no ponto médio entre a extremidade da costela mais inferior e a crista ilíaca. Utilizar-se -á uma fita antropométrica inelástica da marca Sanny (escala em centímetro). A coleta de sangue ocorrerá com material estéril de acordo com as normas de biossegurança em saúde após um jejum de 10 a 12 horas. O participante será acomodado em cadeira de coleta, será explicado o procedimento e a coleta de sangue ocorrerá em dois tubos (com EDTA e com gel separador). A determinação do perfil lipídico e glicídico ocorrerá por métodos colorimétricos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1002

E-mail: cep@huufma.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - HU/UFMA



Continuação do Protocolo: 7.119.204

enzimáticos seguindo as recomendações do fabricante do kit diagnóstico. O LDL colesterol será calculado pela fórmula de Friedewald (1972), descrita a seguir: $[LDL] = (CT - HDL) - (TG/5)$. PARA DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DA METODOLOGIA, POR FAVOR, CONSULTE O PROJETO COMPLETO (o número de caracteres não permite a inserção completa).

Critério de Inclusão:

Profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de São José de Ribamar/MA, em especial os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Critério de Exclusão:

Profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) que se encontrarem de licença (saúde, sem vencimentos, capacitação, entre outros) e de férias. Além daqueles que não participarem de alguma etapa da pesquisa.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão apresentados em forma de média e desvio padrão, utilizando o teste t de student para comparação entre as médias de 2 grupos e ANOVA two-way para comparar as médias e variâncias de grupos, além de um teste post hoc de Bonferroni, se aplicável. Para todas as análises será adotado nível de significância de 5%. Para as variáveis contidas nos instrumentos de qualidade de vida, qualidade de vida no trabalho, transtornos mentais comuns e síndrome de Burnout serão utilizadas as escalas de pontuação de cada instrumento para averiguar o score de cada participante.

Desfecho Primário:

Os trabalhadores e trabalhadoras do SUS enfrentam uma rotina desgastante que impacta na sua qualidade de vida. Desfecho Secundário: Disseminação do conhecimento, buscando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS.

Tamanho da Amostra: 120

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o perfil laboral, a qualidade de vida e os fatores de risco cardiovascular de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br

Continuação do Parecer: 7.119.594

trabalhadores do sistema único de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde.

Objetivo Secundário:

- Descrever os dados sociodemográficos e de saúde;
- Mensurar os níveis pressóricos e dados antropométricos;
- Determinar as concentrações séricas do perfil lipídico e glicídico;
- Identificar a presença de síndrome metabólica e de fatores de risco cardiovascular;
- Analisar a qualidade de vida dos trabalhadores através do instrumento World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-Bref);
- Averiguar a qualidade de vida no trabalho aplicando o instrumento Quality of Working Life Questionnaire (QWLQ-bref);
- Verificar a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns com a aplicação do instrumento Self Report Questionnaire (SRQ-20)
- Identificar pessoas potencialmente com Síndrome de Burnout utilizando o instrumento Maslach Burnout Inventory General Surveys (MBI GS);
- Relacionar os dados clínicos-laboratoriais, de qualidade de vida e laboral com os fatores de risco cardiovascular;
- Contribuir para a melhoria da qualidade das informações de interesse à Saúde do Trabalhador;
- Conhecer, compreender e debater sobre as questões sanitárias e os processos de trabalho no ambiente profissional, buscando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores;
- Conhecer, compreender e divulgar sobre a garantia dos direitos e as condições de trabalho do trabalhador no SUS, bem como sobre os principais indicadores de interesse à análise da situação de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos: O possível risco para o participante está ligado ao constrangimento ao responder os questionamentos, o qual será minimizado, uma vez que, será respeitada a decisão dos mesmos em não querer compartilhar seus dados pessoais e amostras biológicas (sangue). A coleta de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefones: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - HU/UFMA



Continuação do Parecer: 7.119.394

sangue será realizada em local privativo na presença apenas do profissional (médico ou enfermeira), de maneira respeitosa, com sua autorização e atendendo suas necessidades (de saúde). Essa coleta pode causar um leve desconforto e raramente o aparecimento de hematomas que desaparecem em até 48 horas (2 dias). Caso ocorra hematoma solicita-se que o participante coloque compressas de gelo por 15 minutos nas primeiras horas após a coleta. Se achar necessário, pode-se colocar compressa morna para ajudar a eliminar o hematoma (roxo do braço) mais rapidamente. Porém, como este procedimento (será realizado por profissional competente (que sabe o que faz) e experiente (já fez várias vezes a coleta de sangue) a probabilidade (possibilidade) de esse fato ocorrer é mínima (muito pequena). Além disso, será assegurada a confidencialidade, o sigilo e a privacidade dos dados dos participantes, preservando a integridade moral e a privacidade dos indivíduos cujas informações serão acessadas. Para garantir o anonimato trabalharemos com codificação dos dados utilizando códigos alfanuméricos. Não compartilharemos os dados coletados, nem o banco de dados completo ou parte dele, com pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Comprometemo-nos a guardar, cuidar e utilizar as informações exclusivamente para cumprir os objetivos previstos nesta pesquisa em questão. Qualquer outra necessidade de coleta de informações ou realização de procedimentos será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos por meio desta pesquisa documental serão armazenados de forma sigilosa, segura, confidencial e privada, pelo período de cinco anos, após o qual serão devidamente destruídos. Ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados, assim como o anonimato da instituição na qual os dados foram coletados. Benefícios: O desenvolvimento deste estudo permitirá a obtenção de dados importantes sobre qualidade de vida dos (as) trabalhadores (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como do seu ambiente de trabalho e fatores relacionados a saúde do sistema cardiovascular. Além disso, permite aos pesquisadores ampliar o conhecimento sobre questões relacionadas a saúde do (a) trabalhador (a) e estudar possibilidades de melhorar a qualidade de vida e o ambiente de trabalho. Para o participante o benefício direto será fazer exames para verificar suas condições de saúde, estresse no trabalho, além de receber orientações/informações em saúde e resultados dos exames laboratoriais. Ressalta-se que quando for necessário o participante será encaminhado para o serviço de saúde mais próximo da sua residência, para os cuidados necessários com sua saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo do tipo transversal prospectivo com trabalhadores e trabalhadoras do

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br

Continuação do Parecer: 7.119.394

sistema único de saúde da região metropolitana de São Luís/MA. A coleta de dados será por meio de aplicação de questionário semi-estruturado sobre fatores sociodemográficas, hábitos de vida, saúde, doenças prévias e uso de medicamentos. Para avaliar a qualidade de vida, qualidade do trabalho, transtornos mentais mais comuns e síndrome de Burnout, serão aplicados questionários validados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS_DO_P ROJETO 2400476.pdf	26/08/2024 13:01:59		Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - HU/UFMA



Continuação do Parecer: 7.119.294

Folha de Rosto	folhaDeRosto1_assinado_assinado.pdf	26/08/2024 13:01:32	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisadores.pdf	22/08/2024 19:55:18	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocuidar_cep.pdf	22/08/2024 19:52:18	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Intraestrutura	defar_anuencia_assinado.pdf	22/08/2024 18:42:40	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Outros	apendiceseanexos.pdf	14/08/2024 19:30:17	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Outros	autorizacaogestor1.pdf	14/08/2024 19:27:34	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	14/08/2024 19:24:52	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 03 de Outubro de 2024

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br