

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Júlia Maria Vergani Fanan

**ESTILO DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA
ASSOCIAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL**

UBERABA

2019

Júlia Maria Vergani Fanan

**ESTILO DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA
ASSOCIAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Fisioterapia, Área de Concentração “Avaliação e Intervenção em Fisioterapia”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Lislei Jorge
Patrizzi Martins

UBERABA
2019

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

F21e Fanan, Júlia Maria Vergani
Estilo de vida de agentes comunitários de saúde: uma associação com
a qualidade de vida e saúde mental/ Júlia Maria Vergani Fanan. -- 2019.
67 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2019
Orientadora: Profa. Dra. Lislei Jorge Patrizzi Martins

1. Saúde mental. 2. Estilo de vida. 3. Qualidade de vida. 4. Agentes
comunitários de saúde. I. Martins, Lislei Jorge Patrizzi. II. Universida-
de Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.86

“O segredo da saúde mental e corporal está em não lamentar o passado, não se preocupar com o futuro, nem se adiantar aos problemas, mas sim viver sábia e seriamente o presente”

Buda

JÚLIA MARIA VERGANI FANAN

**ESTILO DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA
ASSOCIAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Fisioterapia, Área de Concentração “Avaliação e Intervenção em Fisioterapia”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Aprovação em: 25 de Julho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Lislei Jorge Patrizzi Martins

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Prof^ª Dr^ª Márcia Cristina Teixeira Martins

Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP)

Prof^ª Dr^ª Juliana Martins Pinto

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a associação do estilo de vida baseado em 8 práticas de promoção de saúde com a qualidade de vida e saúde mental de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estudo transversal, realizado com 78 ACS de um distrito sanitário em uma cidade do interior de Minas Gerais por meio de questionários que avaliaram o Estilo de Vida (Questionário 8 Remédios Naturais – Q8RN), a Qualidade de Vida, (WHOQOL-Bref) e Saúde Mental, (Self-Reporting Questionnaire 20 – SRQ-20). Para as associações entre Estilo de Vida e Qualidade de Vida foi realizado regressão linear múltipla e para associação entre Estilo de Vida e Saúde Mental, foi realizada regressão de Poisson, adotando valores de $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%. A maioria dos participantes eram do sexo feminino (97,4%), com idade média de 40,1 anos, vivendo com companheiro (69,2%), com o ensino médio completo (73,1%) e a renda de 1 a 3 salários mínimos (61,5%). Identificou-se média de 3,64 doenças e 1,47 medicamentos por participante. Em relação ao Estilo de Vida, os participantes foram classificados segundo o Q8RN em estilos de vida “Muito bom/Excelente” (9%); “Bom” (46,2%); “Insuficiente/Regular” (44,9%). Observou-se que um estilo de vida “Muito bom/Excelente” foi associado a maiores escores em todos os domínios de qualidade de vida. Na associação do estilo de vida com a saúde mental, os participantes que classificaram seu estilo de vida em “Muito bom/Excelente” apresentaram maior probabilidade de não terem sofrimento mental quando comparado àqueles que apresentaram classificação “Insuficiente/Regular. Destaca-se a associação positiva do estilo de vida baseado em 8 práticas de promoção de saúde (modelo adotado neste estudo), com a qualidade de vida e a saúde mental, ressaltando a importância de tais práticas para a qualidade de vida e saúde mental dos ACS e consequentemente, da assistência prestada por eles à população.

Palavras-chave: Estilo de Vida; Qualidade de Vida; Saúde Mental Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the association of lifestyle based on 8 health promotion practices with quality of life and mental health of Community Health Agents (ACS). Cross-sectional study conducted with 78 CHA from a health district in a city in the interior of Minas Gerais through questionnaires that assessed Lifestyle (Questionnaire 8 Natural Remedies - Q8RN), Quality of Life (WHOQOL-Bref) and Health Self-Reporting Questionnaire 20 - SRQ-20). For associations between lifestyle and quality of life, multiple linear regression was performed and for association between lifestyle and mental health, Poisson regression was performed, adopting p values <0.05 and confidence interval (CI) of 95%. Most participants were female (97.4%), with a mean age of 40.1 years, living with a partner (69.2%), complete high school (73.1%) and income of 1 to 3 minimum wages (61.5%). An average of 3.64 diseases and 1.47 medications per participant were identified. Regarding Lifestyle, participants were classified according to Q8RN into “Very Good / Excellent” lifestyles (9%); “Good” (46.2%); “Insufficient / Regular” (44.9%). It was observed that a “Very Good / Excellent” lifestyle was associated with higher scores in all quality of life domains. In associating lifestyle with mental health, participants who rated their lifestyle as “Very Good / Excellent” were more likely to have no mental distress when compared to those who rated “Insufficient / Regular”. We highlight the positive association of lifestyle based on 8 health promotion practices (model adopted in this study), with quality of life and mental health, highlighting the importance of such practices for the quality of life and mental health of ACS and, consequently, their assistance to the population.

Keywords: Lifestyle; Quality of life; Mental Health Community Health Agents.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário I de uma cidade no interior de Minas Gerais.....	21
Tabela 2 - Coeficientes de regressão linear múltipla para os escores de Qualidade de Vida e Estilo de Vida.....	23
Tabela 3 - Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário I de uma cidade no interior de Minas Gerais.....	37
Tabela 4 - Coeficientes de regressão de Poisson para os escores de Estilo de Vida e Saúde Mental.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
8PPS	8 Práticas de Promoção de Saúde
WHOQOL – Bref	World Health Organization Quality of Life – Bref
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Q8RN	Questionário 8 Remédios Naturais
DP	Desvio Padrão
IC	Intervalo de Confiança
RP	Razão de Prevalência
SRQ-20	Self Reporting Questionnaire - 20

SUMÁRIO

1. REVISÃO DA LITERATURA	11
1.1 LONGEVIDADE E SAÚDE.....	11
1.2 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL.....	11
1.3 ATENÇÃO BÁSICA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	13
1.4 BLUE ZONES E 8 REMÉDIOS NATURAIS / PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	14
2. ARTIGO 1: ASSOCIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: 8 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	17
2.1 INTRODUÇÃO.....	18
2.2 MÉTODOS	21
2.3 RESULTADOS	23
2.4 DISCUSSÃO	25
3. ARTIGO 2: O ESTILO DE VIDA E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: 8 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	33
3.1 INTRODUÇÃO.....	34
3.2 MÉTODOS	37
3.3 RESULTADOS	39
3.4 DISCUSSÃO	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXO - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	51
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA – QUESTIONÁRIO 8 REMÉDIOS NATURAIS	59
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL – Bref.....	63
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL – “SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE – SRQ-20”	68

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 LONGEVIDADE E SAÚDE

O envelhecimento populacional é um fenômeno enfrentado em vários países ao redor do mundo e a longevidade das populações tem representado aos governos um desafio principalmente para as áreas econômicas e de saúde pública (BLOOM, 2011). Estes anos adicionais de vida são indicativos tanto de oportunidade quanto de ameaça à estabilidade das sociedades e isto dependerá das condições de saúde que estas pessoas apresentarão durante seu processo de envelhecer, ou seja, desde o seu nascimento seguindo por toda sua existência (BEARD et al, 2016; KRIEGER, 2001; LÓPEZ-OTÍN, BLASCO, PARTRIDGE, SERRANO, KROEMER, 2013).

Para se discutir a saúde das populações, destaca-se os conceitos de saúde e seus determinantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, apresentou como definição de saúde o completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças. Entende-se que este conceito engloba diversas questões como raciais, políticas, culturais, econômicas e recebe ainda, a influência de determinantes sociais, os quais se definem de forma geral, como condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população, que estão relacionadas com sua situação de saúde. Dessa forma, todo esse contexto interfere no processo saúde-doença e deve ser levado em consideração quando estratégias de saúde pública são adotadas (SILVA, 2006; BUSS, FILHO, 2007; KRIEGER, 2001).

1.2 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL

A Promoção de saúde está diretamente relacionada com a qualidade de vida. A OMS traduz qualidade de vida como a percepção do indivíduo quanto sua posição na vida, no contexto cultural, valores nos quais ele vive, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SILVA, 2006). A Carta de Ottawa, redigida pela OMS em 1986, apresentou a qualidade de vida como um quesito

inserido no contexto de promoção de saúde e presente nas estratégias a serem compartilhadas, por meio das ações de políticas de saúde, de forma que as pessoas deveriam se tornam ativas nas ações comunitárias envolvidas no ato de promover saúde e qualidade de vida, caracterizando-se como uma responsabilização múltipla entre o Estado e a comunidade (THE WHOQOL GROUP, 1995, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Esta responsabilidade compartilhada entre serviços de saúde e comunidade se justifica pela complexidade que envolve manutenção de uma boa qualidade de vida e isto se deve a aspecto multidimensional, que envolve quatro grandes domínios: (1) o domínio físico, envolvendo a percepção do indivíduo sobre sua condição física, (2) o domínio psicológico, sendo a percepção de sua condição cognitiva e emocional,(3) o domínio social, a percepção sobre relacionamentos e o papel do indivíduo sobre suas relações sociais e (4) o domínio de meio ambiente, que consiste na percepção quanto os aspectos relacionados ao ambiente em que se vive (BUSS, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004).

Considerado um fator influenciador de qualidade de vida (JIAN-FEI XIE et al, 2014), a manutenção da saúde mental demonstra-se relevante, visto que dados epidemiológicos referem alta prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em todo o mundo, estimando que 10% da população adulta apresentam esta condição e que até 25% da população ao longo da vida poderão desenvolver algum transtorno mental (THE WHOQOL GROUP, 1998). Outro dado que reforça esta relevância é o fato de os TMC serem considerados uma das principais causas de incapacidades e serem responsáveis por grande parte das cargas globais de doenças em geral (CARVALHO, ARAÚJO, BERNARDES, 2016).

Neste contexto, ações de saúde que promovam a saúde mental e melhor qualidade de vida, devem ser alavancadas como prioridades nas políticas de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Básica, que é a base de todo o Sistema Único de Saúde.

1.3 ATENÇÃO BÁSICA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

As Unidades de Atenção Primária à Saúde destacam-se por serem a porta de entrada da população aos serviços integrados de toda a Rede de Atenção à Saúde, situam-se nas proximidades da comunidade, garantindo o acesso dos usuários aos serviços de saúde. A Atenção Primária a Saúde consolidou-se como o principal eixo de todo o sistema de saúde, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente se caracterizaria como Estratégia Saúde da Família (ESF), constituindo-se como principal modelo de reorganização da atenção primária segundo as normativas do Sistema Único de Saúde (VOS et al, 2012).

Desde o início da criação do PACS, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados mediadores entre a população e à Rede de Atenção à Saúde. Atuam promovendo a saúde e prevenindo doenças na comunidade. Destacam-se dentre as atribuições de um Agente Comunitário, a realização de cadastros de usuários e familiares, orientações referentes aos serviços de saúde, acompanhamento domiciliar, desenvolvimento de ações educativas e, além disto, a realização e a integração entre comunidade e equipe de saúde (FAUSTO, et al, 2017; BRASIL, 1997).

No sentido de intermediar os serviços de saúde e a comunidade, exalta-se o acompanhamento domiciliar da população como a concepção mais importante do papel de agente comunitário de saúde (BRASIL, 2011).

O acompanhamento domiciliar da comunidade além de constituir um momento de avaliação do quadro de saúde, monitorização de doenças e seus agravantes, caracteriza-se também por uma oportunidade para promover e ampliar a atenção à saúde de forma preventiva. As visitas domiciliares permitem aos agentes a identificação, intervenção e encaminhamento oportuno de casos que exigem cuidados preventivos e precoces, além da implementação de ações de promoção de saúde (LIMA, SILVA, BOUSSO, 2010).

Ao serem considerados mediadores dos conhecimentos técnicos e populares envolvendo a equipe de saúde e a população, o agente comunitário pertence a Rede de Atenção à Saúde e atua “para” e “na” comunidade. Possui um perfil que requer habilidades e competências que contribuam para a compreensão dos conceitos amplos de saúde, a fim de promover as ações e práticas em saúde (NUNES et al, 2018). Tais competências e habilidades fazem parte do papel do ACS que também consiste no cultivo de uma relação próxima com a população e sua realidade, o que infere uma sobrecarga física e emocional, podendo refletir no comprometimento de sua saúde e qualidade de vida (MACIAZEKI-GOMES et al, 2016; JORGE et al, 2015; PAULA et al, 2015).

Estudos envolvendo a qualidade de vida e saúde mental de ACS apontam que a especificidade de seu trabalho pode interferir em sua saúde e qualidade de vida, além de promover quadros de sofrimento mental, destacando a necessidade de incentivar a conquista de políticas públicas que foquem em cuidados com a saúde desta população (PEREIRA et al, 2018; LIMA, COSTA, BRITO, 2017) .

1.4 BLUE ZONES E 8 REMÉDIOS NATURAIS / PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Entendendo que estes profissionais exercem uma importante função frente aos cuidados de saúde à comunidade e ao mesmo tempo na busca de uma população que sirva de referência na adoção de estilo de vida que favorece a longevidade destacam-se as regiões conhecidas como “Blue Zones”. Estas áreas são caracterizadas por apresentarem níveis maiores de longevidade e práticas de estilo de vida que colaboram para a boa saúde (POULAIN, HERM, PES, 2013). Estas regiões são: Loma Linda – EUA, Nicoya – Costa Rica, Sardenha – Itália, Ikaria – Grécia e Okinawa – Japão, onde observa-se ações comuns envolvendo: (1) Prática rotineira de atividade física; (2) “*Objetivo*” - considerado como um “plano de vida” ou “senso de propósito”, (3) “*Downshift*”, traduzido por condutas que reduzem o estresse, como momentos de reflexão, meditação ou lazer, (4) “*Regra dos 80%*”, seria o ato de comer apenas a quantidade necessária, ou seja, comer até que

seu estômago esteja 80% cheio e realizar sua última refeição do dia no final da tarde ou início da noite. A restrição calórica e jejum intermitente também são hábitos comuns nas Blue Zones;(5) Alimentação natural – ou seja, o baixo consumo de produtos industrializados e refinados, como verduras e hortaliças frescas, grãos e leguminosas, pouca ou nenhuma carne; (6) Participação em comunidades ligadas à práticas baseadas na fé, (7) comprometimento com a família, como senso prioridade;(8) Pertencimento a grupos que compartilham hábitos de vida saudáveis e (9) Evitar toxinas – tais regiões apresentam baixos índices de poluentes pesados, como de áreas urbanas muito populosas, há também o pouco consumo de álcool, sendo apenas o vinho incluído na rotina de consumo. (BUETTNER, 2016).

A cidade de Loma Linda (Califórnia/EUA) leva a identidade de “Blue Zone”, por reunir uma comunidade específica, os Adventistas do Sétimo Dia, que adotam um estilo de vida baseado em práticas comuns, que se resumem em práticas como: (1) Nutrição saudável, (2) Exercício Físico diário, (3) Ingestão de água em abundância, (4) Exposição à luz solar com equilíbrio, (5) Temperança – que por conceito elimina do dia a dia substância que agridem a saúde e orienta a utilização, de forma equilibrada, das substâncias que promovem a saúde, (6) a exposição diária em lugares com ar puro, (7) o Descanso – que envolve períodos no dia de quietude e também o sono e (8) Confiança em Deus (ABDALA, et al, 2018). Essas práticas são denominadas “Oito Remédios Naturais” e neste estudo, serão cognominadas de 8 Práticas de Promoção de Saúde (8PPS), modelo de estilo de vida adotado.

As reflexões sobre o estilo de vida, qualidade de vida e saúde mental de Agentes Comunitários de Saúde - profissionais com uma importante função junto à comunidade, despertaram o interesse de um estudo mais aprofundados envolvendo esses profissionais e sua condição de saúde. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação do estilo de vida

baseado nas 8PPS com a qualidade de vida e saúde mental de Agentes Comunitários de Saúde de um município do interior de Minas Gerais.

2. ARTIGO 1: ASSOCIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: 8 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Resumo: O objetivo deste estudo foi avaliar a associação do estilo de vida baseado em 8 práticas de promoção de saúde e a qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estudo transversal, realizado com 78 ACS de um distrito sanitário em uma cidade do interior de Minas Gerais, através de questionários validados. A avaliação do estilo de vida foi realizada através do Questionário 8 Remédios Naturais – Q8RN e para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o instrumento WHOQOL-Bref. Foi realizada regressão linear múltipla para associação entre o estilo de vida e qualidade de vida, sendo adotado o nível de significância $p < 0,05$. A maioria dos participantes eram do sexo feminino (97,4%), com idade média de 40,1 anos, vivendo com companheiro (69,2%), com o ensino médio completo (73,1%) e a renda de 1 a 3 salários mínimos (61,5%). Identificou-se média de 3,64 doenças e 1,47 medicamentos por participante. Em relação ao Estilo de Vida, os participantes foram classificados segundo o Q8RN em estilos de vida “Muito bom/Excelente” (9%); “Bom” (46,2%); “Insuficiente/Regular” (44,9%). Os escores médios dos domínios de qualidade de vida foram 63,7 pontos para o domínio físico, 56,5 pontos para o domínio psicológico, 60,6 pontos para o de relações sociais e 51,3 pontos para o domínio meio ambiente. Observou-se que um estilo de vida “Muito bom/Excelente” foi associado a maiores escores de qualidade de vida em todos os seus domínios. Destaca-se a associação positiva do estilo de vida baseado em 8 práticas de promoção de saúde com a qualidade de vida, ressaltando a importância de tais práticas para a promoção de saúde e melhora da qualidade de vida dos ACS e consequentemente, da assistência prestada à população.

Palavras-chave: Estilo de Vida; Qualidade de Vida; Agentes Comunitários de Saúde.

2.1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno enfrentado em vários países do mundo e o aumento da expectativa de vida representa um conjunto de desafios, especialmente nos âmbitos econômicos e nos cuidados à saúde da população (BLOOM, 2011). No entanto, as oportunidades que virão com estes anos adicionais muito dependerão das condições de saúde que cada um se encontra. Se as pessoas experimentarem ao longo de sua vida boa saúde, na velhice, as chances de experimentarem uma vida com menos perdas funcionais limitantes será maior, enquanto que, se os anos a mais de vida forem dominados por limitações físicas e mentais, as implicações para esta população e para a sociedade serão muito negativas (BEARD et al, 2016).

Ao falar sobre saúde, ressalta-se os paradigmas que envolvem seu conceito. Os conceitos de saúde e doença vêm sendo discutidos pela humanidade desde o início dos tempos, pelos egípcios, judeus, por tribos e xamãs, estudiosos gregos e até atualidade, debatendo-se definições desde as concepções mágico-religiosas até a definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde em 1948, que traduz saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e posteriormente, a Constituição Brasileira de 1988, a qual evitou se discutir um conceito, mas apresentou saúde como direito de todos e dever do Estado. A partir disto, a definição de saúde reflete sua conjuntura social, econômica, cultural, política e que, dependente de questões relacionadas à época, lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas, não se representará da mesma forma para todas as pessoas (KRIEGER, 2001; SILVA, 2006; SCLIAR, 2007).

Neste contexto de longevidade das populações com melhores condições de saúde, ações que promovam a qualidade de vida das pessoas se tornam fundamentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida de um indivíduo está relacionada à percepção de sua posição na vida, no contexto cultural e de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos,

expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995), destacando-se como um tema de grande relevância, que deve ser alavancado como prioridade nas políticas públicas e na necessidade de ações de promoção de saúde, especialmente na Atenção Primária, que é a principal articulação de todo o Sistema Único de Saúde (AZEVEDO et al, 2013).

Inseridos na Atenção Primária, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), são os profissionais considerados como principais mediadores entre a população e os serviços de saúde. Atuando através de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, destaca-se dentre suas atribuições a realização de cadastros de usuários e familiares, orientações referentes aos serviços de saúde, acompanhamento domiciliar, desenvolvimento de ações educativas e ainda, a integração entre comunidade e equipe de saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 2011).

Além disto, os ACS desempenham um complexo papel no sistema de saúde, o qual envolve o cultivo de uma relação próxima com a população e sua realidade, o que infere uma sobrecarga física e emocional, refletindo no comprometimento de sua saúde e qualidade de vida (JORGE et al, 2015; PAULA et al, 2015).

Entendendo que estes profissionais representam uma parcela da população que necessita de ações voltadas para a promoção de saúde e ao mesmo tempo na busca de uma população que sirva de referência na adoção de estilo de vida que favorece a longevidade destacam-se as regiões conhecidas como “Blue Zones”. Tais áreas são caracterizadas por apresentarem níveis maiores de longevidade e práticas de estilo de vida que colaboram para a boa saúde (POULAIN, HERM, PES, 2013). Estas regiões são: Loma Linda – EUA, Nicoya – Costa Rica, Sardenha – Itália, Ikaria – Grécia e Okinawa – Japão, onde observa-se ações comuns envolvendo: (1) Prática rotineira de atividade física; (2) “*Objetivo*” - considerado como um “plano de vida” ou “senso de propósito”, (3) “*Downshift*”, traduzido por condutas que reduzem o estresse, como momentos de reflexão, meditação ou lazer, (4) “*Regra dos 80%*”, seria o ato de comer apenas a quantidade necessária, ou

seja, comer até que seu estômago esteja 80% cheio e realizar sua última refeição do dia no final da tarde ou início da noite. A restrição calórica e jejum intermitente também são hábitos comuns nas Blue Zones;(5) Alimentação natural – ou seja, o baixo consumo de produtos industrializados e refinados, como verduras e hortaliças frescas, grãos e leguminosas, pouca ou nenhuma carne; (6) Participação em comunidades ligadas à práticas baseadas na fé, (7) comprometimento com a família, como senso prioridade;(8) Pertencimento a grupos que compartilham hábitos de vida saudáveis e (9) Evitar toxinas – tais regiões apresentam baixos índices de poluentes pesados, como de áreas urbanas muito populosas, há também o pouco consumo de álcool, sendo apenas o vinho incluído na rotina de consumo (BUETNNER, 2016).

Dentre as “Blue Zones”, na cidade de Loma Linda na Califórnia, leva a identidade de “Blue Zone’ por possuir uma comunidade específica que adota um estilo de vida baseado em práticas comuns que envolvem de forma resumida os seguintes aspectos: (1) Nutrição saudável, (2) Exercício Físico diário, (3) Água em abundância, (4) Luz solar com equilíbrio, (5) Temperança – que por conceito elimina do dia a dia substância que agridem a saúde e orienta a utilização, de forma equilibrada, das substâncias que promovem a saúde, (6) a exposição diária em lugares com ar puro, (7) o Descanso – que envolve períodos no dia de quietude e também o sono e (8) Confiança em Deus; essas práticas são denominadas “Oito Remédios Naturais”(ABDALA, et al, 2018) e neste estudo, serão cognominadas de 8 Práticas de Promoção de Saúde (8PPS). Este será o modelo de estilo de vida adotado nesta pesquisa.

Ao se identificar a necessidade de um estudo aprofundado sobre o processo saúde-doença, hábitos de vida e a qualidade de vida de profissionais essenciais em ações de promoção de saúde da população, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação do estilo de vida baseado nas 8PPS com a qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde de um município do interior de Minas Gerais.

2.2 MÉTODOS

Estudo de delineamento transversal, teve sua aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer n.2.624.996. Participaram do estudo os Agentes Comunitários de Saúde pertencentes às Unidades de Saúde do Distrito Sanitário I de uma cidade do interior de Minas Gerais.

Determinou-se como critérios de inclusão todos os ACS que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não foram incluídos os agentes comunitários ausentes no dia da coleta de dados e foram excluídos aqueles que realizaram o preenchimento incorreto dos questionários.

Para a coleta dos dados, 119 ACS foram contatados, sendo que 80 ACS foram incluídos no estudo e responderam os questionários, e posteriormente 2 foram excluídos, totalizando 78 participantes. O contato inicial foi realizado através de reuniões previamente agendadas com os gerentes de cada unidade de saúde e os agentes comunitários do Distrito Sanitário I foram convidados a participar do estudo de forma voluntária após explanação da temática do estudo e seus objetivos.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2018, nas próprias Unidades de Saúde, durante o horário de trabalho dos profissionais. Os questionários aplicados foram orientados pelos pesquisadores e solucionadas dúvidas referentes às questões no próprio ato de preenchimento do instrumento.

Para coleta de dados utilizou-se um instrumento dividido em quatro sessões:

- a) Perfil sociodemográfico e econômico: questões relacionadas à idade, sexo, estado conjugal, escolaridade e renda.
- b) Processo Saúde-Doença: Questões referentes à presença de morbidades divididas em subgrupos (Ortopédicas e Reumáticas, Cardiorrespiratórias, Metabólicas, Neurológicas,

Genito-urinárias e Renais, Oftalmológicas, Acidentes, Tumores e Emocionais) e quantidade de medicamentos em uso.

- c) Qualidade de vida: foi utilizado o questionário WHOQOL-Bref, versão abreviada do WHOQOL-100, validado para população brasileira. O questionário contém 26 questões subdivididas em domínios que envolvem a qualidade de vida: o domínio Físico, o qual aborda tópicos relacionados com dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; o domínio Psicológico, englobando questões referentes a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade, religião e crenças pessoais; o domínio Social, o qual envolve relações pessoais, suporte social e atividade sexual e o domínio de Meio Ambiente, que consiste em questões que abordam segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico e transporte (FLECK et al, 2000) . A avaliação deu-se por uma escala de respostas do tipo Likert, na qual os valores são computados em escores que variam de 0 a 100%, sendo que, quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida do indivíduo. Para computação dos resultados e agrupamento das questões de acordo com os domínios foi utilizado o manual proposto pelo grupo WHOQOL (Sintaxe SPSS – Whoqol – Bref QUESTIONNAIRE).
- d) Estilo de Vida: Para avaliação do estilo de vida baseado nas 8 Práticas de Promoção de Saúde foi utilizado o instrumento multidimensional “Questionário 8 Remédios Naturais - Q8RN”. Instrumento desenvolvido e validado por Abdala et al, 2018, abrange questões relacionadas com os seguintes princípios de um estilo de vida saudável: “nutrição,

exercícios, água pura, luz solar, temperança, ar puro, descanso e confiança em Deus”. Contém 22 questões envolvendo estes princípios e seu score total é obtido pela somatória dos pontos atribuídos a cada item, sendo de 0 a 4 pontos, totalizando o máximo de 88 pontos¹⁴. O modelo de estilo de vida baseado nos 8 Remédios Naturais foi adotado no presente estudo e foi cognominado como 8 Práticas de Promoção de Saúde (8PPS).

Foi realizada análise descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. Para associação entre o Estilo de Vida - Q8RN e os domínios de Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref foi realizada a regressão linear múltipla, método *enter*, ajustada para as variáveis de idade, renda e estado conjugal. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

2.3 RESULTADOS

Participaram do estudo, 78 voluntários com média de idade de 40,1 anos (DP=11,1), sendo a maioria do sexo feminino (97,4%), que vivem com companheiro (69,2%), com ensino médio completo (73,1%) e com renda entre 1 a 3 salários mínimos (61,5%).

Os resultados apontam média de 3,64 (DP=2,51) doenças e uma média de 1,47 (DP=1,81) medicamentos em uso por participante. As morbidades mais prevalentes foram: Oftalmológicas (56,4%), Cardiorrespiratórias (52,6%) e Emocionais (47,4%).

Os dados referentes a classificação do estilo de vida, obtidos através do questionário Q8RN indicam que 44,9% dos participantes classificaram seu estilo de vida como “Insuficiente/Regular”, 46,2% se classificaram na categoria “Bom” e apenas 9% dos participantes apresentaram seu estilo de vida classificado como “Muito bom/Excelente (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário I de uma cidade do interior de Minas Gerais.

Variáveis	N	%
SEXO		
Masculino	2	2,6
Feminino	76	97,4

ESTADO CONJUGAL		
Sem companheiro	24	30,8
Com companheiro	54	69,2
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental Completo	9	11,5
Ensino Médio Completo	57	73,1
Ensino Superior Completo	12	15,4
RENDA		
Até 1 salário mínimo	29	37,2
De 1 a 3 salários mínimos	48	61,5
Mais de 5 salários mínimos	1	1,3
MORBIDADES		
Ortopédicas e Reumáticas	26	33,3
Cardiorrespiratórias	41	52,6
Metabólicas	30	38,5
Neurológicas	0	0
Genito-urinárias e Renais	32	41,0
Oftalmológicas	44	56,4
Acidentes	2	2,6
Tumores	4	5,1
Emocionais	37	47,4
ESTILO DE VIDA		
Insuficiente/Regular	35	44,9
Bom	36	46,2
Muito bom/Excelente	7	9

Fonte: Dos autores.

Em relação às pontuações médias dos domínios de qualidade de vida, os participantes apresentaram no Domínio Físico: 63,7 pontos (DP = 16,1) , no Domínio Psicológico: 56,5 pontos (DP = 15,7), no Domínio de Relações Sociais: 60,6 pontos (DP = 17,1), e no Domínio Meio Ambiente: 51,3 pontos (DP = 13,0).

Quanto aos dados referentes à associação do Estilo de vida com dos domínios de Qualidade de Vida (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) (Tabela 2), observou-se que a condição de um estilo de vida classificado em “Muito bom/Excelente” foi associada a maiores escores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Para a condição de um estilo de vida classificado como “Bom”, a associação se deu com o domínio meio ambiente.

Tabela 2. Coeficientes de regressão linear múltipla para os escores de Qualidade de Vida e Estilo de Vida.

Domínios de Qualidade de Vida	Estilo de Vida					
	Muito Bom/Excelente		Bom		Insuficiente/Regular	
	β^*	P	β^*	P	β	p
Físico	0,330	0,007	0,138	0,282		
Psicológico	0,380	0,002	0,111	0,370	1	
Relações Sociais	0,354	0,004	-0,018	0,888		
Meio Ambiente	0,280	0,022	0,267	0,039		

*Coeficiente de regressão padronizado, ajustado para idade, estado conjugal e escolaridade.

Fonte: Dos autores. IC = 95%.

2.4 DISCUSSÃO

Os ACS são trabalhadores com identidade comunitária e são responsáveis por acompanhar e orientar a comunidade em relação aos cuidados para com a saúde, observou-se que, em relação ao perfil da população estudada, o predomínio do sexo feminino pode ser justificado pelas mudanças nas sociedades que, ao longo das décadas, impulsionou as mulheres para o mercado de trabalho remunerado - processo de feminização das profissões (PINTO, MENEZES, VILLA, 2010; MATOS, TOSI, OLIVEIRA, 2013). Os resultados apontam também predominância de agentes comunitários adultos jovens e a literatura afirma que esta faixa etária favorece o conhecimento da comunidade no que tange maior facilidade de criação de vínculo e desempenho de suas funções (FERRAZ, AERTS, 2005). Outro aspecto identificado foi o predomínio de agentes comunitários que moram com um companheiro, sendo este vínculo um indicador que atesta o cumprimento da exigência da permanência dos agentes comunitários na microárea onde moram e atuam (BRASIL, 2001; FREITAS et al, 2015).

Quanto a escolaridade, o Ministério da Saúde no ano de 2001, estabeleceu o segundo grau completo como critério para o exercício da função de ACS, porém, ressalta-se a preocupação com

a qualificação e formação técnica deste profissional (BORNSTEIN, DAVID, 2014). Somando-se a isso, a faixa salarial dos agentes comunitários também é considerada baixa e se assemelha à renda da população assistida por estes profissionais (FERRAZ, AERTS, 2005). O número de doenças e medicamentos em uso pela população estudada são considerados elevados e corroboram com outros estudos que demonstram alta prevalência de comorbidades em profissionais da área da saúde (BAREL et al, 2010; CHAVES et al, 2015).

O estilo de vida baseado nas 8PPS indicou 9% dos participantes deste estudo com um estilo de vida classificado como “Muito bom/Excelente”. Estudos apontam a presença de hábitos de vida como tabagismo, sedentarismo, ausência de momentos de descanso/lazer em agentes comunitários de saúde e profissionais da atenção básica (VOGT et al, 2012). Com estes achados, subentende-se que tais profissionais da Atenção Básica, responsáveis por atuar promovendo a saúde da população, acabam descuidando de sua própria saúde, o que pode refletir na assistência prestada à comunidade (MEDEIROS et al, 2016).

Em relação aos escores médios dos domínios de qualidade de vida, observou-se a variação de 51,32 a 63,73 pontos, considerando que o escore máximo é de 100 pontos, os valores obtidos refletem uma realidade que merece atenção. Outros estudos referem a influência negativa de aspectos como sobrecarga de trabalho, exigências físicas, emocionais e mentais que geram efeitos negativos à saúde e qualidade de vida de tais profissionais (PAULA et al, 2015; MEIRA-MASCARENHAS, PRADO-ORNELLAS, HENRIQUE-FERNANDES, 2012).

Quanto a associação do estilo de vida baseado nas 8PPS com a qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde, pode-se observar que, uma condição de estilo de vida classificada como “Muito bom/Excelente” foi associada a maiores escores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Em relação ao estilo de vida classificado como “Bom”, a associação se deu apenas com o domínio meio ambiente. Desta forma entende-se que os

participantes que classificaram seu estilo de vida segundo as 8PPS em “Muito bom/Excelente” experimentam tais práticas, apresentando assim melhor qualidade de vida quando comparado aos que se classificaram com estilo de vida “Insuficiente/Regular”. Esta melhor qualidade de vida dos participantes com classificação “Muito bom/Excelente” pode ser justificada pela prática regular de atividade física, com benefícios bem descritos em estudos que apontam a atividade física como um meio de promover a saúde física, mental, reduzir fatores de risco, facilitar a participação social e, conseqüentemente, a qualidade de vida em geral (CRUZ et al, 2012; GALVIN, NAVARRO, GREATTI, 2014).

As práticas em espaços públicos estão associadas com a melhoria do bem-estar físico, psicológico e social da população (BEDIMO-RUNG et al, 2005; FERMINO, REIS, 2013). Além disto, a disponibilidade e facilidade de acesso a esses espaços públicos favorecem e estimulam as pessoas à prática de atividade física, onde podem não só se beneficiar do exercício físico, mas também da luz solar e o ar puro, que também estão inseridos no modelo de estilo de vida adotado neste estudo.

Intimamente ligada à atividade física, as práticas de nutrição saudável e ingestão de água também mostram-se como estratégias para uma vida saudável, uma vez que a água é essencial para a vida humana, responsável por diversas funções vitais do organismo. Desta forma, tais práticas são componentes influenciadores e contribuidores para a promoção de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2001).

O descanso/sono, a confiança em Deus e a temperança, também são considerados facilitadores de qualidade de vida satisfatória. Dados encontrados na literatura demonstram que a qualidade do sono e a qualidade de vida se encontram intimamente ligados (MULLER, GUIMARÃES, 2007). Da mesma forma a temperança, citada por outro autor como virtude para preservação da boa saúde,

contribuindo com atitudes opostas a excessos, agindo em defesa da própria vida (MACHADO et al, 1978).

As práticas relacionadas à Confiança em Deus, através de estudos sobre religiosidade, também têm demonstrado influência benéfica sobre a saúde física e mental das pessoas, refletindo como um fator de prevenção de doenças em geral e promotor de saúde mental (GUIMARÃES, AVEZUM, 2007; OLIVEIRA, JUNGES, ROQUE, 2012). O impacto desta prática sobre a qualidade de vida das pessoas é demonstrado através de associações positivas com todos seus domínios (ROCHA, FLECK, 2011).

Nota-se que de forma geral, as 8PPS englobam aspectos que favorecem todos os domínios da qualidade de vida dos profissionais estudados. Na grande maioria da amostra, estes profissionais apresentaram alto número de morbidades e medicamentos em uso, baixos escores de qualidade de vida e um estilo de vida que, para uma significativa parcela dos participantes, classificou-se como “Insuficiente/Regular”. Com isto, destaca-se a importância de considerar os profissionais de saúde como indivíduos que também carecem de cuidados e que, no papel de responsáveis pela prestação de serviços à comunidade, estão inseridos em situações que contribuem para o surgimento de distúrbios físicos e emocionais (SILVA, 2011). Nos últimos anos, vários estudos relataram a preocupação em buscar melhores condições de saúde para os ACS, que se encontram adoecidos e com sua qualidade de vida comprometida (SANTOS et al, 2016; DA SILVA et al, 2017; PEREIRA et al, 2018).

O presente estudo também destaca a relevância em se estudar os profissionais responsáveis pelos cuidados diretos à comunidade, representados nesta pesquisa pelos agentes comunitários de saúde. Observou-se a associação positiva do estilo de vida baseado em 8 práticas de promoção de saúde com a qualidade de vida, destacando a importância deste modelo de estilo de vida para a

promoção de saúde e melhora da qualidade de vida dos agentes comunitários favorecendo a assistência prestada à população.

REFERÊNCIAS

- ABDALA G. A. et al. Validação do Questionário Oito Remédios Naturais – Q8RN – Versão Adulto. **Life Style Journal**, v. 5, n. 2, p. 109-134, 2018.
- AZEVEDO A. L. S, et al. A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013.
- BAREL M, et al. Associação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v. 24, n. 2, p. 293-303, 2010.
- BEARD J. R et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**, v.387, n.100330, p. 2145-2154, 2016.
- BEDIMO-RUNG A. L, MOWEN A. J, COHEN D. A. The Significance of Parks to Physical Activity and Public Health - A Conceptual Model. **Am J PrevMed**, v. 28, n. 2, p. 159-168, 2005.
- BLOOM D. 7 Billion and Counting. **Science**, v. 333, n.6042, p. 562-569, 2011.
- BORNSTEIN V. J, DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 107-128, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.866, de dezembro de 1997. **Dispõe sobre o perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde**. Diário Oficial da União, 18 dez. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, 22 out, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde, **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Secretaria Executiva, Brasília, 2001.
- BUETTNER, D. **Blue Zones: 9 lessons for living longer from the people who've lived the longest**. 2ª Edição. National Geographic. Washington, D.C., 2008.
- CHAVES C. S, et al. A. Identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais da saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 1, p. 39-47, 2015.
- CRUZ M. L. L. et al. Prática de atividade física nos logradouros públicos da cidade de Fortaleza. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 16, n. 1, p. 105-112, 2012.

- DA SILVA M. A, et al. A. Saúde emocional de agentes comunitários: Burnout, Estresse, Bem-estar e Qualidade de vida. **Revista da SPAGESP**, v. 18, n. 1, p. 20-33, 2017.
- FERMINO R. C, REIS R. S. Variáveis individuais, ambientais e sociais associadas com o uso de espaços públicos abertos para a prática de atividade física: uma revisão sistemática. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v. 18, n. 5, p. 523-535, 2013.
- FERRAZ L, AERTS D. R. G. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.
- FLECK M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.
- FREITAS L. M, et al. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. **ABCS Health Sci.**, v. 40, n.3, p. 171-177, 2015.
- GALVIN E. A, NAVARRO F, GREATTI V R. A importância da prática do exercício físico para portadores de Diabetes Mellitus: uma revisão crítica. **Salusvita**, v. 33, n. 2, p. 209-222, 2014.
- GUIMARÃES H. P, AVEZUM A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev Psiq. Clín.**, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007.
- JORGE A. C. et al. Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Ver Enferm Atenção Saúde**, v. 4, n. 1p. 28-41, 2015.
- KRIEGER N. A Glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, v. 1, n.55, p. 693-700, 2001.
- MACHADO R, LOUREIRO A, LUZ R, MURICY K. **Danação da norma: medicina social e constituição de psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, 1978. 559p.
- MATOS I. B, TOASSI R. F. C, OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital**, v.13, n. 2, p. 239-244, 2013.
- MEDEIROS P. A. et al. Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria – RS. **R Bras Ci Saúde**, v. 20, n. 2, p. 115-122, 2016.
- MEIRA-MASCARENHAS C. H, PRADO-ORNELLAS F, HENRIQUE-FERNANDES M. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. **Rev. Salud Pública**, v.14, n. 4, p. 668-680, 2012.
- MULLER M. R, GUIMARÃES S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 519-528, 2007.

OLIVEIRA R, JUNGES M, ROQUE J. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012.

PAULA I. R, et al. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. **Saúde Soc**, v. 24, n.1, p. 152-164, 2015.

PEREIRA A. M, et al. A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup**, v. 26, n. 4, p. 784-796, 2018.

PINTO E. S. G, MENEZES R. M. P, VILLA T.C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Ver Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010.

ROCHA N. S, FLECK M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev Psiq Clín**, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011.

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

SCLIAR M. História do conceito de saúde. **Rev Saúde Coletiva**, v.17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA J. L. L. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 2, n.1, p. 03-05, 2006.

SILVA, N. R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3393-3402, 2011.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 164, n.5, p. 282-284, 1995.

VOGT M. S. et al. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 2, p. 297-303, 2012.

3. ARTIGO 2: O ESTILO DE VIDA E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: 8 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Resumo: O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre o estilo de vida baseado em 8PPS e a saúde mental de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estudo transversal, realizado com 78 ACS de um distrito sanitário em uma cidade do interior de Minas Gerais. A avaliação do estilo de vida foi realizada através do Questionário 8 Remédios Naturais – Q8RN e para avaliação da saúde mental foi utilizado o instrumento Self-Reporting Questionnaire 20 – SRQ-20. Foi realizada regressão de Poisson para associação entre o estilo de vida e saúde mental, utilizando a medida de razão de prevalência de (RP) com intervalos de confiança (IC) de 95% e considerando nível de significância $p < 0,05$. Os participantes se caracterizaram como sendo a maioria do sexo feminino (97,4%), com idade média de 40,1 anos, vivendo com companheiro (69,2%), com o ensino médio completo (73,1%) e a renda de 1 a 3 salários mínimos (61,5%). Identificou-se média de 3,64 doenças e 1,47 medicamentos por participante. Em relação ao Estilo de Vida, os participantes foram classificados segundo o Q8RN em estilos de vida “Muito bom/Excelente” (9%); “Bom” (46,2%); “Insuficiente/Regular” (44,9%). Quanto ao estado de saúde mental, mais da metade dos participantes mostraram-se com sofrimento mental. Na associação do estilo de vida com a saúde mental, os participantes que classificaram seu estilo de vida em “Muito bom/Excelente” apresentaram maior probabilidade de não ter sofrimento mental quando comparado àqueles que apresentaram classificação em “Insuficiente/Regular. Hábitos de vida vêm sendo relacionados com a saúde mental. O estudo evidenciou que quanto melhor os hábitos de vida dos ACS – utilizando o modelo de estilo de vida adotado neste estudo, menor foi a probabilidade de ter sofrimento mental. Entendendo a importante função dos ACS para o Sistema de Saúde, destaca-se a importância da implementação de ações direcionadas ao cuidado à saúde destes profissionais.

Palavras-chave: Estilo de Vida; Saúde Mental; Agentes Comunitários de Saúde.

3.1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e maior longevidade populacional é a realidade enfrentada por diversos países e tem ocorrido principalmente devido as mudanças do comportamento das sociedades, como a diminuição da taxa de fecundidade, e avanços nas ciências da saúde. Porém, quando a longevidade está associada à presença de morbidades e consequente incapacidade, o aumento da expectativa de vida deixa de ser positivo e se transforma em um desafio de saúde pública (LIMA et al, 2017; OMS, 2015).

Entender o que significa saúde é essencial para formulação de ações que irão favorecer boas condições de saúde ao longo da vida. Os conceitos de saúde e doença vêm sendo discutidos pela humanidade desde o início dos tempos, pelos egípcios, judeus, por tribos e xamãs, estudiosos gregos e até atualidade, debatendo-se definições desde as concepções mágico-religiosas até a definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde em 1948, que traduz saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e posteriormente, a Constituição Brasileira de 1988, a qual evitou se discutir um conceito, mas apresentou saúde como direito de todos e dever do Estado. Ainda dentro deste contexto, estão os determinantes sociais de saúde, que são fatores sociais que interferem no processo saúde-doença de cada indivíduo, de forma que o modo de ver a saúde e doença é peculiar a cada indivíduo, de forma que esse contexto deve ser considerado para garantir ações de promoção de saúde na atenção integral à comunidade (SILVA, 2006; BUSS, PELEGRINI FILHO, 2007).

A atenção integral engloba ações que favorecem tanto a saúde física quanto mental da população. Dados epidemiológicos demonstram que em todo o mundo, os transtornos mentais são uma fonte importante de incapacidades e são responsáveis por uma parcela da carga global de doenças (VOS et al, 2010).

A saúde mental, assim como a saúde em geral, possui uma definição ampla que vai além da ausência de comprometimento mental (OMS, 2001), e recebe também a influência de determinantes sociais e econômicos que devem ser considerados quando se pensa em ações que visam reduzir fatores de risco para perturbações mentais e que favoreçam melhores condições de vida e saúde para a população (ALVEZ, RODRIGUES, 2010).

Condições clínicas que envolvem o sofrimento psíquico com sintomas não-psicóticos, como depressão, ansiedade, alterações de sono e somatizações são caracterizados como transtornos mentais comuns e são comumente encontrados na população em geral (LUDERMIR, MELO FILHO, 2002; ALCÂNTARA, ASSUNÇÃO, 2016; BORGES, HEGADOREN, MIASSO, 2015). De forma geral, a saúde mental não se apresenta dissociada da saúde global e da mesma forma, suas demandas podem ser assistidas com ações de promoção de saúde na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Dentre os profissionais inseridos na Atenção Básica, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados o principal elo entre a comunidade e os serviços de saúde. A rotina de tais trabalhadores envolve situações de estresse, tensões sociais e psíquicas que podem interferir em sua vida particular. São profissionais responsáveis pelo acompanhamento da população de forma bem próxima e se encontram inseridos em contextos sociais diversos assumindo com muita responsabilidade o cuidado a saúde dos usuários da Atenção Básica de Saúde (SILVA, SANTOS, SOUZA, 2012). Esta proximidade com a comunidade implica em cobrança por parte da população pois, além de serem agentes de saúde, são membros da própria comunidade que atuam e lidam com diversas situações que podem acarretar em desgaste emocional (BORNSTEIN, DAVID, 2014; TRINDADE et al, 2007). O estresse ocupacional é um importante fator comprometedor do bem-estar e da qualidade de vida de qualquer trabalhador, e conseqüentemente, da qualidade do serviço prestado (JORGE et al, 2015).

Um bom estado de saúde mental envolve, dentre outras ações, a promoção de saúde que muitas vezes exige mudanças no estilo de vida. Algumas regiões no mundo, conhecidas por “Blue Zones”, estão sendo alvo de pesquisas por apresentarem níveis significativamente maiores de longevidade com qualidade de vida, que se justificam por meio de um estilo de vida diferenciado (POULAIN, HERM, PES, 2013). As regiões definidas como “Blue Zones” são: Loma Linda – EUA, Nicoya – Costa Rica, Sardenha – Itália, Ikaria – Grécia e Okinawa – Japão, e possuem práticas em comum que envolvem: (1) Prática rotineira de atividade física; (2) “*Objetivo*” - considerado como um “plano de vida” ou “senso de propósito”, (3) “*Downshift*”, traduzido por condutas que reduzem o estresse, como momentos de reflexão, meditação ou lazer, (4) “*Regra dos 80%*”, seria o ato de comer apenas a quantidade necessária, ou seja, comer até que seu estômago esteja 80% cheio e realizar sua última refeição do dia no final da tarde ou início da noite. A restrição calórica e jejum intermitente também são hábitos comuns nas Blue Zones; (5) Alimentação natural – ou seja, o baixo consumo de produtos industrializados e refinados, como verduras e hortaliças frescas, grãos e leguminosas, pouca ou nenhuma carne; (6) Participação em comunidades ligadas à práticas baseadas na fé, (7) comprometimento com a família, como senso prioridade; (8) Pertencimento a grupos que compartilham hábitos de vida saudáveis e (9) Evitar toxinas – tais regiões apresentam baixos índices de poluentes pesados, como de áreas urbanas muito populosas, há também o pouco consumo de álcool, sendo apenas o vinho incluído na rotina de consumo (BUETTNER, 2016).

Destaca-se dentre as “Blue Zones”, a cidade de Loma Linda na Califórnia, que leva esta identidade de Blue Zone por possuir uma comunidade específica, de diversidade genética e que adota um estilo de vida singular que podem ser resumido em: (1) Nutrição saudável, (2) Exercício Físico diário, (3) Água em abundância, (4) Luz solar com equilíbrio, (5) Temperança – que por conceito elimina do dia a dia substância que agridem a saúde e orienta a utilização, de forma equilibrada, das substâncias que promovem a saúde, (6) a exposição diária em lugares com ar puro,

(7) o Descanso – que envolve períodos no dia de quietude e também o sono e (8) Confiança em Deus (ABDALA et al, 2018), essas práticas são denominadas “Oito Remédios Naturais” e neste estudo, serão cognominadas de 8 Práticas de Promoção de Saúde (8PPS).

Ao compreender a necessidade de um estudo aprofundado sobre o processo saúde-doença, hábitos de vida e a saúde mental dos profissionais responsáveis por disseminar saberes de saúde à população, o objetivo deste estudo foi avaliar e associar o estilo de vida baseado nas 8PPS com a saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde de um município do interior de MG.

3.2 MÉTODOS

Estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob parecer n.2.624.996. Participaram do estudo os Agentes Comunitários de Saúde pertencentes às Unidades de Saúde do Distrito Sanitário I de uma cidade do interior de Minas Gerais. Foram incluídos no estudo todos os Agentes Comunitários de Saúde que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critérios de não inclusão, os agentes comunitários ausentes no dia da coleta de dados e de exclusão, aqueles que realizaram o preenchimento incorreto dos questionários.

Na coleta de dados foram contatados 119 ACS, destes, 80 foram incluídos no estudo e responderam os questionários, apenas 2 foram excluídos, totalizando 78 participantes. O contato inicial foi realizado por meio de reuniões previamente agendadas com os gerentes de cada unidade de saúde, e em sequência, após a explanação do tema do estudo e seus objetivos, os agentes comunitários do Distrito Sanitário I foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2018 nas Unidades de Saúde pertencentes ao Distrito Sanitário I durante o horário de trabalho dos profissionais. Os questionários aplicados foram orientados pelos pesquisadores e as dúvidas relacionadas aos questionários foram solucionadas no próprio ato de preenchimento do instrumento.

Para coleta de dados utilizou-se um instrumento dividido em quatro sessões:

- e) Perfil sociodemográfico e econômico: questões relacionadas à idade, sexo, estado conjugal, escolaridade e renda.
- f) Processo Saúde-Doença: Questões referentes à presença de morbidades divididas em subgrupos (Ortopédicas e Reumáticas, Cardiorrespiratórias, Metabólicas, Neurológicas, Genito-urinárias e Renais, Oftalmológicas, Acidentes, Tumores e Emocionais) e quantidade de medicamentos em uso.
- g) Estilo de Vida: Para avaliação do estilo de vida baseado nas 8 Práticas de Promoção de Saúde foi utilizado o instrumento multidimensional “Questionário 8 Remédios Naturais - Q8RN”. Instrumento desenvolvido e validado por Abdala et al, 2018, abrange questões relacionadas com os seguintes princípios de um estilo de vida saudável: “nutrição, exercícios, água pura, luz solar, temperança, ar puro, descanso e confiança em Deus”. Contém 22 questões envolvendo estes princípios e seu score total é obtido pela somatória dos pontos atribuídos a cada item, sendo de 0 a 4 pontos, totalizando o máximo de 88 pontos¹⁸.
- h) Estado de Saúde Mental: foi utilizado o questionário validado “Self-Reporting Questionnaire” - (SRQ-20, que é composto por 20 questões sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não psicóticos, é recomendado pela Organização Mundial de Saúde para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, por preencher os critérios citados acima em termos de facilidade de uso e custo reduzido (SANTOS et al, 2011). O ponto de corte utilizado para classificação foi o de 7, sendo classificadas as pontuações 7 ou mais como “Com Sofrimento Mental” e pontuações abaixo de 7 como “Sem Sofrimento Mental”.

Para a análise estatística foi realizada análise descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas. Para a associação entre o estilo de vida e o estado de saúde mental foram realizadas análises brutas e ajustadas por meio da regressão de Poisson com variância robusta, utilizando a medida da razão de prevalência (RP) com intervalos de confiança (IC) de 95%. Foram consideradas como variáveis de ajuste as variáveis idade, renda e estado conjugal. Para todas as análises considerou-se um nível de significância $p < 0,05$.

3.3 RESULTADOS

Foram coletados dados de 78 ACS e foi possível observar que a maioria dos participantes eram do sexo feminino (97,4%), com idade média de 40,10 (DP = 11,1) anos. Em relação ao estado conjugal e escolaridade, houve o predomínio de participantes que vivem com companheiro, com ensino médio completo e renda de 1 a 3 salários mínimos. Quanto aos dados referentes ao processo-saúde doença, houve uma média de 3,64 (DP=2,51) doenças e uma média de 1,47 (DP=1,81) medicamentos em uso por participante. As morbidades mais prevalentes entre os participantes foram: Oftalmológicas (56,4%), Cardiorrespiratórias (52,6%) e Emocionais (47,4%).

Em relação aos dados da classificação do estilo de vida por meio do questionário Q8RN, observou-se que 44,9% dos participantes classificaram seu estilo de vida como “Insuficiente/Regular”, 46,2% se classificaram na categoria “Bom” e apenas 9% dos participantes apresentaram seu estilo de vida classificado como “Muito bom/Excelente. Quanto ao estado de saúde mental, mais da metade dos participantes (52,6%) se apresentaram com sofrimento mental (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde de um município do interior de Minas Gerais.

Variáveis	N	%
SEXO		
Masculino	2	2,6

Feminino	76	97,4
ESTADO CONJUGAL		
Sem companheiro	24	30,8
Com companheiro	54	69,2
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental Completo	9	11,5
Ensino Médio Completo	57	73,1
Ensino Superior Completo	12	15,4
RENDA		
Até 1 salário mínimo	29	37,2
De 1 a 3 salários mínimos	48	61,5
Mais de 5 salários mínimos	1	1,3
MORBIDADES		
Ortopédicas e Reumáticas	26	33,3
Cardiorrespiratórias	41	52,6
Metabólicas	30	38,5
Neurológicas	0	0
Genito-urinárias e Renais	32	41,0
Oftalmológicas	44	56,4
Acidentes	2	2,6
Tumores	4	5,1
Emocionais	37	47,4
ESTILO DE VIDA		
Insuficiente/Regular	35	44,9
Bom	36	46,2
Muito bom/Excelente	7	9
SAÚDE MENTAL		
Com sofrimento mental	41	52,6
Sem sofrimento mental	37	47,4

Fonte: Dos autores.

A tabela 4 apresenta a associação dos dados da classificação do Estilo de Vida com a Saúde Mental. Observou-se que os participantes que classificaram seu estilo de vida em “Muito bom/Excelente” apresentaram maior probabilidade (RP = 2,33; IC 95%: 1,37-3,95) de não ter sofrimento mental quando comparado àqueles que classificaram seu estilo de vida como “Insuficiente/Regular”, após ajuste por idade, escolaridade e estado conjugal.

Tabela 4. Coeficientes de regressão de Poisson para os escores de Estilo de Vida e Saúde Mental.

Estilo de Vida	RP (IC 95%)	P	x ² Wald	RP (IC 95%) *	P	x ² Wald
Insuficiente/ Regular	1	0,04	11,27	1	0,002	12,67
Bom	1,35 (0,78-2,31)			1,29(0,74-2,26)		
Muito bom/Excelente	2,31 (1,36-3,91)			2,33 (1,37-3,95)		

*Ajustado por idade, escolaridade e estado conjugal; RP: Razão de prevalência; IC: Intervalo de confiança.

3.4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo avaliar a associação do estilo de vida baseado nas 8PPS com a saúde mental de ACS. Quanto à caracterização da população estudada, observou-se o predomínio do sexo feminino, com média de idade de 40,10 anos e estado conjugal prevalente de indivíduos que vivem com companheiro. Estes achados são compatíveis com outros estudos envolvendo agentes comunitários de saúde (JORGE et al, 2015; URSINE, TRELHA, NUNES, 2010; LINO et al, 2012; MOTA, DOSEA, NUNES, 2014; PAULA et al, 2015; PEDRAZA, SANTOS, 2017). A prevalência do sexo feminino pode ser justificada pelo processo de feminização das profissões e pela característica do papel da mulher de assumir os cuidados relacionados à saúde (FREITAS et al, 2015). A média de idade apresentada propicia maior conhecimento da comunidade no que tange maior facilidade de criação de vínculo e desempenho de suas funções (FERRAZ, AERTS, 2005), e o estado conjugal prevalente favorece o cumprimento da exigência da permanência dos agentes comunitários na microárea onde vivem e trabalham (FERRAZ, AERTS, 2005; BRASIL, 2001).

Em relação a escolaridade e renda, o ensino médio completo e a renda entre 1 a 3 salários mínimos também são dados encontrados em outros estudos (MEDEIROS, et al, 2016; CASTRO et al, 2017). Este nível de escolaridade pode ser justificado pelo critério estabelecido pelo Ministério

da Saúde no ano de 2001 para o exercício da função de ACS, contudo considera-se a importância da qualificação e formação técnica deste profissional (BRASIL, 2001; BORNSTEIN, DAVID, 2014). Em relação a renda familiar, esta faixa salarial dos agentes comunitários é considerada baixa e se assemelha à renda da população assistida por estes profissionais (FERRAZ, AERTS, 2005).

O número médio de morbidades e medicamentos em uso apresentados pelos participantes são considerados elevados e se justificam por outros estudos que demonstraram altos índices de comorbidades em profissionais que atuam na área da saúde (BAREL et al, 2010; CHAVES et al, 2015).

Os dados referentes ao estilo de vida baseado nas 8PPS indicaram que apenas 9% dos participantes deste estudo apresentaram seu estilo de vida classificado como “Muito bom/Excelente”, este é um dado a se destacar, uma vez que os hábitos de vida interferem na condição de saúde das pessoas. Estudos apontam hábitos como tabagismo, sedentarismo, e falta de momentos de descanso e lazer em agentes comunitários de saúde e profissionais da atenção básica (VOGT et al, 2012; MEDEIROS et al, 2016), outros autores descrevem relatos de ACS com dificuldade em aderir um estilo de vida saudável (FIGUEIRA et al, 2015).

Os resultados encontrados em relação ao estado de saúde mental indicam que mais da metade dos participantes apresentam-se com sofrimento mental, corroborando com outros estudos que encontraram alta prevalência de transtornos mentais comuns em profissionais pertencentes à atenção básica (CARVALHO, ARAÚJO, BERNARDES, 2016). Este dado é relevante visto que o sofrimento mental é um importante motivo de afastamento por longos períodos no âmbito ocupacional (SILVA JUNIOR, FISHER, 2015).

Entende-se que o ambiente de trabalho pode ser causador de sofrimento mental, incluindo o contexto dos ACS, que atuam entre a população e os serviços de saúde e lidam com situações de pressão, estresse e tensões em sua rotina, acarretando em condições de anseios e frustrações

(SANTOS, VARGAS, REIS, 2012; JUSTO, GOMES, SILVEIRA, 2015). Tais condições, além de serem prejudiciais à saúde mental destes profissionais, podem ainda acometer o desempenho de suas atividades laborais e conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado à população (MOTA, DOSEA, NUNES, 2014).

Este estudo observou que os indivíduos classificados com um estilo de vida “Muito bom/Excelente” apresentaram maior probabilidade de não desenvolverem uma condição de sofrimento mental, quando comparado àqueles se classificaram com um estilo de vida “Insuficiente/Regular”. Um estudo apontou fatores como a prática de atividade física, boa qualidade de sono, baixos níveis de estresse, cultivo de relações sociais, apoio familiar e satisfação com a aparência, como quesitos positivamente associados com quadro de boa saúde mental de pessoas que possuem tais hábitos (GUO et al, 2018).

Outros autores demonstraram que um índice de massa corporal mais baixo, práticas frequentes de atividades física e mental, o ato de não fumar, uma dieta vegetariana e balanceada e manutenção de rotina social também se correlacionam com melhor saúde mental dos indivíduos, sugerindo que um estilo de vida saudável pode promover o bem-estar psicológico e reduzir sintomas como depressão, ansiedade e estresse (VELTEN, et al, 2018).

Estratégias que estimulam hábitos de vida saudável e a formação de núcleos de incentivo a mudanças no estilo de vida são necessidades urgentes para toda a população e os ACS, são peças fundamentais neste processo. Por pertencerem a um serviço que visa especialmente a promoção de saúde e a prevenção de doenças da comunidade, estes profissionais deveriam experimentar uma condição de saúde mental no mínimo satisfatória para que pudessem estimular e incentivar a população para a mesma condição, no entanto, a saúde desses profissionais necessita de atenção. Neste sentido, estudos descrevem como urgente e importante a implementação de ações que foquem no cuidado aos profissionais que lidam com a saúde da população, visto que bons exemplos

de estilo de vida favorecem uma boa condição de saúde (MEDEIROS, et al, 2016). Profissionais que praticam e são adeptos a um estilo de vida saudável, conseguem, em suas intervenções, compartilhar a responsabilidade dos cuidados de promoção de saúde com os usuários, utilizando de técnicas de aconselhamento para a mudança no estilo de vida (PEREIRA-LANCHA et al, 2019).

Hábitos de vida vêm sendo relacionados com a saúde mental. Entendendo a importante função dos ACS para o sistema de Saúde, a compreensão desta relação para a população pode auxiliar em estratégias para a melhora das ações em saúde. Neste estudo evidenciou-se que quanto melhor o estilo de vida dos ACS, seguindo o modelo adotado neste estudo, menor foi a probabilidade de da presença de sofrimento mental. Com isto, intervenções focadas em mudanças no estilo de vida são benéficas para saúde mental e conseqüentemente para a assistência prestada por estes profissionais.

REFERÊNCIAS

- ABDALA GA, et al. Validação do Questionário Oito Remédios Naturais – Q8RN – Versão Adulto. **Life Style Journal**, v. 5, n. 2, p. 109-134, 2018.
- ALCÂNTARA M. A, ASSUNÇÃO A. A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 41, n. 2, 1-11, 2016.
- ALVES A. A. M, RODRIGUES N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.
- BAREL M, et al. Associação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, v. 24, n. 2, p. 293-303, 2010.
- BORGES T. L, HEGADOREN K. M, MIASSO A. I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 3, p. 195–201, 2015.
- BORNSTEIN V. J, DAVID, H.M.S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 107-128, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde, **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Secretaria Executiva, Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BUETTNER, D. **Blue Zones: 9 lessons for living longer from the people who've lived the longest**. 2ª Edição. National Geographic. Washington, D.C., 2008.
- BUSS P. M, PELLEGRINI FILHO A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CARVALHO D. B, ARAÚJO T. M, BERNARDES K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v. 41, n. 17, p. 181-199, 2016.
- CASTRO T. A, et al. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cad. Saúde Colet**, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017.
- CHAVES C. S, et al. A. Identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais da saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 1, p. 39-47, 2015.

FERRAZ L, AERTS D. R. G. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FIGUEIRA R. T, et al. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 181-200, 2015.

FREITAS L. M, et al. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. **ABCS Health Sci**, v. 40, n.3, p. 171-177, 2015.

GUO C, TOMSON G, KELLER C, SODERQVIST F. Prevalence and correlates of positive mental health in Chinese adolescents. **BMC Public Health**, v. 18, n.263, p. 1-11, 2018.

JORGE A. C, et al. Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de minas gerais. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 4, n. 1, p. 28-41, 2015.

JUSTO C. M. P, GOMES M. H. A, SILVEIRA C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Soc**, v. 24, n. 2, p. 594-606, 2015.

LIMA W. R. et al. Good practices of nursing representations in the construction of Society. In: International Nursing Congress. **Características Socioeconômicas, Demográficas, de Saúde e de Longevidade de idosos: Contribuições para Enfermagem**. Sergipe, 2017, 01-04p.

LINO M. M, et al. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012.

LUDERMIR A. B, MELO FILHO D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

MEDEIROS P. A, et al. Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria – RS. **R Bras Ci Saúde**, v. 20, n. 2, p. 115-122, 2016.

MOTA C. M, DOSEA G. S, NUNES O. S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4719-4726, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra: OMS; 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope**. Genebra: OMS; 2001.

PAULA I. R, et al. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. **Saúde Soc**, v. 24, n. 1, p. 152-164, 2015.

- PEDRAZA DF, SANTOS I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações (Campo Grande)**, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2017.
- PEREIRA-LANCHA L. O, et al. Técnicas de coaching de bem-estar na mudança do estilo de vida no sistema público de saúde. **Estud. Av.**, v. 33, n. 95, p. 235-242, 2019.
- POULAIN M, HERM A, PES G. The Blue Zones: areas of exceptional longevity around the world. **Vienna Yearbook of Population Research**, v. 11, n. 1, p. 87–108, 2013.
- SANTOS K. O. B, et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Rev Baiana Saude Publica Miolo**, v. 34, n. 03 p. 544-560, 2011.
- SANTOS A. M. V. S, et al. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cad. Saúde Colet**, v. 25, n. 2, p. 160-168, 2017.
- SANTOS, I. E. R, VARGAS M. M, REIS F. P. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v.14, n. 3, p. 324-335, 2012.
- SILVA, C. B, SANTOS J. E, SOUZA R. C. Estratégia de Apoio em Saúde Mental aos Agentes Comunitários de Saúde de Salvador–BA. **Rev Saúde Soc**, v. 21, n. 1, p. 153-160, 2012.
- SILVA JUNIOR J. S, FISCHER F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 18, n. 4, p. 735-744, 2015.
- SILVA J. L. L. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Informe em promoção da saúde**, v. 2, n. 1, p. 03-05, 2006.
- TRINDADE L. L, et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 28, n. 4, p. 473-479, 2007.
- URSINE B. L, TRELHA C. S, NUNES E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.
- VELTEN et al. Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. **BMC Public Health**, v. 18, n. 632, p. 1-15, 2018.
- VOGT M. S, et al. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 2, p. 297-303, 2012.
- VOS T, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2163-2196, 2012.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou uma associação positiva entre o estilo de vida baseado em 8 práticas de promoção de saúde com a qualidade de vida e a saúde mental de agentes comunitários de saúde. Sendo estes profissionais responsáveis pela importante função de estreitar relações entre a comunidade e os serviços de saúde, destaca-se a importância de ações focadas na saúde destes trabalhadores. Desta forma, intervenções que envolvam mudanças no estilo de vida podem beneficiar a qualidade de vida e saúde mental dos agentes comunitários de saúde e consequentemente, a assistência prestada por estes profissionais.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; ISAYAMA, R. N.; RODRIGO, G. T.; WATAYA, R. S.; TERTULIANO, I. W. Validação do Questionário Oito Remédios Naturais – Q8RN – Versão Adulto. **Life Style Journal**, v. 5, n. 2, p. 109-134, 2018.
- BEARD, J. R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**, v. 387, n.100330, p. 2145-2154, 2016.
- BLOOM, D. 7 BillionandCounting. **Science**, v. 333, n. 6042, p.562-569, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.** Diário Oficial da União, 1997.
- BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União, 2011.
- BUETNNER, D. **Blue Zones: 9 lessons for living longer from the people who've lived the longest.** 2ª Edição. National Geographic. Washington, D.C., 2008.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev. Bras. SaúdeOcup**, v. 41, n. 17, p. 181-199, 2016.
- FAUSTO, M. C. et al. Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users. **The JournalofAmbulatoryCare Management**, v. 40, n. 2, p 60-70, 2017.
- JIAN-FEI XIE, J. F, et al. A saúde mental é o fator mais importante que influencia a qualidade de vida de idosos deixados para trás quando as famílias emigram da China rural. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 364-370, 2014.
- JORGE, A. C.; MARQUES A. L. N.; CÔRTEZ, R. M.; FERREIRA, M. B. G.; HAAS, V. J. SIMÕES, A. L. A. Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de minas gerais. **Rev. Enferm Atenção Saúde**, v. 4, n. 1, p 28-41, 2015.
- KRIEGER, N. A Glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, v. 1, n. 55, p. 693-700, 2001.
- LIMA, N. A.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 44, p. 889-897, 2010.

- LÓPEZ-OTÍN, C.; BLASCO M. A.; PARTRIDGE, L.; SERRANO, M.; KROEMER, G. Hallmarks of Aging. *Cell*, v. 153, n. 6, p. 1194-1217, 2013.
- MACIAZEKI-GOMES, R. C.; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016.
- NUNES, C. A. et al. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 2, p. 127-144, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**, In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.
- PAULA, I. R.; MARCACINE, P. R.; CASTRO, S. S.; WALSH, I. A. P. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. *Saúde Soc*, v. 24, n. 1, p. 152-164, 2015.
- POULAIN, M.; HERM, A.; PES, G. The Blue Zones: areas of exceptional longevity around the world. *Vienna Yearbook of Population Research*, v. 11, n. 1, p. 87-108, 2013.
- SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Rev Saúde Coletiva*, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 2, n. 1, p. 03-05, 2006.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, v. 164, n. 05, p. 282-284, 1995.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, v. 46, n. 1, p. 1569-1585, 1998.
- VOS, T. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, v. 380, n. 9859, p. 2163-2196, 2012.

ANEXO - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO UTILIZAÇÃO DE OITO PRÁTICAS QUE PROMOVEM A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UBERABA -MG.

Pesquisador: LISLEI JORGE PATRIZZI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 82526517.2.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.624.996

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

"A população do Brasil está passando por um acelerado processo de envelhecimento, devido à significativa redução da taxa de fecundidade desde meados da década de 1960 e ao aumento da longevidade dos brasileiros.

Segundo dados do IBGE (2012), a taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90 filhos em 2010, uma redução de cerca de 70%. Paralelo a isso e no mesmo período, a expectativa de vida ao nascer aumentou 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010.

Estima-se que em 2050, o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país (IBGE, 2010).

Esses dados podem ser considerados positivos, na medida em que esses anos adicionais estejam envolvidos com independência funcional resultando em qualidade de vida satisfatória, no entanto, o Ministério da Saúde (2012) afirma que a maior longevidade da população, em especial, vem modificando o perfil epidemiológico no país, com aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis em detrimento das doenças infecto-parasitárias, por isso, pode-se

presumir que as mudanças demográficas e epidemiológicas terão significativa relevância para os gastos públicos com saúde e previdência (BANCO MUNDIAL, 2011).

Em 2010, o governo federal gastou 44,7% de suas despesas com esses dois itens (Brasil, 2011), parcela que tende a aumentar, seguindo as tendências verificadas em países em estágios mais avançados da transição demográfica. Esses gastos, segundo projeções da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE (2006) e da European Commission (2009), poderão representar parcela considerável do Produto Interno Bruto - PIB de economias desenvolvidas nas próximas décadas. Algumas regiões do mundo, consideradas Blue Zones, são alvo de muitas pesquisas e foram identificadas por cientistas e demógrafos como locais com características e práticas específicas que resultam em casos de alta incidência de longevidade com qualidade de vida satisfatória. São consideradas Blue Zones: Okinawa - Japão, Sardenha – Itália, Loma Linda - Estados Unidos, Península de Nicoya - Costa Rica e Icaria – Grécia.

As práticas específicas que promovem a saúde nessas regiões envolvem: alimentação saudável, tempo de exposição ao sol e de repouso, ingestão hídrica, ar puro, exercício físico, equilíbrio e espiritualidade. Muitos estudos identificam a longevidade com qualidade ao estilo de vida nessas comunidades.

As publicações do Adventist Health Study 2 - Connecting Lifestyle to Disease and Longevity, evidenciam que o estilo de vida interfere de forma positiva nos índices de saúde e longevidade.

Evidências sugerem que uma dieta rica em frutas e vegetais pode ser benéfica para a saúde, despertando o interesse no potencial benefício de uma dieta vegetariana. No entanto, outros estudos têm levantado a questão sobre a adequação de proteína, de tal dieta. A semelhança na redução do risco de fraturas em indivíduos que se alimentavam de fontes ricas em proteínas vegetais, em comparação com a ingestão de carne sugere que a ingestão adequada de proteínas é atingível em uma dieta vegetariana (THORP et al, 2008). Também há benefícios descritos que dietas ricas em frutas e vegetais reduzem a perda de massa muscular (DAWSON-HUGHES, HARRIS e CEGLIA, 2008) bem como reduzem as chances de doenças crônicas, como a hipertensão e o acidente vascular encefálico.

Outro fator relacionado a estes já citados e que também promovem saúde e previnem doenças é a realização habitual de exercício físico, que contribui para o envelhecimento saudável, com menores riscos de morbidade, mortalidade e quedas (PADOIN et al., 2010). Além disso, o exercício também auxilia na manutenção do sistema cognitivo em níveis elevados, já que

frequentemente observa-se que indivíduos que não realizam atividade física regular, apresentam maior propensão a um declínio dessa função (SANTOS; FORONI; CHAVES, 2009).

A prática de exercício físico pode elevar fatores de crescimento, mobilizando a expressão de genes que beneficiam o processo de plasticidade cerebral e como consequência aumentam a resistência do cérebro ao dano, melhora a aprendizagem e o desempenho mental (COTMAN, 2002). O treinamento de força muscular também tem sido relacionado aspectos cognitivos, tendo sido evidenciado relação entre perda de força muscular e o risco de demência e Doença de Alzheimer (LACHMAN et al., 2006; ROGERS, 2008; FERRIS et al., 2007). SUL e seus colaboradores (2007) afirmam que o nível de condicionamento físico em idosos é um fator preditor de mortalidade.

A exposição à luz solar, também é considerada um bom hábito que promove saúde, que já vem sendo descrita há anos como benéfica ao ser humano, assim como a qualquer outro ser vivo na Terra. Os efeitos da exposição à luz solar podem ser benéficos aos humanos, como sensação de bem-estar físico e mental, estimula a produção de melanina levando ao bronzeamento da pele, absorção de vitamina D, tratamento de icterícia e dentre outros benefícios, mas também podem causar muitos prejuízos ao organismo, se caso não for tomado os devidos cuidados quanto a dose da radiação recebidas (PAOLA e RIBEIRO, 1998).

O repouso e o sono, também contribuem para uma vida com mais saúde e conseqüentemente menos doenças. O repouso e o sono, são funções fisiológica complexa, natural, necessária ao organismo e ao cérebro, cuja finalidade é restaurar um padrão ideal de funcionamento do corpo. Durante o sono, o corpo se regenera, ocorrendo a síntese de proteínas. Embora seja uma característica individual, a média de sono diária da população adulta é de 7 a 8 horas, com exceção para as crianças, cuja necessidade é maior (LECENDREUX, 2003). Quando o indivíduo adormece, há uma diminuição dos estímulos externos e redução da atividade motora. Muitos fenômenos autônomos ocorrem, normalmente caracterizados por uma redução geral das funções vegetativas como a diminuição da frequência cardíaca e respiratória, diminuição da pressão arterial e a motilidade gastrintestinal; a temperatura corporal sofre a diminuição de um ou dois graus, acompanhada de redução da atividade metabólica dos órgãos e tecidos (LENT, 2004).

A ingestão hídrica é outra necessidade fisiológica ao organismo humano e que também promove a saúde. A água é o constituinte mais abundante do corpo e é um nutriente fundamental à vida e desempenha diversas funções orgânicas, sendo sua ingestão diária essencial à saúde. Segundo

Philippi (2008), a correta ingestão hídrica desempenha papel fundamental na manutenção do volume plasmático, atua no controle da temperatura corporal, age no transporte de nutrientes e na eliminação de substâncias não utilizadas pelo organismo, e ainda participa ativamente dos processos digestório, respiratório, cardiovascular e renal. A média diária de ingestão oral de água, pelo adulto, é de 1.500 a 3.000L e nem sempre esse valor é atingido. A baixa ingestão de água na vida moderna pode ser justificada pela alta ingestão de outros líquidos como refrigerantes, café e sucos e também por hábitos comportamentais, levando à prejuízos sistêmicos ao organismo humano.

Além da água, o ar é essencial para a manutenção de uma vida com saúde. É através do ar que absorvemos o oxigênio e outros gases inerentes à função orgânica. O fato de que, principalmente depois da revolução industrial, o ar na maioria das regiões do planeta tornou-se poluído também vem sendo estudado e relacionado com alterações na saúde dos indivíduos. Uma quantidade significativa de poluentes inalados atinge a circulação sistêmica através dos pulmões e pode causar efeitos deletérios em diversos órgãos e sistemas (BROOK, et al, 2010). Estimativas mundiais sugerem que a poluição ambiental externa cause 1,15 milhões de óbitos em todo o mundo e seja responsável por 8,75 milhões de anos vividos a menos ou com incapacidade (World Health Organization, 2009). No Brasil, a Organização Mundial da Saúde estima que a poluição atmosférica cause cerca de 20 mil óbitos/ano, valor cinco vezes superior ao número de óbitos estimado pelo tabagismo ambiental/passivo (OBERG, et al,2011).

Devido à grande área de contato entre a superfície do sistema respiratório e o meio ambiente, a qualidade do ar interfere diretamente na saúde respiratória. Tal fato é relevante não só no contexto ambiental como também no contexto de saúde pública, portanto a busca por ar puro deve e estratégias para diminuir a poluição ambiental devem ser repensadas e inseridas no contexto de pesquisa em saúde.

A espiritualidade também pode promover saúde e prevenir doenças. A espiritualidade poderia ser definida como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (Saad et al., 2001; Volcan, 2003). Independente da relação direta ou não com a religião, a espiritualidade também vem sendo relacionada com a saúde. Lutgendorf e colaboradores (2004) avaliaram a relação entre frequência de prática religiosa, níveis séricos de IL-6 e mortalidade em 557 idosos. A prática de atividades religiosas

de, pelo menos, uma vez por semana foi determinada como significativo preditor de menor mortalidade em 12 anos de seguimento e da menor elevação dos níveis de interleucina 6 (IL-6).

AIL-

6 tem se mostrado uma citocina fortemente correlata a reações agudas de estresse, doenças cardiovasculares, depressão, doenças osteomusculares, neoplasias e doença de Alzheimer (LUTGENDORF et al., 2004).

O equilíbrio, também chamado de temperança ou sensatez deve ser analisado em todos os aspectos do nosso cotidiano. A vida consiste de um equilíbrio dinâmico, que se modifica constantemente entre estados de estresse e homeostase. Desta forma, as forças que alteram a homeostase são equilibradas por respostas adaptativas geradas pelo organismo. Os organismos multicelulares se adaptam a essas situações através de complexas alterações neurais, humorais e celulares, envolvendo múltiplos órgãos e tecidos. O organismo humano desenvolveu um sistema complexo, constituído por componentes do sistema nervoso central, incluindo os neurônios do núcleo paraventricular hipotalâmico, que produzem o hormônio de liberação da corticotrofina, núcleos noradrenérgicos do tronco cerebral com seus componentes periféricos, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e o sistema nervoso autônomo, cuja principal função é manter a homeostase no repouso e em situações de estresse. Este sistema exerce importante influência em muitas funções vitais, como a respiração, o tônus cardiovascular e o metabolismo intermediário, que também são alteradas por estados de estresse (LOURES et al., 2002). Diante destes achados, o domínio próprio e o equilíbrio das ações em relações pessoais são fundamentais não só para a saúde mental como também para a saúde física.

A saúde, como um processo complexo e multifatorial, e a funcionalidade humana sofrem diversas influências. Envelhecer de forma saudável exige um pensar resultante em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças por toda a vida. O envelhecimento pode ser definido como um processo global de modificações contínuas que vai do nascimento até a morte, assim sendo, ações envolvendo promoção de saúde e prevenção de doenças devem ser inseridas e praticadas por todos, independentemente da faixa etária.

Esta pesquisa justifica-se por estabelecer um perfil da população de Uberaba-MG quanto a utilização de recursos que promovem a saúde e a visão da população quanto a sua importância neste processo. Justifica-se também por estabelecer estratégia de conscientização da população quanto as práticas específicas de estilo de vida que promovem saúde, para que os mesmos

possam motivar ações de Educação em Saúde em Uberaba – MG - Brasil beneficiando assim toda a população com um estilo de vida mais saudável, o que irá favorecer a longevidade com qualidade e conseqüentemente, menores níveis de dependência funcional."

Perguntas da Pesquisa:

"Qual o perfil da comunidade de Uberaba-MG (agentes comunitários e comunidade) quanto a utilização dos 8 recursos naturais de promoção de saúde?"

"Qual a condição de saúde geral da população (agentes comunitários e comunidade) de Uberaba – MG."

"O quanto a população de Uberaba –MG irá melhorar sua condição de saúde após realização de orientações (por 12 meses) quanto aos benefícios dos hábitos de vida saudáveis?"

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Estabelecer o perfil da comunidade (agentes comunitários e comunidade/ crianças, adultos e idosos) da cidade de Uberaba – MG / Brasil, quanto a utilização dos 8 recursos naturais de promoção de saúde;

Avaliar a condição de saúde geral da população (agentes comunitários e comunidade) de Uberaba;

Correlacionar as variáveis estudadas;

Disponibilizar à população (agentes e comunidade) de Uberaba-MG/Brasil orientações direcionadas para a utilização desta prática, estimulando para a mudança de hábitos de vida baseado na utilização dos recursos naturais;

Comparar os ganhos obtidos após período de 12 meses de conscientização/anualmente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

"Os participantes serão beneficiados pois receberão orientações quanto as práticas propostas e serão convidados participar de atividades que visam o estímulo de mudança de hábitos de vida baseado em práticas naturais. A proposta não prevê desconfortos e riscos e assegura a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes

da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. As informações oferecidas aos participantes em forma de orientações nesta pesquisa têm sua comprovação científica. Todos os participantes receberão o termo de consentimento livre e esclarecido e após terem assinado o mesmo serão submetidos à uma avaliação de perfil e condição de saúde, e em seguida convidados a participar de atividades voltadas para as práticas de vida saudáveis."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de retorno de pesquisa anterior. Pesquisadores responderam as solicitações do CEP-UFTM.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de consideração obrigatória adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios anuais, assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado na reunião do CEP-UFTM em 20/04/2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situaç
----------------	---------	----------	-------	--------

				ão
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1023074.pdf	10/04/2018 19:28:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	10/04/2018 19:28:02	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito
Parecer Anterior	CEP.docx	05/04/2018 09:51:16	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TC.docx	05/04/2018 09:49:41	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito
Outros	Anexos.docx	04/04/2018 15:36:42	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito
Outros	SMS.pdf	12/12/2017 10:47:10	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	01/12/2017 08:56:08	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 27 de Abril de 2018

Assinado por:

Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza (Coordenador)

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA –
QUESTIONÁRIO 8 REMÉDIOS NATURAIS**

QUESTIONÁRIO 8 REMÉDIOS NATURAIS – Q8RN

Avaliação do estilo de vida de adultos

Orientações: Marque um X na opção que mais se aproxima da sua prática nos últimos três meses.

Domínios	Itens	Questões	Escala de Respostas				
1. Nutrição	1	Com que frequência você inclui nas principais refeições do dia: feijões, cereais integrais, castanhas, frutas, legumes e verduras?	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	2	Como você se classifica no que se refere ao tipo de alimento que você mais consome? Escolha a opção mais adequada a seu caso.	Nãovegetariano: Come carne de tipos variados mais de 1 vez por semana	Semi Vegetariano: Come carne de tipos variados no máximo 1 vez por semana	Pesco Vegetariano: Come carne, frango e outras aves menos de 1 vez por mês, e come peixe mais de 1 vez por mês	Ovolacto Vegetariano: Come laticínios e ovos mais que 1 vez por mês e carnes menos que 1 vez por mês	Vegetariano estrito Consome leite, queijo, ovos, peixe ou carne no máximo 1 vez por mês ou menos
	3	Quantos dos itens a seguir você consome uma ou mais vezes por semana? (salgadinhos, bolachas, frituras, refrigerantes e doces de maneira geral)	Quatro a cinco itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum

Domínios	Itens	Questões	Escala de Respostas				
2. Exercício	4	Você pratica atividades de lazer, tais como caminhar, pedalar, jogar bola, esportes radicais ou outros hobbies e atividades prazerosas?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	5	Quantas vezes por semana você pratica exercício físico intenso (que faz suar e aumentar os batimentos cardíacos, como caminhada longa, corrida, bicicleta etc.)?	Nunca	Menos de 1 vez por semana	1 a 2 vezes por semana	3 a 4 vezes por semana	5 vezes ou mais por semana
	6	Quantos minutos você gasta em média quando faz exercícios intensos até suar?	Nenhum, não faço	5 a 10 minutos	10 a 20 minutos	21 a 30 minutos	30 a 60 minutos
3. Água	7	Quantos copos (250 ml) de água você bebe diariamente?	Nenhum	1 a 3 copos	4 a 6 copos	7 copos	8 ou mais
	8	Você utiliza a água como remédio para tratamentos caseiros quando necessário? (Por exemplo, compressas quentes e frias, aplicação de gelo, inalação, escalda pés e banhos em geral).	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
4. Sol	9	Com que frequência você se expõe ao sol pelo menos 15 a 20 minutos por dia?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	10	Em sua casa, as janelas e persianas são abertas diariamente para que entrem sol e luz natural?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

Domínios	Itens	Questões	Escala de Respostas				
5. Temperança	11	Você ingere bebida alcoólica (cerveja, vinho, licor, aguardente, pinga ou qualquer outra)?	Sim	----- -----			Não
	12	Você fuma cigarro, charuto, cachimbo ou usa fumo de rolo?	Sim	----- -----			Não
	13	Você fez uso de alguma droga, tipo maconha, crack, cocaína etc. nos últimos três meses?	Sim	----- -----			Não
	14	Você ingere bebidas que contêm cafeína? (café, chá preto, chá verde, chá mate, chá branco ou refrigerantes)	Sim	----- -----			Não
6. Ar puro	15	Considerando os lugares onde passa a maior parte do tempo, como você classifica a qualidade do ar que respira?	Muito ruim	Ruim	Regular	Boa qualidade	Muito boa qualidade
	16	Você faz respiração profunda ao ar livre ou quando precisa controlar a tensão e a ansiedade?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
7. Descanso	17	Você dorme de 7 a 8 horas por noite e acorda descansado(a) e com boa disposição na maioria das vezes?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	18	Você costuma dormir cedo? (por volta das 22h ou antes desse horário).	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

Domínios	Itens	Questões	Escala de Respostas				
8. Confiança	19	Você confia em Deus? (em um Ser Superior ou algo sagrado)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	20	Sua confiança em Deus (Ser Superior ou algo sagrado) influencia positivamente sua maneira de viver?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	21	Com que frequência você participa de reuniões religiosas ou espirituais?	Raramente ou nunca	Algumas vezes por ano	Duas a três vezes por mês	Uma vez por semana	Mais de 1 vez por semana
	22	Você pratica atividades religiosas ou espirituais em sua vida particular? (meditar, rezar ou orar, ler a Bíblia ou livros religiosos, fazer caridade etc.).	Raramente ou nunca	Poucas vezes por mês	Duas ou mais vezes por semana	1 vez ao dia	Mais de uma vez ao dia

O escore total do "Q8RN" é a somatória dos pontos atribuídos a cada item, ou seja, cada questão pontua de zero (0) a quatro (4), totalizando no máximo 88 pontos se respondidas todas as 22 questões.

Classificação do estilo de vida com base nos "Oito Remédios Naturais":

00 – 25	– insuficiente	()
26 – 44	– regular	()
45 – 58	– bom	()
59 – 73	– muito bom	()
74 – 88	– excelente	()

ESCORE DOS DOMÍNIOS

O questionário é composto por 22 itens/questões e oito domínios. Os escores para cada domínio são calculados com base no número de itens. É utilizada a escala de *Likert* (zero a quatro pontos em ordem crescente) para calcular o escore final exceto para os itens 11, 12, 13 e 14 do domínio 5 (Temperança) que são dicotômicos (0 ou 4 pontos). O ponto de corte é baseado na média/mediana e no número de questões por domínio. O parâmetro é considerado entre os valores mínimos e máximos. **Exemplo:** No domínio **Nutrição** existem três questões/itens com amplitude de 0-12, sendo 6 a média/mediana (ponto de corte).

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA –
WHOQOL – Bref**

The World Health Organization Quality of Life –

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:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

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

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

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua	1	2	3	4	5

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

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

		Nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL – “SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE – SRQ-20”

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE MENTAL - SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE.

Teste: **SRQ 20 – Self Report Questionnaire.**

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
9.1- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM	NÃO
9.2- Tem falta de apetite?	SIM	NÃO
9.3- Dorme mal?	SIM	NÃO
9.4 Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO
9.5- Tem tremors nas mãos?	SIM	NÃO
9.6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	SIM	NÃO
9.7- Tem má digestão?	SIM	NÃO
9.8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM	NÃO
9.9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO
9.10- Tem chorado mais do que de costume?	SIM	NÃO
9.11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM	NÃO
9.12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM	NÃO
9.13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)	SIM	NÃO
9.14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM	NÃO
9.15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM	NÃO
9.16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM	NÃO
9.17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM	NÃO
9.18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM	NÃO
9.19- Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO
9.20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM	NÃO
9.21- Total de respostas SIM		