

Ribeiro Paula, Ítalo; Ribeiro Marcacine, Patricia; Sulyvan de Castro, Shamyr; Porcatti de Walsh, Isabel Aparecida

Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais

Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 1, enero-marzo, 2015, pp. 152-164

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263640021>

- [Como citar este artigo](#)
- [Número completo](#)
- [Mais artigos](#)
- [Home da revista no Redalyc](#)

Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais

Work ability, musculoskeletal symptoms, and quality of life among community health workers in Uberaba, Minas Gerais, Brazil

Ítalo Ribeiro Paula

Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil.
E-mail: italouftm@hotmail.com

Patricia Ribeiro Marcacine

Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil.
E-mail: patriciaribeiromarcacine@yahoo.com.br

Shamyr Sulyvan de Castro

Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Instituto de Ciências da Saúde. Departamento de Fisioterapia Aplicada. Uberaba, MG, Brasil.
E-mail: shamyr@fisioterapia.ufsm.edu.br

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Instituto de Ciências da Saúde. Departamento de Fisioterapia Aplicada. Uberaba, MG, Brasil.
E-mail: ewalsh@terra.com.br

Correspondência

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh
Rua Capitão Domingos, 309.
CEP 38025-010. Uberaba, MG, Brasil.

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade para o trabalho (CT), aspectos socioeconômicos, qualidade de vida (QV) e sintomas osteomusculares, bem como as associações entre estes em agentes comunitários de saúde (ACS) da cidade de Uberaba, Minas Gerais. Participaram da pesquisa 47 ACS (42 mulheres e 5 homens), com idade média de $37,26 \pm 12,74$ anos, que responderam um questionário socio-demográfico, o Questionário Nôrdico de Sintomas Osteomusculares, o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e o Índice de Capacidade para o Trabalho. A análise inferencial foi realizada com a utilização do teste de Mann-Whitney, teste de Kruskall Wallis e teste de correlação de Spearman, com significância de 5%. Dos ACS entrevistados, 82,98% apresentaram sintomas osteomusculares nos últimos 7 dias e 93,62% nos últimos 12 meses. O domínio da QV mais comprometido foi a dor, seguido pela vitalidade, aspectos sociais, saúde mental, estado geral de saúde, aspectos emocionais, aspecto físico e capacidade funcional. A média da CT foi de $36,51 \pm 7,95$. A comparação entre sexo e CT indicou que maior número de mulheres apresentou capacidade inadequada. Maior incidência de sintomas implicou capacidade inadequada. Quanto mais baixos os escores da QV, menor a CT.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Capacidade de Trabalho; Qualidade de Vida.

Abstract

This study aimed to assess work ability (WA), socio-economic aspects, quality of life (QoL), and musculoskeletal symptoms, as well as the associations between them in community health workers (CHW) in the town of Uberaba, Minas Gerais, Brazil. A total of 47 CHW participated in the survey (42 women and 5 men), with an average age of 37.26 ± 12.74 years, who answered a sociodemographic questionnaire, the Nordic Questionnaire of Musculoskeletal Symptoms, the Questionnaire on Quality of Life SF-36, and the Work Ability Index. Inferential analysis was performed using the Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test, and Spearman's correlation test, with a 5% significance level. Of the CHW interviewed, 82.98% had had musculoskeletal symptoms within the last 7 days and 93.62% within the last 12 months. The most compromised QoL domain was pain, followed by vitality, social aspects, mental health, general health status, emotional aspects, physical appearance, and functional capacity. The mean value for WA was 36.51 ± 7.95. The comparison between gender and WA indicated that a greater number of women had an inadequate capacity. A higher incidence of symptoms implied an inadequate capacity. The lower the QoL scores, the lower WA.

Keywords: Community Health Worker; Work Ability; Quality of Life.

Introdução

A condição de saúde diz respeito à singularidade de um conjunto de fatores biológicos, sociais, culturais e ambientais (Minayo; Assis; Oliveira, 2011). O trabalho pode ser visto de diferentes formas e pode repercutir satisfatória ou insatisfatoriamente na saúde. O sentido satisfatório ressalta a realização do sujeito enquanto criador e recriador de coisas e de si, produzindo sensação de bem-estar físico e emocional, além de explorar as potencialidades humanas. No entanto, dependendo de suas condições, pode representar insatisfação e sofrimento, desvalorização, desgaste físico e estresse emocional (Minayo; Assis; Oliveira, 2011; Seligmann-Silva; Neves, 2006).

Desde o início dos anos 1990, as questões relativas à capacidade para o trabalho têm sido abordadas em estudos sobre a saúde do trabalhador, em função de suas implicações individuais, sociais e econômicas (Martinez; Latorre, 2006; Martinez; Latorre; Fischer, 2009).

O conceito de capacidade para o trabalho (CT) é enfatizado como uma condição resultante da combinação entre recursos humanos em relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, gerenciamento, cultura organizacional, comunidade e ambiente de trabalho (Ilmarinen et al., 1991), sendo expresso como “quão bem está, ou estará, um(a) trabalhador(a) presentemente ou em um futuro próximo, e quão capaz ele ou ela pode executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais” (Tuomi et al., 2005).

Já a qualidade de vida (QV) foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) 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 a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995).

Os trabalhadores da área da saúde, além das exigências inerentes à atenção integral à saúde e à humanização das práticas, ficam expostos a situações geradas pela pobreza e pelas desigualdades sociais, assim como pelas deficiências dos demais níveis do sistema de saúde, o que se soma às mudanças atuais no mundo do trabalho, que não pouparam o setor da saúde da precarização, gerando medo, isolamento

e submissão dos trabalhadores (Braga; Carvalho; Binder, 2010).

Especificamente em relação aos agentes comunitários de saúde (ACS), suas atribuições na equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) estão especificadas no subitem 8.14 do Anexo I da Portaria n. 1.886/1997 (Brasil, 1997), exigindo-se deles o equilíbrio físico e mental para cumpri-las. Para Re-sende et al. (2011), esse profissional está suscetível a várias condições que contribuem negativamente para seu bem-estar e harmonia, o que se traduz em sentimentos de ansiedade, medo, insegurança, baixa autoestima e até situações fisiológicas de hiperventilação e tensão muscular, o que desencadeia dor, inquietação e hiperatividade do sistema nervoso autônomo. Além disso, esses profissionais estão sujeitos a uma dinâmica laboral particular de viver e trabalhar na mesma comunidade, o que pode gerar pressões e sobrecarga adicional.

Nesse sentido, a saúde e os riscos a que estão expostos os ACS têm sido analisados por estudiosos (Cesar et al., 2002; Frazão; Marques, 2009; Levy; Matos; Tomita, 2004; Moreira; Zandonade; Maciel, 2010; Pupin; Cardoso, 2008) que revelam uma preocupação em caracterizá-los, bem como suas respectivas funções, para avaliar o processo e os resultados de seu trabalho.

Camello e Angerami (2004), Custódio et al. (2006), Nunes et al. (2002), Pedrosa e Teles (2001) e Souza e Freitas (2011) relatam que as cobranças de ambas as partes (assistência e comunidade) com as quais esses trabalhadores convivem causam agravos à sua saúde, tais como estresse, ansiedade e inúmeras outras doenças. Trindade et al. (2007) destacaram a existência de cargas psíquicas e a dificuldade de encontrar medidas de proteção e autocuidado desses trabalhadores e Silva e Menezes (2008), em estudo com ACS, constataram que 24,1% dos entrevistados apresentaram síndrome do esgotamento profissional e 43,3% apresentaram transtornos mentais comuns, destacando a importância do sofrimento mental na saúde desses trabalhadores.

Trindade et al. (2007) observaram que esses trabalhadores ainda se expõem a riscos ergonômicos no trabalho, sendo os principais problemas as posições incômodas que assumem durante o trabalho, as longas caminhadas em ruas esburacadas e tortuosas

e, ainda, a necessidade de permanecer sentados em posições incorretas durante as visitas aos domicílios, por falta de bancos ou cadeiras. Esses fatores apresentam uma forte relação com os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, constituindo potencial fonte de dor.

Nesse sentido, questionamos como estarão a CT e QV dos ACS, se eles apresentam sintomas osteomusculares durante seu trabalho e qual é a relação entre a presença desses sintomas e dos diferentes domínios da QV em sua CT.

Este estudo justifica-se porque os resultados poderão subsidiar políticas públicas de saúde para implantar novas estratégias para a melhoria no trabalho desses profissionais, o que pode gerar um impacto positivo na saúde, tanto deles como da população atendida.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é avaliar a CT, aspectos socioeconômicos, QV e sintomas osteomusculares, bem como as associações entre eles em ACS da cidade de Uberaba-MG.

Metodologia

Tipo de estudo e amostra

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de campo com delineamento transversal e caráter descritivo.

O município de Uberaba-MG contava, à época da coleta de dados, com 52 equipes de Saúde da Família. A amostra por conveniência foi constituída por 8 dessas equipes, onde há atuação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e totalizou 47 ACS.

Foram excluídos aqueles que estavam afastados do trabalho ou não se encontravam nas unidades de saúde no dia da avaliação. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2011.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM sob o Protocolo n. 1.787 e os ACS assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Instrumentos para coleta de dados

Foi utilizado um questionário semiestruturado, preparado especialmente para este estudo, que avaliou

de forma autorreferida informações sobre: idade; sexo; escolaridade; renda familiar; estado civil; e tempo de trabalho como ACS.

Os sintomas osteomusculares foram avaliados por meio do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) (Kuorinka, 1987), que foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração de relato de sintomas osteomusculares e, assim, facilitar a comparação dos resultados entre os estudos. Consiste em escolhas múltiplas ou binárias quanto à ocorrência de sintomas em nove regiões corporais, sendo estas: pescoço/cervical; ombros; braços; cotovelos; antebraço; punhos/mãos/dedos; região dorsal; região lombar; e quadril/membros inferiores. O respondente deve relatar a ocorrência dos sintomas considerando os 12 meses e os sete dias precedentes à entrevista (Pinheiro; Troccoli; Carvalho, 2002).

A QV foi avaliada pela aplicação do Questionário sobre Qualidade de Vida SF-36, que é um instrumento autoaplicável, desenhado especificamente para o estudo da QV genérica em inquéritos de saúde, com validação para o Brasil (Ciconelli et al., 1999). Esse instrumento contém 36 itens, dos quais 35 encontram-se agrupados em oito dimensões (Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental) e um último item, que avalia a mudança de saúde no tempo. Para cada dimensão, os itens são codificados, agregados e transformados em uma escala de zero (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde) (Aranha et al., 2006).

A CT foi avaliada pelo Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), instrumento desenvolvido por pesquisadores finlandeses na década de 1980, resultado de autoavaliação sobre a CT na percepção do próprio trabalhador (Renosto et al., 2009; Martinez; Latorre, 2006). O ICT foi traduzido para o português e testado por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e profissionais de outras universidades e instituições do Brasil (Tuomi et al., 2005). Possibilita avaliar a capacidade para o trabalho a partir de dez questões (60 itens) sintetizadas em sete dimensões, cujos resultados

proporcionam uma medida da capacidade de trabalho que varia de 7 a 49 pontos e classifica o resultado como baixo (7 a 27), moderado (28 a 36), bom (37 a 43) e ótimo (44 a 49) (Tuomi et al., 2005). No entanto, essa forma de calcular os escores foi baseada em resultados obtidos para trabalhadores entre 45 e 58 anos, podendo resultar em uma superestimação da capacidade para o trabalho para trabalhadores mais jovens. Assim, Kujala et al. (2005), apontam outra forma de classificar o resultado do questionário como adequado ou inadequado. Segundo os autores, para os trabalhadores com idades entre 18 e 34 anos, o resultado do questionário é considerado inadequado quando o valor do escore é < 40 e adequado quando o escore é 40; indivíduos com idade a partir de 35 anos e com ICT < 37 são considerados com capacidade inadequada para o trabalho e os que alcançam escores 37 com capacidade adequada para o trabalho.

Procedimento para coleta de dados

Os ACS foram convidados a participar do estudo, receberam informações sobre os objetivos, instrumentos que foram utilizados e procedimentos para a coleta dos dados. Esta foi realizada no local e horário de trabalho, em uma sala reservada, de acordo com sua disponibilidade, para que não proporcionar qualquer prejuízo a eles.

Dois avaliadores capacitados participaram da coleta de dados. Os participantes responderam aos questionários, aplicados com prévia leitura do avaliador, que permaneceu no local para esclarecer eventuais dúvidas de compreensão.

A sequência da aplicação dos questionários foi: inicialmente, os ACS responderam ao questionário sociodemográfico; depois, o QNSO; o Questionário sobre Qualidade de Vida SF-36; e o ICT.

Análise dos dados

A análise descritiva foi apresentada em forma de frequência e porcentagem. A análise inferencial foi realizada com o teste de Mann Whitney, Kruskall Wallis e correlação de Spearman, com significância de 5%. Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

Resultados

A amostra foi constituída por 42 mulheres (89%) e 5 homens com idades variando de 19 a 64 anos ($M = 37,26 \pm 12,74$). Verificou-se que 55,32% eram casados ou viviam com companheiro e 44,68% eram solteiros, viúvos ou separados; 65,96% relataram renda familiar mensal > 3 salários mínimos e 68,09% apresentavam até três anos de atuação como ACS.

Quanto aos sintomas osteomusculares, 82,98% os apresentou nos últimos sete dias e 93,62% nos últimos 12 meses.

Os resultados indicaram que os domínios da QV mais comprometidos foram a dor ($M = 48 \pm 22,67$), seguido pela vitalidade ($M = 52,23 \pm 18,65$), aspectos sociais ($M = 57,45 \pm 24,82$), saúde mental ($M = 61$

$\pm 21,27$), estado geral de saúde ($M = 65,6 \pm 18,46$), aspectos emocionais ($M = 68,43 \pm 39,51$), aspecto físico ($M = 72,07 \pm 36,23$) e capacidade funcional ($M = 80,53 \pm 22,27$).

A classificação da CT indicou uma média de $36,51 \pm 7,95$, sendo que 26 (55,32%) apresentaram capacidade inadequada para o trabalho e 24 (44,68%) adequada.

As tabelas 1, 2 e 3 apresentam as análises inferenciais entre a capacidade para o trabalho e outras variáveis.

Encontrou-se resultado significativo para a comparação entre sexo e CT, indicando que maior número de mulheres apresentou capacidade inadequada.

Apesar da média de idade ser maior para os ACS com capacidade inadequada, essa comparação não

Tabela 1 - Comparações entre capacidade para o trabalho e variáveis socioeconômicas relativas a Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família, Uberaba, MG, 2011

Variáveis socioeconômicas	Capacidade para o Trabalho			p
	Inadequada M (DP)*	Adequada M (DP)	Total M (DP)	
Idade M(DP)	39,35 (13,39)	34,67 (11,40)	37,26 (12,74)	$T = -0,17$
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo				0,00
Feminino	25 (59,52)	17 (40,48)	42 (100,00)	
Masculino	1 (20)	4 (80)	5 (100,00)	
Escolaridade				0,73
Não respondeu	1 (50,00)	1 (50,00)	2 (100,00)	
Até 8 anos	1 (100)	0 (0)	1 (100,00)	
8 a 11 anos	5 (45,45)	6 (54,54)	11 (100,00)	
Mais de 11 anos	19 (57,57)	14 (42,42)	33 (100,00)	
Estado civil				1,0
Solteiro/viúvo/separado	11 (52,38)	10 (47,61)	21 (100,00)	
Casado/vive com companheiro	15 (57,69)	11 (42,30)	26 (100,00)	
Renda				0,26
Até 3 salários mínimos	7 (42,30)	9 (57,69)	16 (100,00)	
Mais de 3 salários mínimos	19 (59,37)	12 (40,62)	31 (100,00)	
Tempo de trabalho				0,85
Até 3 anos	18 (56,25)	14 (43,75)	32 (100,00)	
Mais de 3 anos	8 (53,33)	7 (46,66)	15 (100,00)	

* M(DP) média e respectivo desvio padrão

Tabela 2 - Associações entre capacidade para o trabalho e sintomas musculoesqueléticos relativos a Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família, Uberaba, MG, 2011

Sintomas musculoesqueléticos	Capacidade para o Trabalho			p
	Inadequada	Adequada	Total	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Últimos 12 meses				
Sim	26 (59,09)	18 (40,90)	44 (100,00)	0,00
Não	0 (0,00)	3 (100,00)	3 (100,00)	
Últimos 7 dias				
Sim	25 (64,10)	14 (35,87)	39 (100,00)	0,00
Não	1 (12,50)	7 (87,50)	8 (100,00)	

Tabela 3 - Correlações entre capacidade para o trabalho e domínios da qualidade de vida relativos a Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família, Uberaba, MG, 2011

Domínios da Qualidade de vida	Capacidade para o Trabalho			r
	Inadequada	Adequada	Total	
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Capacidade funcional	78,65 (19,62)	82,86 (24,86)	80,53 (22,27)	- 0,17
Aspectos físicos	60,10 (38,73)	86,90 (26,30)	72,07 (36,23)	- 0,40**
Dor	41,83 (18,89)	55,67 (24,39)	48 (22,67)	- 0,31*
Estado geral de saúde	62,85 (15,57)	69,00 (20,90)	65,6 (18,46)	- 0,21
Vitalidade	48,08 (16,53)	57,39 (20,10)	52,23 (18,65)	- 0,31*
Aspectos sociais	53,84 (21,73)	61,90 (27,24)	57,45 (24,82)	- 0,18
Aspectos emocionais	57,68 (42,99)	81,74 (30,83)	68,43 (39,51)	- 0,30*
Saúde Mental	54,42 (17,91)	69,14 (22,12)	61 (21,27)	- 0,42**

*p<0,05; ** p<0,001

foi significativa.

Os resultados foram significativos para a comparação entre capacidade para o trabalho e presença de sintomas nos últimos 12 meses e nos últimos 7 dias, com maior incidência de sintomas para os ACS com capacidade inadequada.

As correlações entre CT e QV indicaram que as médias dos domínios da QV foram menores para os ACS que apresentaram capacidade inadequada para o trabalho, encontrando-se valores significativos para saúde mental, aspecto físico, vitalidade, dor e aspectos emocionais.

Discussão

A média de idade dos ACS deste estudo foi 37,26 ± 12,74 anos. Estudos de Silva e Menezes (2008), Ursine, Trelha e Nunes (2010) e Kluthcovsky et al. (2007) indicaram médias similares. Tuomi et al. (2005) apontam que a capacidade para o trabalho tende a decair com o envelhecimento, sobretudo se não forem propostas medidas preventivas para sua manutenção. Apesar deste estudo indicar uma média de idade maior para os ACS com capacidade inadequada, essa correlação não foi significativa.

Esse fato pode ser explicado pelo fato da população avaliada ainda ser jovem, o que minimizaria o impacto da diminuição dessa capacidade.

A maioria (89%) era do sexo feminino. O predomínio de mulheres jovens corrobora diversos estudos a respeito do universo do ACS (Bezerra; Espírito Santo; Batista Filho, 2005; Cambuy, 2005; Ferraz; Aerts, 2005; Gessner, 2006; Kluthcovsky, 2005; Nogueira, 2006; Reis, 2005; Santos, 2005; Seabra, 2006; Silva; Dias; Ribeiro, 2011; Silva; Menezes, 2008; Vasconcellos; Costa-Val, 2008; Ursine; Trelha; Nunes, 2010). Daune-Richard (2003) afirma que muitas profissões são consideradas pertencentes a um universo de trabalho no qual são necessárias competências inerentes à natureza feminina, podendo esse fato estar intimamente ligado ao papel de cuidadora que a mulher desempenha na sociedade, como principal responsável pela educação e alimentação das crianças, bem como pelos cuidados aos idosos da família. Isso explicaria o contexto do trabalho dos ACS, que envolve cuidado e dedicação. Além disso, para muitas mulheres, o significado de ser ACS representa a oportunidade de emprego (Rosa; Cavicchioli; Brêtas, 2004), ou de ingresso no mercado de trabalho, incrementando a renda familiar (Nogueira; Silva; Ramos, 2000; Vasconcellos; Costa-Val, 2008).

Os resultados da comparação entre sexo e capacidade para o trabalho foram significativos, indicando que maior número de mulheres apresentou capacidade inadequada. Cabe ressaltar que 80% dos homens apresentaram capacidade para o trabalho adequada, enquanto para as mulheres esse valor foi de 46,5%. Entre outros motivos, esses resultados podem estar ligados ao número de doenças apresentadas, visto que 4 (80%) homens relataram uma ou nenhuma doença enquanto entre as mulheres apenas 22 (41,8%). As outras 21 apresentam pelo menos três doenças. Nesse sentido, Souza e Santana (2011) realçam a vulnerabilidade do gênero relacionado às doenças, principalmente quando se fala em afecções musculoesqueléticas e demandas físicas do trabalho. Também é possível supor o fato das mulheres terem mais chance de um ICT inferior em relação aos homens, devido aos múltiplos papéis assumidos e à dupla jornada de trabalho, associado à criação e cuidado dos filhos, abordado por Nogueira (2006) e Vasconcellos e Costa-Val (2008), uma vez

que as atividades citadas geralmente fazem parte da rotina da mulher, o que poderia causar sobrecarga, com maiores chances de adoecimento.

Os resultados indicaram que a maioria do ACS apresentava mais de 11 anos de estudo. Ferraz e Aerts (2005) também relatam em seu estudo que a maioria dos ACS tinha Ensino Fundamental completo, ressaltando que isso traz resultados positivos, pois quanto maior o grau de escolaridade, mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade. No entanto, a comparação entre o nível de escolaridade e a capacidade para o trabalho não foi significativa.

Não foi encontrado resultado significativo na relação entre estado civil e ICT, identificando-se que, para a população estudada, responsabilidades familiares, econômicas e sociais dos profissionais casados, que supostamente poderiam contribuir para a redução da capacidade laborativa, não se confirmaram.

Estudos indicam que tanto os baixos salários como a sobrecarga e desvalorização do trabalho dos ACS geram desmotivação em relação à profissão e sentimento de desvalorização, sendo maior ainda quando se compara aos salários dos outros membros da ESF, e que tal situação influencia a satisfação do trabalhador e contribui negativamente para o sofrimento e adoecimento (Ursine; Trelha; Nunes, 2010; Ferraz; Aerts, 2005; Gomes et al., 2009).

Contrariamente, neste estudo, a comparação entre renda mensal familiar e CT não apresentou resultados significativos, uma vez que muitos dos 65,96% que apresentaram renda mensal familiar maior que três salários mínimos apresentaram CT inadequada, indicando que a renda não foi o principal fator da adequação dessa capacidade. No entanto, deve-se considerar o fato de que 55,32% dos profissionais pesquisados eram casados ou viviam com companheiros e, possivelmente, contavam com o apoio do cônjuge no orçamento familiar contribuindo na divisão das despesas domésticas e da família. Nesse caso, este estudo apresenta a limitação de não avaliar o salário do ACS, mas a renda familiar.

Os resultados referentes ao tempo de serviço como ACS e CT não foram significativos, uma vez que a distribuição foi homogênea em relação à CT adequada e inadequada, com aproximadamente três

anos de serviço. Esse fator pode ser explicado pelo pequeno período de trabalho, uma vez que a maioria apresentava menos de três anos na função. Nesse sentido, Theisen (2004) observou que os fatores de sofrimento e adoecimento não são visíveis em um primeiro momento, já que os riscos aos quais os ACS estão expostos produzem efeitos cumulativos em longo prazo, como: precarização do trabalho, o fato de morar no mesmo local em que trabalha, contato direto com pessoas com patologias e/ou dificuldades graves. Assim, estudos longitudinais poderiam avaliar melhor esses resultados ao longo do tempo.

Observou-se que alto número de ACS apresentou sintomas osteomusculares (82,98% nos últimos sete dias e 93,62% nos últimos 12 meses). Apesar disso, esses dados ainda podem estar subestimados e essa análise deve ser cuidadosa, uma vez que, como refere Kluthcovsky (2005), resultados referentes a esse parâmetro podem apresentar vieses inerentes aos estudos transversais, uma vez que proporcionam apenas um panorama instantâneo da situação investigada, selecionando trabalhadores em atividade, em detrimento daqueles que, justamente por apresentar sintomas, estariam afastados do trabalho. Esse fato também foi avaliado criticamente por Vasconcellos e Costa-Val (2008).

A presença desses sintomas nos últimos 12 meses e nos últimos 7 dias, assim como o domínio da dor da QV, que avalia a limitação provocada pela dor (Ware et al., 2000), apresentaram associação significativa com a capacidade inadequada para o trabalho.

Henríquez, Rivera e Eyzaguirre (2010) relatam que a dor corresponde ao principal sintoma dos distúrbios musculoesqueléticos. Suas origens podem ser diversas, de acordo com a característica do trabalho e para o ACS devem ser observadas: condições biomecânicas, levantamento de peso, manutenção em posturas prolongadas e esforços indevidos. Barbosa, Assunção e Araújo (2012) acreditam que os movimentos repetitivos de membros superiores ou posturas realizadas em contração estática estão associados à dor no pescoço e nos ombros desses profissionais.

Além disso, Ursine, Trelha e Nunes (2010) concordam que uma boa locomoção é quesito fundamental para um cumprimento adequado das atribuições dos ACS. No entanto, se estes já têm alguma queixa

de dor, sua condição de locomoção, que é a marcha, pode estar prejudicada. Nesse contexto, no estudo de Reis (2005), a faceta transporte colaborou para grande insatisfação no trabalho dos ACS. Outro fato preocupante em relação ao desgaste físico pode estar relacionado às condições de trabalho citadas por Ferraz e Aerts (2005), como a escassez de vagas oferecidas para ocupar o cargo de ACS, colaborando para um número elevado de famílias sob sua responsabilidade como apontam Ursine, Trelha e Nunes (2010) em seu estudo.

Outros fatores também podem contribuir para essas associações. O ACS se expõe a diversos fatores de sobrecarga em seu trabalho, prejudicando a qualidade com que realiza suas atividades e, consequentemente, sua QV. Problemas em relação à carga horária de trabalho, as metas a serem cumpridas, a falta de privacidade e liberdade, o local de moradia, a interação com os demais profissionais e com moradores da comunidade são alguns dos fatores que se colocam como dificultadores do trabalho desse profissional (Wai, 2007).

Além disso, questões emocionais, particularmente situações que geram ansiedade, frustração e tristeza e o estresse psicológico também são descritos na literatura como fatores de piora ou desencadeamento da dor. Nesse caso, recomenda-se que futuros estudos busquem elucidar associação de variáveis emocionais e físicas, nesse contexto.

Esses fatores também poderiam explicar as associações significativas entre o domínio aspecto físico que investiga se há interferência de problemas físicos no trabalho ou em outras atividades diárias (Ware et al., 2000) e a incapacidade para o trabalho.

O domínio vitalidade da QV, que analisa o grau de energia e disposição (Ware et al., 2000), pode estar relacionada às condições laborais do ACS, ou seja, morar na mesma comunidade onde trabalha. Essa organização do trabalho impede que o ACS esteja totalmente ausente de executar suas funções, mesmo que fora do horário de trabalho, pois os moradores estão em contato com ele na comunidade onde vive e podem requerer informações sobre os serviços e atendimentos da unidade de saúde. Nesse sentido, Huibers et al. (2003) e Sluiter et al. (2003) explicam que o processo de fadiga ocorre quando a recuperação do esforço de um dia de trabalho se

torna insuficiente. Caso isso aconteça, a fadiga pode acumular-se, culminar em uma reserva e levar a sintomas crônicos. Quando um período de descanso não interfere na melhora, considera-se condição de fadiga crônica, na qual distúrbios do sono, queixas psicosomáticas e sobrecargas mentais são frequentes.

Além disso, vários estudos têm procurado identificar as funções, ações e concepções sobre o cotidiano do trabalho dos ACS. Os resultados demonstram que eles têm encontrado muitas dificuldades para cumprir com suas atribuições, tanto pelo amplo leque de exigências como pelas limitadas condições socioeconômicas das famílias que acompanham (Nunes et al., 2002; Silva; Dalmaso, 2002; Levy; Matos; Tomita, 2004; Ferraz; Aerts, 2005; Zanchetta et al., 2005; Buchabqui; Capp; Petuco, 2006; Duarte; Silva Junior; Cardoso, 2007; Bornstein; Stotz, 2008).

A condição de fadiga e seus possíveis sintomas também podem fazer parte da condição emocional do ACS. Nesse sentido, menores escores do aspecto emocional que avalia a interferência de problemas emocionais no trabalho ou em outras atividades diárias (Ware et al., 2000) e da saúde mental que avalia como o indivíduo se sente na maior parte do tempo em relação a sentimentos de nervosismo, depressão, felicidade e paz (Ware et al., 2000) também apresentaram associação significativa com a diminuição da CT dos ACS.

O trabalhador que tem uma adequada condição de saúde mental, muitas vezes, é aquele que está bem consigo e o mais próximo possível de seu ponto de equilíbrio psíquico. Resende et al. (2011) discutem que essa condição, entre outros aspectos, dá-se pelo bem-estar do trabalhador, que seria o equilíbrio entre as expectativas da atividade profissional e concretização delas, sendo esse um fator contribuinte para sua QV. Essa satisfação inclui variadas condições, entre elas: renda, emprego, qualidade de habitação, segurança, privacidade, afeto, motivação, autoestima, apoio e reconhecimento social.

Segundo Nunes et al. (2002), Jardim (2007) e Martines e Chaves (2007), os ACS são colocados na posição de agentes de mudanças inseridos na comunidade. Silva e Dalmaso (2002) ressaltam que o ACS tem de se adaptar sempre às diferentes situações que surgem, uma vez que ser esse agente

de mudanças carrega consigo a angústia de não ver ou ver poucas mudanças ocorrerem, muitas vezes a passos lentos, trazendo, muitas vezes, dúvidas em relação ao exercício da função.

O sofrimento se estabelece à medida que esse profissional percebe que, apesar de agente transformador, não tem as ferramentas necessárias, o conhecimento, nem todo esse atributo de mudança que acompanha a teoria sobre sua função. Estar em sua comunidade como profissional o coloca, portanto, nesse péndulo entre o que é real no local em que vive e o que, de fato, pode ser feito para sua melhoria, mesmo com a teoria de que é um agente da comunidade e da saúde (Nunes et al., 2002; Jardim, 2007; Martines; Chaves, 2007).

Além dos pontos discutidos, cabe retomar a ideia de que a função do agente de saúde é servir de elo entre unidade e comunidade. Vários agentes reclamaram não poder fazer muito pela comunidade, uma vez que não diagnosticam, não medicam, não marcam consultas, ou seja, não fazem o mesmo que os outros profissionais da saúde (Mendes; Ceotto, 2011).

O domínio dos aspectos sociais, que investiga o nível em que problemas físicos e/ou emocionais interferem nas atividades sociais normais, entre elas relacionamento com a família, vizinhos, amigos ou em grupo (Ware et al., 2000) foi o terceiro mais comprometido. No entanto, não houve correlação entre este e a capacidade para o trabalho, apesar dos baixos escores nesse aspecto. Isso pode ser explicado, pelo menos em parte, pelo fato de suas atribuições envolverem a produção de relação com a comunidade e a equipe de Saúde da Família, como é o caso do acolhimento e do vínculo (Ursine; Trelha; Nunes, 2010), uma vez que a essência da sua função está nas relações e nos vínculos estabelecidos tanto na comunidade como na equipe e que suas ações dependem da boa relação com as pessoas. Dessa maneira, embora esse aspecto da QV possa ser conflituoso, é visto como inerente à profissão, minimizando seu reflexo na CT.

Conclusão

Desenvolver uma pesquisa sobre QV, sintomas osteomusculares e CT com ACS possibilitou obter resultados de que esses aspectos encontram-se

comprometidos devido às exigências físicas, emocionais e mentais a que esses trabalhadores estão constantemente expostos.

Este estudo identificou que maior número de mulheres apresentou CT inadequada e sintomas osteomusculares. Os componentes de domínios relacionados à capacidade física e mental da QV comprometeram a capacidade para o trabalho dos ACS, indicando que quanto mais baixos os escores da QV, menor o ICT, o que evidencia o quanto o trabalho é importante no processo de autorrealização pessoal e profissional.

Referências

- ARANHA, L. L. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 298-303, 2006.
- BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1569-1580, 2012.
- BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. M. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.
- BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. Q.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1585-1596, 2010. Suplemento 1.
- 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*, Brasília, DF, 18 dez. 1997. Seção 8, p. 5.
- BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; PETUCO, D. R. S. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/ aprendizado em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 32-38, 2006.
- CAMBUY, K. *Vivências de trabalho de agentes comunitários de saúde de Campinas*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2005.
- CAMELLO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.
- CESAR, J. A. et al. Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1647-1654, 2002.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.
- CUSTÓDIO, L. C. et al. Avaliação do estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 549-553, 2006.
- DAUNE-RICHARD, A. M. Qualificações e representações sociais. In: MARUANI, M.; HIRATA, H. (Org.). *As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Senac, 2003. p. 65-76.
- DUARTE, R. L.; SILVA JUNIOR, D. S.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 439-447, 2007.
- FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

- FRAZÃO, P.; MARQUES, D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 463-471, 2009.
- GESSNER, C. L. S. *Qualidade de vida das equipes de Saúde da Família do município de Timbó/SC*. 2006. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.
- GOMES, K. O. G. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009.
- HENRÍQUEZ, M. G.; RIVERA, C. F.; EYZAGUIRRE, J. M. Prevalencia de transtornos músculo-esqueléticos de columna lumbar en trabajadoras y límites biomecánicos en el manejo de carga y pacientes. *Ciencia & Trabajo*, Santiago de Chile, v. 12, n. 37, p. 380-385, 2010.
- HUIBERS, M. J. H. et al. Fatigue, burnout and chronic fatigue syndrome among employees on sick leave: do attributions make the difference? *Occupational and Environmental Medicine*, Londres v. 60, p. 26-31, June 2003.
- ILMARINEN, J. et al. Summary and recommendations of a project involving cross-sectional and follow-up studies on the aging worker in Finnish municipal occupations (1981-1985). *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Helsinki, v. 17, p. 135-141, 1991. Supplement 1.
- JARDIM, T. A. *Morar e trabalhar na comunidade: a realidade dos agentes comunitários de saúde*. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. *Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná*. 2005. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- KLUTHCOVSKY, A. 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 do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.
- KUJALA, V. et al. Classification of Work Ability Index among young employees. *Occupational Medicine*, London, v. 55, n. 5 p. 399-401, 2005.
- KUORINKA, I. et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, Oxford, v. 18, n. 3, p. 233-237, 1987.
- LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004.
- 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.
- MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 851-858, 2006.
- MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 525-532, 2009.
- MENDES, F. M. S.; CEOTTO, E. C. Relato de Intervenção em Psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 496-506, 2011.
- MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2199-2209, 2011.

- MOREIRA, T. R.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E. L. N. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 332-338, 2010.
- NOGUEIRA, C. M. O trabalho duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing. *Expressão Popular*, São Paulo, v. 31, n. 114, p. 173-175, 2006.
- NOGUEIRA, R.; SILVA, F. B. da; RAMOS, Z. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde. Brasília, DF: IPEA, 2000. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/td_0735.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2011.
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.
- PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.
- PINHEIRO, F. A.; TROCCOLI, B. T.; CARVALHO, C. V. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 307-312, 2002.
- PUPIN, V. M.; CARDOSO, C. L. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de “ser agente”. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 13, n. 2, p. 157-163, 2008.
- REIS, L. B. *Uma análise de dimensão ético-política do trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Vitória*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.
- RENOSTO, A. et al. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores metalúrgicos do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 217-225, 2009.
- RESENDE, M. C. et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2115-2122, 2011.
- ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 255-261, 2004.
- SANTOS, L. P. G. S. *A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- SEABRA, D. C. *O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional*. 2006. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- SELIGMANN-SILVA, E.; NEVES, M. Y. R. A dor e a delícia de ser (estar) professora: trabalho docente e saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-75, 2006.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. *Agente comunitário de saúde*: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- SILVA, T. L.; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 859-870, 2011.
- SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.
- SLUITER, J. K. et al. Need for recovery from work related fatigue and its role in development and prediction of subjective health complaints. *Occupational and Environmental Medicine*, London, v. 60, p. 62-70, 2003. Supplement 1.

- SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. S. C. 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.
- SOUZA, N. S. S.; SANTANA, V. S. Incidência cumulativa anual de doenças musculoesqueléticas incapacitantes relacionadas ao trabalho em uma área urbana do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2124-2134, 2011.
- TRINDADE, L. L. et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 473-479, 2007.
- THEISEN, N. I. S. *Agentes comunitários de saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico*. 2004. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2004.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, New York, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- TUOMI, K. et al. *Índice de capacidade para o trabalho*. São Carlos: EdUFSCar, 2005.

- 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 Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 17-28, 2008.
- WAI, M. F. P. *O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- WARE, J. R. et al. *SF-36 health survey: manual and interpretation guide*. Lincoln: QualityMetric, 2000.
- ZANCHETTA, M. S. et al. Education and professional strengthening of the community health agent - an ethnography study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 4, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/35>>. Acesso em: 4 dez. 2007.

Contribuição dos autores

Ribeiro Paula foi responsável pela coleta dos dados. Walsh realizou a concepção do projeto, análise dos dados e revisão. Castro foi responsável pela análise dos dados e revisão. Marcacine realizou a coleta dos dados. Todos os autores participaram da redação e aprovação do artigo final.

Recebido: 15/04/2013
 Reapresentado: 23/12/2013
 Aprovado: 25/02/2014