

A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional

Amanda Maria Pereira^a , Adriana Lobo Jucá^b, Ivo de Andrade Lima^b,
Vera Lucia Dutra Facundes^b, Ilka Veras Falcão^b

^aUniversidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE, Brasil.

^bDepartamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE, Brasil.

Resumo: Introdução: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) configura-se num elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Seu trabalho pode gerar adoecimento e sofrimento, prejudicando sua Qualidade de Vida, compreendida como a percepção de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores que vive. O terapeuta ocupacional atua de forma a contribuir para a qualidade de vida do trabalhador. Objetivo: Caracterizar o perfil, as especificidades do trabalho e a qualidade de vida do ACS, contextualizando possíveis contribuições da terapia ocupacional. Método: Estudo descritivo com dados coletados usando um questionário sociodemográfico sobre hábitos de saúde/vida e especificidade do trabalho, e aplicação do WHOQOL-Bref para avaliar qualidade de vida. Resultados: Participaram 71 ACS, a maioria mulher, jovem, não fumantes e praticantes de atividades físicas. Trabalham em área de acesso regular (71,84%), em equipes completas (47,89%) e acompanhando acima de 750 pessoas (46,48%). A Qualidade de Vida tem, no domínio social, maior satisfação, com melhor pontuação nas facetas Relações Pessoais, Suporte e Apoio Social. O domínio Meio ambiente tem maior insatisfação e menor escore nas facetas Segurança Física e Proteção, Recursos Financeiros, Transporte e Ambiente Físico. O terapeuta ocupacional pode utilizar atividades grupais, expressivas e de matriciamento, abordando técnicas para segurança, trabalho em equipe, autocuidado e relaxamento, visando à saúde do ACS. Conclusão: A qualidade de vida geral apresenta indefinição, com ACS de muito satisfeitos a insatisfeitos. O terapeuta ocupacional atua com o objetivo de minimizar as fontes de adoecimento e sofrimento no trabalho dos ACS.

Palavras-chave: *Terapia Ocupacional, Agentes Comunitários de Saúde, Qualidade de Vida, Saúde do Trabalhador.*

The quality of life of community health agents and possible contributions of occupational therapy

Abstract: Introduction: Community Health Agents (CHA) a link between the health team and the community, suffering and illness, harming their Quality of Life which is understood as the individual's perception of their life position in cultural context, and value system in which they live. The occupational therapist contributes to the worker's quality of life. Objective: To describe the profile, job specificities and quality of life of CHAs, contextualizing possible contributions of Occupational Therapy. Method: A descriptive study conducted with health network CHAs Recife/PE. We assessed quality of life using sociodemographic questionnaire, with information on health/life habits and occupational conditions and the WHOQOL-Bref. Results: Seventy-one, most of them women, young, nonsmokers and practicing physical activity participated. They work in a regular access area (71.84%), in complete teams (47.89%) and accompanying over 750 people (46.48%) The quality of life has in the social domain achieved greater satisfaction, where the facets personal relationships and social support were better scored. The environment domain obtained lower score, with the facets freedom, physical safety and security, financial resources, transport

Autor para correspondência: Amanda Maria Pereira, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Av. da Engenharia, s/n, Cidade Universitária, CEP 50670-420, Recife, PE, Brasil, e-mail: amanda.mariappf5@hotmail.com

Recebido em Out. 24, 2017; 1ª Revisão em Maio 1, 2018; 2ª Revisão em Ago. 12, 2018; Aceito em Out. 22, 2018.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

andphysical environment having greater dissatisfaction levels. The occupational therapist can use group activities, expressive tasks and orientations in order to improve the agent's health by using techniques for safety, teamwork, self-care and relaxation. Conclusion: The community health agents lack the general definition of quality of life, with domains of satisfaction and dissatisfaction. The occupational therapist acts to reduce the sources of illness and suffering in these professionals' work.

Keywords: *Occupational Therapy, Community Health Agents, Quality of Life, Worker Health.*

1 Introdução

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o Agente Comunitário de Saúde (ACS), além de ser um promotor e vigilante das condições de saúde, tem como uma de suas funções a integração entre os serviços de saúde e a comunidade. Essa esperada integração é possível porque, ao fazer parte da comunidade e conhecer "as formas cotidianas de viver, de significar a vida e de se comportar das famílias locais" (OLIVEIRA et al., 2010, p. 31), o ACS tem o potencial de colaborar na comunicação dessas famílias com a equipe de saúde, além de facilitar a criação de vínculo e confiança (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013; JESUS et al., 2014).

É esse contato direto com a comunidade e a vivência no território que permitem ao ACS identificar as dificuldades que ali se encontram, sendo, na maioria das vezes, o facilitador junto às equipes da APS e à própria comunidade, para a transformação de situações-problema que estejam afetando a saúde e a qualidade de vida dos moradores (BRASIL, 2009; GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016). Para Malfitano e Lopes (2003, p.114):

O ACS é visto pelo seu 'vizinho' como alguém que pode auxiliá-lo, pois está inserido em um serviço de caráter público, o que facilita a comunicação e a apresentação de suas demandas naquele momento, demandas estas que podem ou não estar relacionadas a ações básicas de saúde, mas que são, na maioria das vezes, ações sociais básicas.

Desta maneira, o ACS estabelece relações sociais com a comunidade como agente de saúde e, por pertencer à própria comunidade, na relação de amigo, conselheiro e apoiador, assim como estabelece relações com a equipe de saúde em que desempenha sua função. No trabalho do ACS, há uma dimensão técnica, de ação direta à saúde da população, como mediador, promotor e articulador do cuidado, e outra dimensão política, na qual a solidariedade e a responsabilidade pela organização e transformação comunitária são evidenciadas (VASCONCELLOS;

COSTA-VAL, 2008; JARDIM; LANCMAN, 2009; GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Silva e Dias (2012) afirmam que o trabalho é importante na vida das pessoas, pois através deste se tem acesso à renda, primordial para satisfação das necessidades básicas, como alimentação, lazer, moradia, educação, entre outras. No entanto, sua importância não é somente pela renda e pelo acesso aos recursos para o bem-estar, mas também pelo sentimento de utilidade, reconhecimento e participação social, além de o trabalho ser integrante da identidade da pessoa.

E, como os demais trabalhadores, o ACS busca reconhecimento pelo seu trabalho, seja pelo aspecto técnico de ação direta na saúde, seja pelo papel solidário de articulador de relações. Para o ACS, esses aspectos tanto levam ao reconhecimento como à existência de tensões, problemas e dificuldades no desempenho da função e na saúde do profissional (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; JARDIM; LANCMAN, 2009; GALAVOTE et al., 2013; GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Diversos autores apontam que a saúde não é independente das situações laborais e que, apesar de fundamental para a construção da subjetividade do indivíduo e suas experiências, as condições a que os trabalhadores são expostos e como eles desempenham sua função podem gerar sofrimento e adoecimento (OLIVEIRA, 2001; SILVA; DIAS, 2012; BORSOI, 2007).

Nesse sentido, o presente estudo considerou as condições de trabalho contextualizadas na APS, enfocando algumas das especificidades desse processo, na qual aspectos físicos, sociais, administrativos e determinações normativas, como o número de pessoas assistidas, a composição das equipes ou as ações programáticas exercem pressão sobre o trabalhador e o funcionamento dos serviços (BRACARENSE et al., 2015; ASSUNÇÃO, 2011; URSINE et al., 2010). Com isso, a abordagem adotada se distancia da análise ergonômica da saúde ocupacional e busca tratar os aspectos relativos a organização e especificidade do trabalho do ACS.

A versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2011 estabelecia, nas especificidades das Equipes de Saúde da Família (EqSF), que 100% do território deve ser coberto por ACS e que o número de pessoas cadastradas por agente não deve exceder 750 pessoas. Ressaltava ainda a necessidade de respeitar critérios de equidade ao definir cada território e população adscrita. Recomendava que o número de pessoas por ACS considerasse a vulnerabilidade das famílias daquele território, de modo que onde fosse maior o grau de vulnerabilidade, menor deveria ser a quantidade de pessoas por agente e equipe (BRASIL, 2012). Porém, na PNAB em vigor a partir de 2017, esta cobertura universal passa a ser apenas uma recomendação, ou seja, a nova versão relativiza a cobertura populacional e não define parâmetros necessários à garantia da qualidade no acesso da população e do processo de trabalho dos profissionais que compõem as EqSF (BRASIL, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

As especificidades quanto ao trabalho dos ACS são cruciais para a manutenção de condições adequadas de trabalho, uma vez que estas não se resumem na realização do trabalho em si, mas também se relacionam com tudo que está em torno do trabalho, implicando diretamente sobre a qualidade de vida, a saúde, a satisfação e a vinculação com o trabalho, além de doenças ocupacionais e o rendimento desses profissionais (SILVA; DIAS, 2012).

Em relação ao trabalho como ACS, Martines e Chaves (2007) e Guanaes-Lorenzi e Pinheiro (2016) retratam que a incumbência pode provocar experiências depressivas, desapontamento diante do pouco reconhecimento do seu trabalho por parte da comunidade, refletindo em desvalorização, apreensão, dores no corpo, cansaço físico e emocional, além de estresse e sentimento de impotência diante das dificuldades da comunidade, o que desencadeia falha do processo de cuidado para a microárea pela qual é esse agente é responsável.

Outros fatores, como a estrutura da Unidade de Saúde da Família (USF), a insegurança encontrada na comunidade, a falta de apoio da gestão local e do poder público, as relações enfraquecidas entre os profissionais da unidade, as longas caminhadas em ruas com o saneamento básico inapropriado, podem desencadear riscos para a saúde e o bem-estar do ACS (MARTINES; CHAVES, 2007; OLIVEIRA et al., 2010; MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013). Para Martines e Chaves (2007), os acometimentos à saúde oriundos da ocupação como ACS não comprometem somente

seu desempenho no trabalho, mas interferem na Qualidade de Vida destes profissionais.

De acordo com Mascarenhas (2011, p. 77), “a qualidade da assistência prestada por estes profissionais à comunidade pode ser influenciada pela sua Qualidade de Vida”. Esta Qualidade de Vida é gerada por meio de valores da organização, respeito ao ser humano e sua saúde, à sua integridade moral, física e psicológica (CARVALHO, 2014). Assim, assegurar o bem-estar ao ACS como profissional resulta em maior Qualidade de Vida, repercutindo no desempenho satisfatório do próprio trabalho (MORETTI, 2005).

Para este estudo, adotou-se a compreensão de Qualidade de Vida como

[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WORLD..., 1998, p.8).

Por ser um termo amplo em sua conceituação e abordar vários domínios, a Qualidade de Vida é alvo de estudo de profissionais de diversas áreas. Estes estudos, geralmente quando vinculados à saúde, objetivam analisar como se apresenta a Qualidade de Vida para um determinado agrupamento e como intervir nas suas condições para prevenir ou sanar os problemas que geram os desgastes (GESSNER, 2006).

Dentre os profissionais da saúde, o terapeuta ocupacional, compreendendo o trabalho como área de ocupação do sujeito, contribuinte da constituição da identidade social, e tendo conhecimento da influência que o trabalho exerce na Qualidade de Vida e na saúde integral do trabalhador, é um dos que abordam essa área em sua prática, reconhecendo que o trabalho pode ser tanto promotor de saúde quanto gerador de doença para o trabalhador (DALDON; LANCMAN, 2012; SANTOS; RODRIGUES; PANTOJA, 2015).

Nesse contexto, o terapeuta ocupacional tem como meta a competência e a satisfação nos papéis de vida escolhidos pelos indivíduos, assim como nas atividades que compõem estes papéis, aperfeiçoando seu desempenho ocupacional. Além de centrada no fazer do indivíduo, também abrange situações de trabalho na esfera organizacional em que o mesmo é realizado (LANCMAN; GHIRARDI, 2002; FASOLI, 2013).

Para o terapeuta ocupacional, é necessário conhecer o que pode interferir negativamente na qualidade de vida e trabalho, para restabelecer essa

condição uma vez que esteja prejudicada (ANJOS; CASSAPIAN, 2011). Assim, o objetivo do estudo é caracterizar o perfil, a especificidade do trabalho e a qualidade de vida do ACS, contextualizando possíveis contribuições da Terapia Ocupacional.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, para identificar a forma como se expressa a qualidade de vida de ACS da rede de saúde do Recife-PE, realizado no período de janeiro a março de 2017. A área de estudo correspondeu às 20 Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário IV (DS IV) da rede municipal, que abrigam 40 Equipes de Saúde da Família (EqSF).

A área do estudo foi intencionalmente escolhida em razão da facilidade do acesso aos serviços de saúde, definidos pela gestão municipal como campo de prática e território de referência para formação de estudantes da universidade à qual a equipe de pesquisa é vinculada.

Este estudo foi autorizado pela gestão municipal e recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), tendo cumprido os procedimentos necessários à pesquisa com seres humanos (CAAE 61642216.3.0000.5208). Optou-se por estudar todos os ACS que estivessem regularmente trabalhando em uma das equipes do Distrito Sanitário escolhido. A população foi estimada em 240 profissionais elegíveis para o estudo, seguindo os parâmetros de, em média, seis ACS por equipe, conforme informação fornecida por gestores do Distrito Sanitário.

Para a coleta de dados, foi agendada, por telefone e/ou presencialmente, uma visita da pesquisadora principal, em dia da reunião de cada equipe, por ser esse o turno de maior presença de ACS na USF. Os ACS presentes foram convidados a participar, conformando uma amostra não probabilística com os profissionais a quem foi possível o acesso no período de coleta de dados. Os ACS que aceitavam, recebiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os formulários de pesquisa para serem respondidos nesse momento, em espaço de escolha de cada participante. A pesquisadora aguardava, na recepção da USF, o preenchimento dos formulários.

A pesquisa foi realizada em 14 (70%) das 20 USF e, por limitações do tempo do estudo, cada USF foi visitada apenas uma vez. Foram abordados 74 ACS com apenas três recusas, totalizando 71 participantes no estudo.

Para coleta de dados, utilizaram-se dois instrumentos, sendo um questionário elaborado pela equipe de

pesquisa para coleta das informações sociodemográficas, contendo perguntas sobre hábitos de vida e alguns aspectos da especificidade do trabalho da ACS, e outro WHOQOL-Bref da Organização Mundial da Saúde, em sua versão traduzida e validada para o Brasil para avaliar a Qualidade de Vida (SALES; FERREIRA, 2011).

O questionário elaborado pelos pesquisadores dividia-se em três sessões uma, com dados pessoais, como idade, sexo, escolaridade e situação conjugal; outra, com hábitos de vida e saúde, enfocando consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, prática de atividades físicas, tipo e frequência; a terceira sessão, com informações da especificidade do trabalho, características do território, do acesso, da composição da equipe e do número de pessoas acompanhadas. Algumas questões eram para assinalar e todas continham opção de acrescentar informações livremente.

O WHOQOL-Bref é um instrumento multidimensional e autoaplicável, com 26 questões. As duas primeiras abordam a Qualidade de Vida e a satisfação com a própria saúde de forma geral, e as demais abordam quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (FLECK et al., 2000). Cada questão é pontuada de 1 a 5, de acordo com o grau de satisfação, variando entre “nada satisfeito” a “muito satisfeito” (GOMES; HAMANNI; GUTIERREZ, 2014).

Para armazenamento dos dados, foi utilizado o programa *Microsoft Office Excel* através do link disponibilizado por Pedroso et al. (2010), com banco elaborado especificamente para entrada de dados do WHOQOL-Bref. E, para a análise, utilizou-se a frequência simples para caracterização da população e do trabalho, e a estatística descritiva com cálculo de média, desvio padrão e intervalo de confiança (95%) para análise da qualidade de vida, usando o software livre R.

Os escores obtidos no WHOQOL-Bref foram convertidos para uma escala de zero (0) a 100 e foi extraída a média de cada domínio; essas médias foram categorizadas a partir da escala adaptada por Gomes, Hamanni e Gutierrez (2014). Essa escala quantifica a Qualidade de Vida em três faixas, na qual zero (0) a 40 pontos corresponde a INSATISFAÇÃO; 41 a 69 pontos, a INDEFINIÇÃO, e mais que 70 pontos corresponde a SATISFAÇÃO.

3 Resultados

A população do estudo foi formada por 71 ACS, correspondendo a menos de 30% da população

estimada. As razões para isso foram a pequena participação de ACS nas reuniões de equipe nos turnos em que as USF foram visitadas, a limitação de tempo da pesquisa, que não possibilitou o retorno em outras reuniões, e ainda o grande número de equipes incompletas no Distrito Sanitário, o que somente foi detectado durante o trabalho em campo.

A população do estudo (Tabela 1) caracteriza-se por 91,50% de pessoas do sexo feminino e idade entre 20 e 69 anos, com média de 41 anos, correspondente

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e dos hábitos de vida dos ACS entrevistados entre janeiro e março/2017 do Distrito Sanitário IV, Recife-PE.

Variável	N (71)	%
SEXO		
Feminino	65	91,50
Masculino	6	8,50
FAIXA ETÁRIA (anos)		
20 a 29	5	7,04
30 a 39	13	18,30
40 a 49	31	43,70
50 a 59	16	22,52
60 a 69	2	2,81
Não informado	4	5,63
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteira (o)	16	22,52
Casada (o) /União Consensual	37	52,12
Separada (o) /Divorciada (o)	15	21,13
Viúva (o)	3	4,23
ESCOLARIDADE		
Ensino Médio completo	43	60,57
Ensino Superior completo	21	29,57
Pós-graduação	3	4,23
Superior incompleto	1	1,40
Não informado	3	4,23
HÁBITOS DE VIDA		
Tabagismo		
Sim	3	4,23
Não	68	95,77
Consumo bebidas alcoólicas		
Sim	26	36,62
Não	45	63,38
Prática Atividade Física		
Sim	41	59,15
Não	30	40,85
Tipo de Atividades Físicas (n41)		
Atividades aeróbicas	25	60,97
Atividades anaeróbicas	16	39,03
Frequência Atividades Físicas (n41)		
Menos de 3 vezes na semana	6	14,64
3 a 4 vezes na semana	20	48,78
Mais de 5 vezes na semana	15	36,58

à faixa de adultos jovens. A situação conjugal mais frequente foi de pessoas casadas ou em união consensual (52,12%) e a maioria das ACS (60,57%) informa ter Ensino Médio completo e Ensino Superior completo (29,57%). Quando verificados os hábitos de vida, 88,73% dos ACS não fumam e 63,38% não consomem bebida alcoólica, e a maioria (59,15%) realiza algum tipo de atividade física. Entre esses últimos, 60,9% são praticantes de atividades aeróbicas, sendo que a caminhada foi a modalidade mais citada, entre os que praticam atividades anaeróbicas, predomina a musculação. Quanto à frequência com que praticam atividade física, mais de 48% dos entrevistados realizam entre 3 e 4 vezes na semana, e 36,58%, mais de 5 vezes na semana.

No que se refere às especificidades do trabalho dos ACS entrevistados (Tabela 2), 71,84% relataram trabalhar em área de acesso regular, enquanto que 26,76% dos ACS trabalham em área considerada como de difícil acesso. Como informado por 47,89% dos participantes, estes atuam em EqSF completa, e 45,07% em equipe incompleta.

Quando verificada a quantidade de pessoas acompanhadas por profissional, 46,48% assumem o cuidado de 751 a 1000 pessoas e 42,25% dos ACS relatam acompanhar até 750 pessoas. Pouco mais de 80% dos pesquisados trabalha exclusivamente como ACS. Dentre os 16,91% que desempenham

Tabela 2. Caracterização das especificidades do trabalho dos ACS entrevistados entre janeiro e março/2017 do Distrito Sanitário IV, Recife-PE.

Variável	N 71	%
ESPECIFICIDADES DO TRABALHO		
Área de difícil acesso		
Sim	19	26,76
Não	51	71,84
Não respondeu	1	1,40
Composição da Equipe		
Equipe completa	34	47,89
Equipe incompleta	32	45,07
Não respondeu	5	7,04
N.º pessoas acompanhadas		
Até 750 pessoas	30	42,25
751 a 1.000 pessoas	33	46,48
Acima de 1.000 pessoas	5	7,04
Não respondeu	3	4,23
Outras ocupações		
Sim	12	16,91
Não	57	80,28
Não respondeu	2	2,81

outra função, a de técnico de enfermagem foi a mais citada.

A Tabela 3 apresenta a Qualidade de Vida dos participantes do estudo, avaliada em cada domínio do WHOQOL-bref. Considerando a Autoavaliação da Qualidade de Vida, a média atingida é de 60 a 79, o que indica uma avaliação na categoria de indefinição por parte dos ACS, como proposto por Gomes, Hamanni e Gutierrez (2014). Com base na escala proposta por esses autores, verificou-se que nenhum domínio foi avaliado na categoria de insatisfação. O domínio Social atingiu a maior média (71,70), sendo o único que corresponde à categoria de satisfação (70 e mais) entre os ACS, e o domínio

Meio ambiente (47,27) ficou na área mais baixa na região de indefinição (41 a 69).

A participação das facetas na avaliação da Qualidade de Vida encontra-se apresentada na Figura 1. As facetas Relações Pessoais e Suporte e Apoio social foram as mais bem pontuadas pelos ACS, como consta na Figura 1, contribuindo significativamente para a média de satisfação deste domínio. A baixa satisfação no domínio Meio ambiente para os participantes do estudo merece atenção e, nesse aspecto, o coeficiente de variação também indica uma variabilidade de respostas entre os ACS. As facetas que mais contribuíram para esse resultado e que têm as piores avaliações

Tabela 3. Domínios e Autoavaliação da Qualidade de Vida (QV), de acordo com WHOQOL-bref, dos ACS entrevistados entre janeiro e março/2017 do Distrito Sanitário IV, Recife-PE.

Domínios	Média (IC 95%)	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Mínimo	Máximo	Amplitude
Físico	57,75	9,20	15,93	55,52	59,97	4,45
Psicológico	62,30	12,81	20,56	59,20	65,41	6,21
Social	71,70	16,68	23,26	67,64	75,77	8,13
Meio Ambiente	47,27	12,84	27,16	44,17	50,38	6,21
Autoavaliação QV	60,79	16,69	27,18	57,36	65,44	8,08

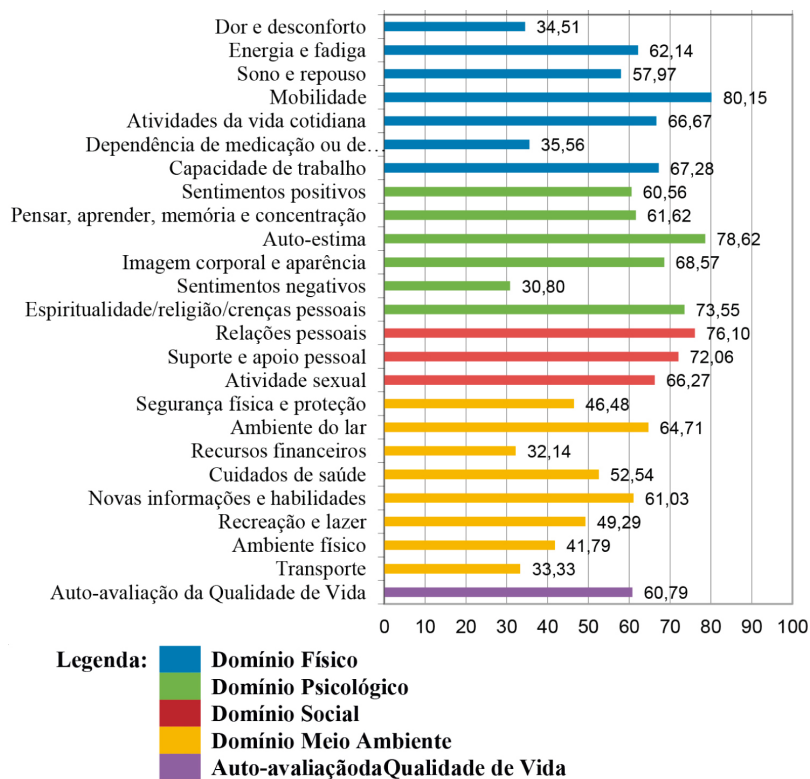


Figura 1. Avaliação das facetas por Domínio de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) dos ACS entrevistados entre janeiro e março/2017 do Distrito Sanitário IV, Recife-PE.

do WHOQOL-bref são os Recursos Financeiros (32,14), o Transporte (33,33%), o Ambiente Físico, sendo apontados poluição, ruído, trânsito e clima (41,79), e a Segurança Física e Proteção (46,48).

A insatisfação dos ACS quanto aos Recursos Financeiros e Transporte, que integram o Domínio Meio ambiente, encontram-se na região de insatisfação. Analisando a média do domínio Físico (57,75), verifica-se que o nível de satisfação se situa na categoria de indefinição. O menor coeficiente de variação deste Domínio indica uma maior homogeneidade entre as respostas, sinalizando que os comprometimentos quanto aos aspectos físicos atingem a maioria dos ACS. Quando analisados, por sua vez, a dor e o desconforto capazes de impedir a realização do que precisam fazer e a dependência de medicação ou de tratamento foram as facetas retratadas pelos ACS pesquisados com índices de insatisfação, obtendo as médias 34,51 e 35,56, respectivamente.

Dentre as facetas que compõem o domínio Físico, Mobilidade (80,15), Capacidade de trabalho (67,28) e Capacidade de desempenhar atividade do dia a dia (66,67) contribuem com melhores médias de satisfação. O domínio Psicológico engloba as facetas Sentimentos positivos; Pensar, aprender, memória e concentração; Autoestima, Imagem corporal e aparência; Sentimentos negativos, e Espiritualidade/religião/crenças pessoais. A faceta Sentimentos negativos corresponde à maior insatisfação dos ACS do estudo, com a média de 30,80, e a Autoestima assume a maior média, nesse domínio (78,62).

4 Discussão

A predominância de ACS do sexo feminino e de adultos jovens (entre 18 e 45 anos) é semelhante à de outros estudos (HENRIQUES et al., 2015; PAPALIA et al., 2006; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008). O maior número de mulheres que trabalham como ACS pode ser explicado pelo fato de que, mesmo ampliando sua participação em outras profissões no mercado de trabalho, a mulher ainda é percebida, socialmente, no papel de cuidadora, adequando-se ao perfil de ACS (MASCARENHAS et al., 2012). Outro aspecto a ser destacado é a resistência, por parte da comunidade, ao ACS do sexo masculino, ou por dificuldades deste para desempenhar algumas tarefas, estabelecer vínculos, entrar em domicílio no qual a mulher reside sozinha e orientar quanto aos cuidados em saúde da mulher e da criança, por constrangimentos em revelar certas particularidades a um homem (WAI, 2007; BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

O nível de escolaridade dos ACS encontra-se além do pré-requisito estabelecido pela Lei n.º 11.350/2006, confirmando outras pesquisas (KLUTHCOVSKY et al., 2007; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008). Uma escolaridade mais elevada, embora não seja um fator exclusivo, pode influenciar a capacidade de cuidado, pois um maior grau educacional amplia a condição do ACS de incorporar novos conceitos e utilizá-los em sua prática, em benefício dos usuários (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010; LOURENÇÃO et al., 2012; MASCARENHAS et al., 2012; DENTI; TOZZO; MENDEZ, 2014; FREITAS et al., 2015).

Os hábitos de vida dos participantes também coincidem com o estudo de Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013), de modo que o trabalho em saúde desenvolvido pelos ACS pode ajudá-los a ter uma avaliação crítica quanto aos hábitos, com menor uso do tabaco e consumo de álcool. A prática de atividades física entre os ACS se assemelha aos achados de Ursine, Trelha e Nunes (2010). A execução dessas atividades é um dos pontos fundamentais para a melhora da capacidade física e do controle de doenças, particularmente para as ACS, uma vez que a própria atividade laboral exige longas caminhadas, e, portanto, capacidade de desempenho físico melhorado (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010; CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012).

Quando apreciadas as especificidades do trabalho, a dificuldade de acesso em sua área de trabalho, referida por alguns ACS, pode se relacionar aos aspectos ambientais, próprios da periferia das cidades grandes, como é o caso da localidade em estudo, pela distância geográfica e dificuldades físicas do território (escadarias, encostas e ladeiras), e aos aspectos logísticos na organização do trabalho da USF, que visa ofertar serviços à população mais vulnerável. Estudos também destacam os domicílios fechados no horário de trabalho, não querer receber o ACS em casa, o ataque de animais domésticos e a ação de grupos do tráfico de drogas que instituem áreas de circulação restrita como fatores de constrangimentos dos ACS em seu exercício profissional (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014; FERRI, 2014; LIMA et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2017).

No tocante à composição da equipe de Saúde da Família, quando esta é incompleta deixa de desenvolver alguns serviços essenciais à comunidade, além do risco de negligenciar cuidados, pela fraca vinculação equipe-comunidade, de modo que os usuários, mesmo tendo necessidade, não procuram a unidade para atendimento. Destaca-se também a sobrecarga de trabalho para outros profissionais da unidade, privando os usuários de uma assistência

adequada, pois o trabalho em equipes incompletas e a instabilidade dos profissionais quanto à permanência na USF, assim como a relação descontinuada entre os integrantes da EqSF, são dificuldades que o ACS pode vivenciar durante o curso do seu trabalho (SPERONI, 2016).

Vale destacar a relação hierarquizada com profissionais de nível superior, levando a uma menor participação dos ACS em espaços de organização do trabalho, como as reuniões da equipe. Os ACS, por se sentirem desvalorizados e por não terem espaço para opinar, passam a se ausentar dos espaços de planejamento das ações no trabalho (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010; GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016; SPERONI, 2016).

Entre as especificidades referentes ao trabalho, a quantidade de pessoas acompanhadas por ACS excede ao preconizado pela PNAB (BRASIL, 2012) para quase metade dos profissionais deste estudo. O número de pessoas acompanhadas pode gerar um excesso de demandas, extrapolando a capacidade de resposta e resolutividade, além de dificultar o processo de trabalho do profissional, comprometendo a qualidade da atenção prestada. Esse quantitativo maior de famílias/pessoas cadastradas pode ser fonte de adoecimento para os ACS, além de atingir a própria equipe como um todo (WAI; CARVALHO, 2009; DENTI; TOZZO; MENDEZ, 2014). Vale destacar que a nova PNAB (BRASIL, 2017) deixa indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, trazendo assim prováveis prejuízos à assistência por sobrecarga de trabalho. De acordo com a nova PNAB, uma EqSF pode ser composta por apenas um ACS, comprometendo o elo entre comunidade e equipe, que é facilitado por esse profissional (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em referência ao acúmulo de atividade como ACS e outra profissão da área de saúde, este também foi encontrado no estudo de Ursine, Trelha e Nunes (2010), no qual identificaram que a maioria dos ACS possui curso técnico na área de enfermagem. Marzari (2007) explica que os ACS com curso técnico justificavam essa outra formação por necessidade de qualificação, somando o conhecimento vivencial como ACS a um referencial teórico. Outro ponto que vale destacar é a busca por outras oportunidades de inserção no mercado de trabalho como renda complementar, considerando que a remuneração exclusiva como ACS não seja suficiente para suprir as necessidades básicas destes profissionais, fazendo, portanto, com que busquem outras ocupações. Porém, o desempenho de vários papéis gera sobrecarga e pode ter efeitos negativos para a saúde (WAI; CARVALHO, 2009;

LOURENÇÃO et al., 2012; FREITAS et al., 2015; ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016).

Analisando a média de avaliação do estado geral de saúde e Qualidade de Vida dos ACS, em seus estudos, Kluthcovsky e colaboradores (KLUTHCOVSKY et al., 2007), Bernardes (2008) e Santana (2015) encontraram médias superiores, indicando uma satisfação maior do que os ACS do nosso estudo. Verifica-se que o estado geral de saúde e Qualidade de Vida referido pelos ACS entrevistados é o domínio com o maior coeficiente de variação (27,18%), indicando que as respostas foram mais dispersas. Ou seja, parece não haver um consenso quanto a essa avaliação entre a população estudada.

Sensível à complexidade de fatores que constituem a experiência laboral, o terapeuta ocupacional considera a especificidade do trabalho, estimulando o trabalhador a refletir acerca das mudanças nessa relação, se a ocupação é prejudicial a si em alguma medida (JARDIM; LANCMAN, 2009; DALDON; LANCMAN, 2012; SANTOS; RODRIGUES; PANTOJA, 2015). À vista disto, propõe-se destacar as questões que mais influenciam a Qualidade de Vida dos ACS neste estudo e, a partir da literatura, apontar possíveis contribuições da terapia ocupacional para minimizar a possibilidade de adoecimento decorrente do trabalho.

A indefinição na avaliação do Domínio Físico e maior homogeneidade dos ACS, com menor satisfação atribuída às facetas Dor e Desconforto, e Dependência de medicação, são questões que parecem requerer cuidados. A rotina de trabalho como ACS exige caminhadas longas, com mochilas pesadas pelo transporte da balança para pesar crianças e cadernos para anotações, além das posturas assumidas durante o trabalho, o que pode representar riscos biomecânicos e para distúrbios musculoesqueléticos, constituindo fonte potencial de desconforto (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

As ações para prevenção de sofrimento, promoção do bem-estar e propostas de condicionamento físico que protejam o trabalhador podem influenciar positivamente a sua saúde (KING; OLSON, 2011). Desta maneira, o terapeuta ocupacional pode orientar o ACS quanto ao transporte correto dos equipamentos de trabalho, à manutenção da boa postura durante as tarefas a serem executadas, a alongamentos e automassagem, e a exercícios físicos, entre outros cuidados que amenizam a dor e o desconforto, cooperando para a melhoria das condições de saúde dos ACS (WAI; CARVALHO, 2009; TOLDRÁ et al., 2010).

Quanto ao Domínio psicológico, o Sentimento negativo alcançou a menor pontuação e, isolado, contribuiu para insatisfação com a qualidade de vida. Somado ao potencial do estresse pelo dimensionamento desfavorável do número de pessoas, entre outros motivos de frustração e impotência diante das expectativas reais e as idealizadas na atuação da ACS, pode criar e alimentar um complexo conflito, repercutindo na condição física do profissional, com potencial de afetar a qualidade de vida (MARTINES; CHAVES, 2007; CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012).

Estudos identificaram que também a desvalorização do trabalho do ACS, com pressão por parte da comunidade, equipe e gestão, leva a sofrimentos pelo conflito entre o idealizado e a expectativa em relação à sua competência. Por outro lado, se o sistema de saúde não responde às necessidades da população de modo imediato, a comunidade cobra ações que fogem da governabilidade do ACS, sobrecarregando-o (SOUZA; FREITAS, 2011; CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012; ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016). O ACS é um profissional que cuida, mas que também precisa ser cuidado, para que as situações inerentes ao seu trabalho não sejam razão de adoecimento e de pior qualidade de vida para esse trabalhador (JARDIM; LANCMAN, 2009).

O terapeuta ocupacional pode intervir de modo que as ações sejam direcionadas às transformações da organização do trabalho, à redução do descompasso entre o trabalho real e o prescrito, a partir de mudanças na relação das pessoas com o seu trabalho (TOLDRÁ et al., 2010; OLIVEIRA, 2004; LANCMAN, 2004).

É fundamental, para o terapeuta ocupacional, entender o reflexo que o trabalho exerce na Qualidade de Vida e na saúde do trabalhador, para assim intervir nas situações que geram prejuízos à saúde e reforçar as situações positivas. Este entendimento captado pela escuta, num momento de matriciamento ou de reflexão com os trabalhadores em trabalhos grupais, de maneira que esses encontros permitam ao sujeito se readequar ou transformar a compreensão do seu trabalho, impulsiona mudanças necessárias para que esta convivência se torne mais saudável (LANCMAN, 2004).

Importa ressaltar que a faceta Autoestima foi a que alcançou a média mais alta no domínio Psicológico, demonstrando que os ACS deste estudo estão satisfeitos consigo mesmos. Da mesma forma, os resultados positivos alcançados nas facetas Espiritualidade/religião/crenças pessoais e Imagem corporal equivalem aos estudos de Vasconcellos e Costa-Val (2008), Mascarenhas (2011) e Bernardes (2008). Inferimos que o terapeuta ocupacional pode

usar atividades corporais e de autoexpressão numa abordagem grupal, como a arte-terapia e as oficinas de autocuidado, reforçando, nestes profissionais, a capacidade de apreciar e valorizar seus próprios sentimentos, e a autoconfiança com aparência pessoal e profissional, além de eliminar possíveis atitudes prejudiciais para si, reforçando essas dimensões positivas para a saúde destes (KUBOTA et al., 2013).

No tocante à dimensão espiritualidade, o documento Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo, produzido pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (ASSOCIAÇÃO..., 2015), situa as crenças e a espiritualidade como fatores do cliente que possuem capacidade de influenciar e motivar o desempenho das ocupações do sujeito. Assim, podem favorecer esses ACS e permitir um enfrentamento em situações de sofrimento e de desafios vivenciadas com frequência por esses trabalhadores (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

A avaliação positiva nas relações sociais igualmente esteve presente nos estudos de Vasconcellos e Costa-Val (2008) e Bernardes (2008). A essência do trabalho como ACS são as relações e vínculos estabelecidos com a equipe e com a comunidade, de forma que, se isso ocorre harmoniosamente, concebe-se um melhor rendimento profissional e um aumento na satisfação pessoal (MASCARENHAS et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2017).

O terapeuta ocupacional no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), através do apoio matricial, tem o papel de colaborar e facilitar nas atividades junto aos ACS para a formação de vínculo com a comunidade e ainda para o cuidado da própria condição de trabalhador. O vínculo é facilitado pelo fato do ACS residir onde trabalha e, ao ser capacitado, o processo de trabalho flui com menores desgastes (SPERONI, 2016; CAMPOS; DOMINITTI, 2007). A ação do terapeuta ocupacional por meio do matriciamento, nesse caso, não se dirige somente ao vínculo com a comunidade, mas à atuação na EqSF, que requer desenvolvimento de habilidades técnicas e sociais suficientemente harmoniosas para o trabalho em equipe.

Dessa forma, o terapeuta ocupacional, através de dinâmicas grupais com abordagens reflexivas, expressivas, lúdicas e recreativas, busca promover o fortalecimento do vínculo e da integração com os demais profissionais da Unidade. Também poderá sensibilizar quanto à importância do trabalho em equipe, permitindo o empoderamento dos ACS para a expressão das suas opiniões, constituindo relações mais horizontais na equipe (SANTOS; RODRIGUES; PANTOJA, 2015; NASCIMENTO et al., 2017).

Para Mascarenhas (2011), o contexto social e ambiental ao qual uma pessoa está exposta é um importante influenciador da saúde, de modo que viver em uma área com pouca poluição, clima agradável, segurança e infraestrutura adequadas resulta em maior expectativa de vida. Por outro lado, o urbanismo inadequado cria situações insustentáveis, como o déficit de moradia, trabalho, transporte e lazer, gerando formas endêmicas de males urbanos.

Ao considerar a determinação social da saúde, entende-se que a condição e o suporte social, a organização do trabalho e do ambiente físico, e as práticas de saúde, entre outros aspectos, estão diretamente associados à saúde da população e do trabalhador (LETTS, 2011). A insuficiência, quanto à provisão das políticas sociais de qualidade, como segurança, moradia, transporte, educação, salário, saúde, entre outras condições, atinge a população e também os ACS. Esse trabalhador é afetado duplamente, por prestar serviços à comunidade e ser vítima da desassistência, e por também ser comunitário e alvo da mesma problemática (JARDIM; LANCMAN, 2009; CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012).

O terapeuta ocupacional, guiado pelo princípio da responsabilidade territorial na assistência, constitui-se como ator político e social, delineando possibilidades de transformação e emancipação social juntamente com os ACS. Além de reconhecer as condições de risco à saúde, de estimular estratégias para gerenciar o estresse e desgastes no trabalho, esses profissionais podem agir conjuntamente com outros cidadãos em busca de melhores condições de vida. Assim, cabe não só ao poder público, mas aos profissionais e à comunidade como um todo, promover ações voltadas para a promoção da saúde e Qualidade de Vida (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002; PÁDUA; MAGALHÃES, 2008; LANCMAN et al., 2009; CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012).

5 Conclusão

O presente estudo permitiu analisar o perfil, as especificidades do trabalho e os aspectos da Qualidade de Vida dos ACS do Distrito Sanitário IV, da Cidade d Recife-PE. Os profissionais que participaram do estudo são em sua maioria do sexo feminino, adultos jovens, têm escolaridade de nível médio e alguns possuem nível superior, não ingerem bebidas alcoólicas ou fumam, e praticam atividades físicas. Aproximadamente 50% integram equipes incompletas e informam dar cobertura a mais de 750 pessoas, sendo esse número excessivo.

Quanto aos resultados obtidos pelo WHOQOL-bref, a Autoavaliação geral da Qualidade de Vida dos ACS foi classificada como indefinida e teve variação nas respostas com ACS muito satisfeitos a insatisfeitos. Nos domínios Social, Psicológico e Físico, as facetas da Autoestima, Apoio e suporte social, e Mobilidade são as mais bem avaliadas pelos ACS pesquisados. Já no domínio Meio ambiente, as facetas Recursos financeiros, Transporte, Meio ambiente e Segurança física são avaliadas na categoria de Insatisfação.

A especificidade do trabalho dos ACS pode prejudicar sua saúde e interferir em sua Qualidade de Vida. Entendendo o trabalho como área de ocupação do sujeito e compreendendo a existência da relação entre trabalho saúde-doença, o terapeuta ocupacional atua em prol do bem-estar destes profissionais por meio de estratégias coletivas, para enfrentamento das fontes de adoecimento e sofrimento no trabalho, através de reflexões e vivências que problematizem as questões de âmbitos que circundam o dia a dia do ACS. É fundamental retratar também o incentivo quanto à conquista de políticas públicas sociais que beneficiem a saúde da comunidade e, consequentemente, dos ACS.

Sugerimos outros estudos sobre a atuação da terapia ocupacional na saúde e qualidade de vida do trabalhador ACS, e os incentivos para que o terapeuta ocupacional, sendo parte do NASF, possa desenvolver ações de cuidado na saúde do trabalhador a partir do matriciamento tanto para estes profissionais como para os demais membros da EqSF.

Referências

- ALMEIDA, M. C. S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em agentes comunitários de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 93-100, 2016.
- ANJOS, R. G. B.; CASSAPIAN, M. R. A. Intervenção terapêutica ocupacional junto a pacientes com fibromialgia. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 19, n. 1, p. 71-80, 2011.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL – AOTA. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 26, p. 1-49, 2015. Edição Especial.
- ASSUNÇÃO, A. Á. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 453-478. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/33/2015/04/Saude-dos-Trabalhadores-da-saude_Capitulo.pdf>. Acesso em: 28 maio 2018.

- BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambiente & Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 53-70, 2014.
- BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional social. *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 95-103, 2002.
- BERNARDES, K. A. G. *Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde em um município da região oeste do Estado de São Paulo*. 2008. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-31102008-15005.php>>. Acesso em: 06 jun. 2017.
- BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 103-111, 2007.
- BRACARENSE, C. F. et al. Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 542-548, 2015.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 08 out. 2018.
- BRASIL. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMELO, S. H. H.; GALON, T.; MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 661-667, 2012.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMINITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-340, 2007.
- CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no programa da saúde da família: o agente comunitário de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1509-1520, 2010. Suplemento 1.
- CARVALHO, M. F. S. Gestão de pessoas: implantando qualidade de vida no trabalho sustentável nas organizações. *Revista Científica do ITPAC*, Araguaína, v. 7, n. 1, p. 1-6, 2014.
- DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Terapia ocupacional na vigilância em saúde do trabalhador. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 216-222, 2012.
- DENTI, I. A.; TOZZO, M. B.; MENDEZ, L. M. P. Perfil e necessidades básicas de educação dos agentes comunitários de saúde do Alto Uruguai. *Perspectiva Erechim*, Erechim, v. 38, p. 61-71, 2014. Edição Especial.
- FASOLI, S. E. Avaliando papéis e competências. In: RADOMSKI, M. V.; LATHAM, C. A. T. *Terapia ocupacional para disfunções físicas*. São Paulo: Santos, 2013. p. 76-102.
- FERRI, P. *Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas de trabalho no município de Arvorezinha*. 2014. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107273/000944878.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 abr. 2017.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- FREITAS, L. M.; CORIOLANO-MARINUS, M. W. L.; RUIZ-MORENO, L. S. L. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. *ABCS Health Science*, Santo André, v. 40, n. 3, p. 171-177, 2015.
- GALAVOTE, H. S. et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 575-586, 2013.
- GESSNER, C. L. S. *Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó/SC*. 2006. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão de Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006. Disponível em: <<https://siaiap39.univali.br/repositorio/handle/repositorio/1067>>. Acesso em: 15 jun. 2017.
- GOMES, J. R. A. A.; HAMANNI, E. M.; GUTIERREZ, M. M. U. Aplicação do Whoqol-Bref em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 495-516, 2014.
- GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A. (Des) valorização do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.
- HENRIQUES, M.; HENRIQUES, J.; JACINTO, J. Acidente vascular cerebral no adulto jovem: a realidade num centro de reabilitação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, Heidelberg, v. 27, n. 1, p. 9-13, 2015.
- JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

- JESUS, A. S. et al. Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 239-244, 2014.
- KING, P. M.; OLSON, D. L. Trabalho. In: WILLARD, L. S.; SPACKMAN, C. S. *Terapia ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 626-643.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 29, p. 176-183, 2007.
- KUBOTA, A. M. A. et al. Terapia ocupacional na abordagem de pessoas em tratamento por anorexia nervosa. *Saúde*, Santa Maria, v. 39, n. 2, p. 23-34, 2013.
- LANCMAN, S. Construção de novas teorias e práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. In: LANCMAN, S. *Saúde, trabalho e terapia ocupacional*. São Paulo: Rocca, 2004. p. 71-83.
- LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 44-50, 2002. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i2p44-50>.
- LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000036>.
- LETTTS, L. Promoção da saúde. In: WILLARD, L. S.; SPACKMAN, C. S. *Terapia ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 163-183.
- LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.
- LOURENÇÃO, L. G. et al. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município do interior do Estado de São Paulo. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 19, n. 1, p. 19-27, 2012.
- MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Programa de saúde da família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 110-117, 2003.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.
- MARZARI, C. K. *Agente comunitário de saúde: perfil e profissionalização*. 2007. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/2965>>. Acesso em: 17 jul. 2017.
- MASCARENHAS, C. H. M. et al. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 19, n. 4, p. 97-103, 2012.
- MASCARENHAS, C. H. M. *Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde do município de Jequié - BA*. 2011. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2011. Disponível em: <<http://www.uesb.br/ppgensaude/dissertacoes/turma2/DISSERTACAO-CLAUDIO-HENRIQUE-MEIRA-MASCARENHAS.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2017.
- MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, 2013.
- MORETTI, S. *Qualidade de vida no trabalho x auto-realização humana*. Florianópolis: Instituto Catarinense de Pós-Graduação, 2005. Disponível em: <<http://www.ergonomia.ufpr.br/PB%20qvt%20realiz%20humana.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.
- NASCIMENTO, V. F. et al. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. *Saúde*, Santa Maria, v. 43, n. 1, p. 60-69, 2017.
- OLIVEIRA, A. J. Terapia ocupacional: perspectiva para a educação em saúde do trabalhador. In: LANCMAN, S. *Saúde, trabalho e terapia ocupacional*. São Paulo: Rocca, 2004. p. 1-17.
- OLIVEIRA, A. R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 28-36, 2010.
- OLIVEIRA, R. M. R. *A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES*. 2001. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5091>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- PÁDUA, E. M. M.; MAGALHÃES, L. V. *Terapia ocupacional: teoria e prática*. São Paulo: Papiros, 2008.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010.

- SALES, G. P.; FERREIRA, T. F. Aplicação do questionário “whoqol-bref” para avaliação da qualidade de vida nos participantes do projeto de promoção em saúde corra pela vida de são roque do canaã/es. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, São Paulo, v. 5, n. 28, p. 366-374, 2011.
- SANTANA, M. C. C. *Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde da família de Ipojuca, Pernambuco*. 2015. 42 f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15988>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- SANTOS, E. D. A.; RODRIGUES, K. V. S.; PANTOJA, A. M. Atividades grupais e saúde do trabalhador: uma análise terapêutica ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 879-888, 2015.
- SILVA, T. L.; DIAS, E. C. (Org.). *Guia do ACS: o agente comunitário de saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas*. Belo Horizonte: NESCON, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3724.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O Agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, n. 1, p. 96-109, 2011.
- SPERONI, K. S. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. *Revista Cuidarte*, Colombia, v. 7, n. 2, p. 1325-1337, 2016.
- TOLDRÁ, R. C. et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.
- 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. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.
- VASCONCELLOS, N. P. C.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa – MG. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 17-28, 2008.
- WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009.
- WAI, M. F. P. *O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: fatores de sobrecarga e mecanismo de enfrentamento*. 137 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *WHOQOL user manual*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1998.

Contribuição dos Autores

Todos os autores contribuíram igualmente na concepção do artigo e aprovaram a versão final do texto.