

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Raphael Augusto Santiago

**VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Juiz de Fora  
2016

Raphael Augusto Santiago

**VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde-Adoecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosangela Maria Greco

Juiz de Fora  
2016

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santiago, Raphael Augusto.

Vivências de Prazer e Sofrimento no Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde / Raphael Augusto Santiago. -- 2016. 97 p.

Orientadora: Rosangela Maria Greco

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

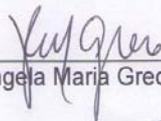
1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Saúde Mental. 5. Condições de Trabalho. I. Greco, Rosangela Maria, orient. II. Título.

RAPHAEL AUGUSTO SANTIAGO

**“Vivências de Prazer e Sofrimento no Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde”.**

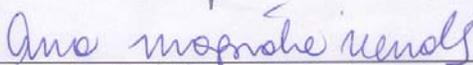
Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 20/01/2016



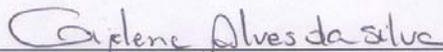
---

Rosângela Maria Greco – UFJF



---

Ana Magnólia Mendes – UnB



---

Gislene Alves da Silva – UFJF

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por me proporcionar sempre a oportunidade de evoluir como pessoa e me dar saúde e determinação para realizar meus sonhos.

À minha família e amigos, em especial à Letícia, meu amor, e à minha mãe, Luiza, por entenderem minha ausência em vários momentos, pelo respeito e apoio às minhas escolhas e por me darem forças para vencer mais esse desafio.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Rosangela, pela total disponibilidade, atenção, entrega e carinho durante esses quase dois anos como mestrando.

À banca de qualificação e defesa, Prof<sup>a</sup>. Girlene e Prof<sup>a</sup>. Ana Magnólia, pelas colocações que engrandeceram este trabalho.

Ao meu mestre na graduação, Prof. Eduardo Assis, pois sem seu suporte eu certamente não conseguiria avançar até o mestrado naquele momento.

Aos colegas de projeto do mestrado em Saúde Coletiva e do mestrado em Enfermagem, aos bolsistas e voluntários da coleta, pela parceria de sucesso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos, essencial para minha total dedicação.

À Universidade Federal de Juiz de Fora, fonte inesgotável de conhecimento, contribuindo desde 2005 em minha formação, do ensino médio ao mestrado. Onze anos ininterruptos de uma jornada que segue sem parar.

A todos que apoiaram e contribuíram para a realização deste trabalho, deixo minha gratidão.

"Num dado dia, em dadas circunstâncias,  
você tem um limite.  
Você chega a esse limite, você toca esse limite  
e diz 'certo, esse é o limite!'  
Quando você chega a esse ponto, algo acontece.  
Você descobre que pode ir um pouco mais além.  
Com o poder da mente, sua determinação,  
seu instinto... e também sua experiência.  
Você pode voar muito alto."

Ayrton Senna da Silva

## RESUMO

No Brasil, dentre os três modelos de atenção à saúde presentes na Atenção Básica à Saúde (ABS), está o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. É necessário destacar a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a ABS no país, estando envolvidos em uma variedade de contextos de trabalho, peculiaridades e situações, justificando a realização de pesquisas referentes à saúde destes profissionais. O objetivo deste estudo foi discutir as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos ACS da ABS do município de Juiz de Fora e sua relação com a organização do trabalho (OT) e os danos físicos e psicossociais referidos. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com uma amostra aleatória de 279 ACS, onde 67 não participaram pois atenderam aos critérios de exclusão, totalizando 212 profissionais avaliados. A coleta de dados foi realizada entre julho e outubro de 2015 e foi utilizado como instrumento três escalas do Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA). A amostra estudada foi predominantemente composta por mulheres (91,5%), com idade média de 44 anos (desvio padrão de 9,9), casadas ou em união estável (55,5%) e cujo tempo de trabalho na ABS é de 11 a 15 anos (47,6%). Nos resultados, a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) apresentou os seus três domínios avaliados como crítico, sendo que alguns itens, relativos à OT e às condições de trabalho foram classificados como grave. A Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) apresentou seus três domínios avaliados como suportável, correspondendo à melhor avaliação positiva para essa escala. Porém, os itens relacionados à dores no corpo e nas pernas foram avaliados como grave pelos ACS. Na Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), os domínios que avaliam o prazer foram classificados como satisfatório. Dentre os itens destes domínios, ganham destaque os relativos à identificação com o trabalho e o orgulho de exercer a profissão, com médias altas de pontuação positiva, bem como os relativos à confiança entre os colegas, motivação, valorização e reconhecimento, classificados como crítico e sendo, portanto, fatores potencializadores de sofrimento. Os domínios relacionados ao sofrimento no trabalho apresentaram resultado crítico. O domínio *Esgotamento Profissional* foi o que apresentou a avaliação mais negativa, com destaque para o item "Sobrecarga", considerado como grave. Com relação às associações entre os domínios de prazer e sofrimento e os demais domínios da EACT e EADRT e os dados sociodemográficos e de tempo de trabalho na ABS, temos que quanto maior for a idade do ACS, maior é sua realização profissional. Também foi verificada uma associação entre liberdade de expressão e estado civil, porém, não foi possível localizar as diferenças através da análise estatística. Sobre as correlações entre os domínios da EIPST e das demais escalas, verificamos que quanto maior for a falta de reconhecimento, maior será o esgotamento profissional e quanto maior for o esgotamento profissional do ACS, maior serão os seus danos psicológicos, apresentando correlações fortes. Correlações regulares entre os domínios também foram encontradas: entre esgotamento profissional e danos físicos e entre falta de reconhecimento e danos psicológicos. Conclui-se que os ACS vivenciam o prazer no trabalho de forma satisfatória e o sofrimento de modo crítico. O domínio *Esgotamento Profissional*, além de ser o mais avaliado negativamente na EIPST, é o que possui as correlações mais fortes. Espera-se com este trabalho apresentar um perfil de saúde mental dos ACS em relação às vivências de prazer e sofrimento e reforçar a necessidade de mais estudos abordando estes trabalhadores tão importantes para a ABS no Brasil.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Prazer. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Pessoal de Saúde. Condições de Trabalho.

## ABSTRACT

In Brazil, among the three health care models present in the primary health care (PHC), is the Program of Community Health Agents. It's necessary to highlight the importance of Community Health Agents (CHA) for the PHC in the country, being involved in all kinds of work contexts, peculiarities and situations, justifying conducting research concerning the health of these professionals. The aim of this study was to discuss the experiences of pleasure and suffering in the work of the CHA from the PHC of Juiz de Fora city and its relation to the organization of work (OW) and physical and psychosocial damage reported. It's a cross-sectional, quantitative study with a random sample of 279 CHA, where 67 didn't participate because it met the exclusion criteria, totaling 212 professionals evaluated. Data collection was conducted between July and October 2015 and was used as an instrument three scales of the Inventory of Work and Risk of Illness (IWRI). The sample was predominantly composed of women (91.5%) with mean age of 44 years (standard deviation 9.9), married or in a stable relationship (55.5%) and whose working time in PHC is 11 to 15 years (47.6%). In the results, the Rating Scale of the Work Context (RSWC) presented its three areas assessed as critical, and some items, concerning the OW and working conditions were classified as serious. The Scale Assessment of Damage Related to Work (SADRW) presented his three domains assessed as bearable, corresponding to the best positive assessment to this scale. But items related to body aches and legs were assessed as serious by the CHA. In Scale of Indicators of the Pleasure and Suffering at Work (SIPSW), the domains measuring the pleasure were classified as satisfactory. Among the items of these domains, are highlighted those relating to identification with the work and proud to practice their profession, with high positive score means, as well as those relating to trust between colleagues, motivation, appreciation and recognition, classified as critical and, therefore, potential factors of suffering. Matters relating to the suffering at work showed critical result. The Professional Burnout domain was the one with the most negative assessment, especially the section "Overload", considered to be serious. Regarding the association between the domains of pleasure and suffering with the other areas of RSWC and SADRW and sociodemographic data and working time in the PHC, we have that the greater the age of the CHA, the higher their professional achievement. Also an association between freedom of expression and marital status was verified, however, was unable to find the differences by statistical analysis. On the correlations between the domains of SIPSW and other scales, we find that the greater the lack of recognition, the higher the burnout and that the greater the professional burnout of the CHA, the greater will be their psychological damage, with strong correlations. Regular correlations between the domains were also found: between professional burnout and physical damage and between lack of recognition and psychological damage. We conclude that the CHA experience pleasure in work satisfactorily and suffering critically. The Professional Burnout domain, besides being the most negatively rated in SIPSW, is the one with the strongest correlations. It's hoped that this work presents a mental health profile of CHA in relation to the experiences of pleasure and suffering and reinforce the need for more studies addressing these workers so important to the PHC in Brazil.

Keywords: Occupational Health. Mental Health. Pleasure. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Personnel. Working Conditions.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1: Descrição das Variáveis Dependentes e Independentes do Estudo. Juiz de fora, 2015 .....</b>	<b>47</b>
--	-----------

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica e tempo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n = 212). Juiz de Fora, 2015. .... 50
- Tabela 2:** Descrição dos dados do Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento de Agentes Comunitários de Saúde. Juiz de Fora, 2015. .... 51
- Tabela 3:** Correlações entre os domínios do Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento. Juiz de Fora, 2015. .... 54
- Tabela 4:** Descrição da associação entre idade e vivências de prazer e sofrimento. Juiz de Fora, 2015. .... 56
- Tabela 5:** Descrição da associação entre escolaridade e vivências de prazer e sofrimento. Juiz de Fora, 2015. .... 57
- Tabela 6:** Descrição da associação entre tempo de trabalho na ABS e vivências de prazer e sofrimento. Juiz de Fora, 2015. .... 58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**RSB** - Reforma Sanitária Brasileira

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**ABS** - Atenção Básica à Saúde

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**ACS** - Agente (s) Comunitário (s) de Saúde

**OT** - Organização do Trabalho

**PT** - Psicodinâmica do Trabalho

**EACT** - Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho

**EIPST** - Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho

**EADRT** - Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**CMC** - Comissão Médica Cristã

**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**FR** - Fundação Rockefeller

**MESP** - Ministério da Educação e Saúde Pública

**UAPS** - Unidade de Atenção Primária à Saúde

**ITRA** - Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**ODK** - Open Data Kit Collect

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences

**ANOVA** - Análise de Variância

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	18
2.1. OBJETIVO GERAL .....	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>3 . REFERENCIAL</b> .....	19
3.1. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE .....	19
3.2. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E ORGANIZACIONAIS .....	25
3.3. CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA ABS .....	31
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	40
4.1. MÉTODO .....	40
4.2. CENÁRIO .....	40
4.3. SUJEITOS .....	40
4.4. COLETA DE DADOS .....	41
4.5. ANÁLISE DOS DADOS .....	47
4.6. ASPECTOS ÉTICOS .....	48
<b>5. RESULTADOS</b> .....	50
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO DE ACORDO COM OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E TEMPO DE TRABALHO NA ABS .....	50
5.2. DESCRIÇÃO E CORRELAÇÃO DOS DOMÍNIOS DAS ESCALAS DO ITRA .....	51
5.3. CORRELAÇÕES ENTRE OS DOMÍNIOS .....	53
5.4. AVALIAÇÃO DAS VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE TEMPO DE TRABALHO NA ABS .....	55
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	59
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	69
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	73
<b>APÊNDICE 1 - ITENS DE CADA DOMÍNIO DO ITRA</b> .....	86
<b>APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	89
<b>APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE TEMPO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA</b> .....	91
<b>ANEXO 1 - INVENTÁRIO SOBRE O TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO</b> .....	92
<b>ANEXO 2 - PARECER - COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	96

## 1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objeto analisar vivências de prazer e sofrimento no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde de Juiz de Fora, município de grande porte de Minas Gerais.

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório anual denominado "Atenção Primária à Saúde – agora mais do que nunca", deu ênfase à necessidade de adotar a atenção básica e o combate de desequilíbrios à saúde, seja em países pobres ou ricos. Neste documento, o programa de saúde da Família foi citado como o modelo a ser seguido. A OMS enfatizou a necessidade de priorizar a cobertura universal, associada aos princípios da equidade, justiça social, solidariedade e eficiência na prestação de serviços (OMS, 2008).

No Brasil, devido às ações da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), foi criado, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), que propõe como princípios: universalidade, equidade, integralidade da atenção à saúde, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, sendo estes a base de sustentação da Atenção Básica à Saúde - ABS (BRASIL, 2012a).

A ABS é caracterizada por um conjunto de ações, no campo individual e coletivo, que apresenta a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde visando o desenvolvimento de uma atenção integral capaz de gerar impacto nos determinantes, condicionantes e na situação de saúde das coletividades, além de promover a autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

Atualmente, o Brasil apresenta três modelos de Atenção à Saúde na ABS: Modelo Tradicional, que atua com as diversas especialidades clínicas associadas a traços do modelo biologicista, onde o trabalho se concentra na imagem do médico (TOMASI et al., 2011); a Estratégia de Saúde da Família (ESF), atualmente o principal modelo para a efetivação da ABS no Brasil, que se propõe a reorganizar a atenção básica, em coerência com a vigilância em saúde, desempenhando uma

concepção de saúde com foco na promoção da qualidade de vida e; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado parte da ESF. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a ESF (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

O modelo biomédico ainda é predominante na formação de novos profissionais de saúde atualmente, partindo de um entendimento da saúde ligada ao cuidado patológico específico em detrimento de uma abordagem mais singular do sujeito. Tal fator gera uma assistência tecnicista, sendo alvo de críticas no âmbito da Saúde Coletiva (GONZE; SILVA, 2011).

A ABS é desenvolvida por um grupo de trabalhadores de diferentes categorias profissionais, que utilizam seus saberes atuando junto à população e colocando em prática os princípios do SUS. Eles se dividem entre aqueles que se inserem na intervenção direta da ação em saúde, tais como: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentistas, auxiliares de consultório dentário, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde (ACS); e por um grupo diversificado de trabalhadores que atuam indiretamente nos serviços como porteiros, funcionários de serviços gerais e administrativos (MAISSIAT, 2013; PIRES, 1998). Na ESF, a equipe mínima de trabalhadores da saúde é composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e o ACS, podendo ser acrescentado, como parte da equipe, os profissionais de saúde bucal - dentista, auxiliar e/ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2012a)

No trabalho em equipe, todos os profissionais adquirem responsabilidade perante os problemas apresentados pelos usuários, seja planejando ou organizando a atenção (FARIA et al, 2008).

Estes trabalhadores sofrem influência constante das condições de trabalho na realização de suas atividades e, diante deste fato, é importante considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais os indivíduos estão expostos nos seus processos de trabalho. Tais riscos podem caracterizar processos de

adoecimento por diferentes enfermidades, afetando as características de prazer e sofrimento vivenciadas por estes trabalhadores.

O trabalho é um dos principais aspectos que estruturam a vida de um indivíduo, sendo não somente fonte de enfermidades ou de tristeza, mas, também, se apresentando como operador de saúde e prazer (SILVA, 2011). A busca de modos mais recompensadores de se relacionar com o trabalho ocorre por meio do reconhecimento de seu desempenho, um sentimento de valorização, de maneira que o trabalho representa uma forma de satisfazer as necessidades do trabalhador, que podem variar da sobrevivência à auto-realização (MORAES, 2006).

A preocupação com as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da ABS é relevante, dado que atualmente há uma progressiva expansão do processo de organização desses serviços no país, aliado ao fato de que estes trabalhadores são referência nas comunidades e, conseqüentemente, estão expostos a riscos ocupacionais e condições que podem gerar danos à sua saúde diariamente, interferindo na assistência prestada (TRINDADE et al., 2010).

Tal ideia corrobora com Carneiro (2006), ao afirmar que existem pesquisas, abordando diversas categorias em diferentes níveis da esfera pública, que têm apontado um sofrimento decorrente das condições ambientais e da organização do trabalho (OT).

Apesar do fato citado acima, o serviço público é classificado como inábil e muito dispendioso, onde os trabalhadores do setor público, como é o caso dos ACS e demais trabalhadores da ABS, são estigmatizados e considerados popularmente como ineficientes, desinteressados e privilegiados por possuírem um emprego estável, classificando-os como se também não estivessem submetidos a condições de trabalho que podem levar ao sofrimento e ao adoecimento, tais como a desmotivação, um sintoma de patologia organizacional (RIBEIRO; MANCEBO, 2013; FILHO, 2004; FRANÇA, 1990). Estes indivíduos estão cercados, de modo constante, por reportagens da mídia que enfraquecem a imagem de sua atuação profissional perante os cidadãos (NUNES; LINS, 2009).

Observa-se que, no âmbito do serviço público brasileiro e, particularmente, nas instituições de saúde e de ABS, não existem dados consolidados e muitos estudos que revelem as condições de vida, de trabalho a que estão expostos os trabalhadores deste setor.

Deste modo, julga-se importante a realização de um estudo sistematizado que retrate o perfil epidemiológico e descreva como ocorre o processo saúde doença dos trabalhadores da ABS no Brasil, sendo que esta pesquisa dará atenção aos ACS.

Além disso, os dados coletados poderão contribuir para ampliar a visão do processo saúde-doença desses trabalhadores, promovendo uma compreensão da relação entre o trabalho e a saúde.

Desta forma, este estudo tem como finalidade conhecer as características de prazer e sofrimento que os ACS vivenciam, à luz da Psicodinâmica do Trabalho (PT), buscando subsidiar ações de prevenção, promoção e controle do processo saúde-doença destes trabalhadores.

Realizar pesquisas utilizando a PT é esclarecer as transformações ocorridas na OT, a efetividade das estratégias, a autonomia e readaptação dos trabalhadores, do coletivo, das suas condições de poder e de sua incumbência política e social (MENDES, 2007).

Na PT o profissional presencia o prazer e sofrimento quando se depara com o trabalho prescrito e o trabalho real. Ele experimenta o prazer no trabalho ao se confrontar com o inesperado nas tarefas reais de sua atividade, encontrando um espaço para se mobilizar subjetivamente, podendo refletir e agir sobre suas ações, ressignificando o sofrimento e transformando-o em realização e satisfação pessoal, por conseguir resolver problemas e, conseqüentemente, obter reconhecimento (SILVA, 2011).

O sofrimento se apresenta de forma contrária, onde o trabalhador, diante da contradição entre o trabalho prescrito e o real, não encontra espaço para se estimular subjetivamente, desempenhar suas habilidades pessoais, experiência,

criatividade e, mesmo assim, necessita realizar sua atividade (SILVA, 2011). Para Mendes (2007), na impossibilidade de o trabalho ser prazeroso, prevalecerá o sofrimento e não havendo sua ressignificação, ou seja, sua conversão em prazer, resta ao indivíduo, para manter sua integridade sociopsíquica, desenvolver estratégias de defesa, constituídas de modo individual ou coletivo.

Dentre os exemplos de mecanismos de defesa, Mendes (2007) enfatiza o descaramento, o fingimento, a hiperatividade, a descrença de ser reconhecido, o desprezo, os danos aos subordinados, a negligência de riscos inerentes ao trabalho e a desvirtuação da comunicação. A utilização destas formas exageradas de defesa podem levar o trabalhador ao esgotamento e, conseqüentemente, ao adoecimento.

Por fim, destacamos a importância dos ACS atualmente para a ABS no Brasil, estando envolvidos em uma variedade de contextos de trabalho, peculiaridades e situações, justificando a realização de pesquisas referentes à saúde destes profissionais (LOPES et al., 2012). É dentro deste contexto, tendo por base as reflexões apontadas, que desenvolvemos este estudo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Discutir as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos ACS da ABS do município de Juiz de Fora e sua relação com a Organização do Trabalho e os danos físicos e psicossociais referidos.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Traçar o perfil sociodemográfico e de tempo de trabalho na ABS dos ACS;
2. Analisar, a partir das Escalas de Avaliação do Contexto de Trabalho - EACT; de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho - EIPST e de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho - EADRT, os ACS;
3. Correlacionar os resultados dos domínios da EIPST entre eles;
4. Relacionar os resultados de cada domínio da EIPST com os demais domínios do instrumento;
5. Descrever os dados de prazer e sofrimento, encontrados na EIPST em relação a variáveis sociodemográficas e de tempo de trabalho na ABS dos ACS.

### **3. REFERENCIAL**

Para que possamos analisar o prazer e sofrimento dos ACS da ABS, faremos uma reflexão sobre o histórico do movimento sanitário brasileiro e do processo de trabalho do ACS, os aspectos históricos e organizacionais da atenção básica, bem como as condições de trabalho e aspectos da Psicodinâmica do Trabalho. Tais referências subsidiarão o presente estudo.

#### **3.1. A Reforma Sanitária Brasileira e o Agente Comunitário de Saúde**

Para que possamos falar da RSB, é necessário que façamos uma breve revisão histórica do Movimento Sanitário no Brasil.

De acordo com Santos e Faria (2003), a RSB iniciou sua caminhada no período histórico denominado Primeira República. No país, o entendimento de Reforma Sanitária tem sido relacionada à ideia de movimento, o que traz importantes consequências, dado à característica dinâmica e sem conclusão predeterminada do tema (COHN, 1989)

O momento inicial do movimento sanitário no Brasil contava com a presença de grandes nomes como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Adolfo Lutz, sendo precedidos por Carlos Chagas, Belisário Pena, Arthur Neiva, Clementino Fraga, entre outros que se destacavam no âmbito do sanitarismo. Dentre as organizações de pesquisa científica, o Instituto de Manguinhos (futuro Instituto Oswaldo Cruz), no Rio de Janeiro, se destacava. É importante salientar que o Brasil já vivia, desde o império, campanhas em favor da saúde pública, onde políticos, escritores, médicos e higienistas reivindicavam a formação de uma gestão administrativa da saúde e uma maior participação do Governo Federal nesta área, seguindo os ideais do nacionalismo e da melhoria da "raça" do povo brasileiro - eugenia (SANTOS; FARIA, 2003).

Também exerceu um papel importante neste período a Fundação Rockefeller (FR). Fundada nos Estados Unidos em 1913 por John D. Rockefeller e

colaboradores, a Fundação tinha como objetivo realizar ações filantrópicas no seu país e, posteriormente, em diversos países, estimulando a saúde pública, o ensino e a pesquisa médica. A Rockefeller iniciou suas atividades no Brasil em 1915, mantendo um importante papel até o final dos anos 20, auxiliando os governantes a desenvolver atividades científicas e médico-sanitárias no país, no combate a endemias, na interiorização da saúde e no estímulo à formação e pesquisa nas faculdades de medicina (SANTOS; FARIA, 2003).

Faria (1995), afirma que não é possível compreender a origem das profissões da área da saúde no Brasil sem observar a importante contribuição da FR no planejamento e execução de campanhas sanitárias, centralizadas e verticais, em todo o território nacional.

Diferentemente de alguns países, a Fundação enfrentou forte intervenção do governo brasileiro, onde todas as ações eram realizadas em conciliação com as lideranças políticas. Em um país que vivia forte apelo nacionalista, os benefícios trazidos pelos profissionais da FR ajudaram o Brasil a obter uma maior organização do Estado na saúde, já que o Governo Federal precisou se capacitar e se aparelhar para ampliar sua atuação sobre as atividades sanitárias em todo o território nacional. Este fator foi decisivo para o movimento de interiorização da saúde no Brasil (SANTOS; FARIA, 2003).

Após atividades campanhistas visando o controle de endemias como a ancilostomíase, febre amarela e malária, o incentivo às pesquisas médicas, dentre outras importantes ações em solo brasileiro, a FR deixou o ensino médico e o combate às endemias sob total responsabilidade do Estado após os anos 30 (SANTOS; FARIA, 2003). Porém, a influência técnica da instituição sobre os métodos de ação dos sanitaristas brasileiros daquele período se prolongou, mesmo com o afastamento de suas atividades (FARIA, 1995).

A década de 30 do século XX apresentava um quadro sanitário que, apesar dos avanços do poder público e do conhecimento biomédico, continuava crítico: a febre amarela ainda era uma ameaça nas capitais e nos portos litorâneos, a malária marcava presença pelo interior do país, a hanseníase começava a ganhar a atenção

dos médicos e a tuberculose continuava sendo o mais grave problema sanitário das cidades (HOCHMAN, 2005). A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em novembro de 1930, sinalizava uma realização parcial das pretensões do movimento sanitário da Primeira República (SANTOS, 1985).

Inicialmente, a criação do MESP não gerou nenhuma melhoria para a saúde pública, significando apenas a incorporação do já existente Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920. O marco no processo de construção da saúde pública como política estatal foi a gestão de Gustavo Capanema no MESP (1934-1945), até hoje a mais longa permanência de um ministro nas pastas de educação e saúde. Capanema propôs, em 1935, e implementou, a partir de 1937, uma reforma que definiu rumos para a política de saúde pública, reformulando e consolidando a estrutura administrativa, onde (HOCHMAN, 2005):

1. O MESP passou a ser denominado Ministério da Educação e Saúde;
2. O território brasileiro foi fracionado em oito regiões, onde cada uma delas passou a contar com uma Delegacia Federal de Saúde, com função de supervisão das atividades necessárias à colaboração do governo federal, criação de serviços locais de saúde pública e assistência médica/social e de instituições privadas, além da inspeção dos serviços federais de saúde;
3. A criação das Conferências Nacionais de Saúde, com reuniões periódicas das delegações de todos os estados em um fórum nacional de caráter oficial para discutir os temas de saúde pública, sendo a primeira conferência realizada em novembro de 1941, no Rio de Janeiro.

A segunda grande reforma ocorreu em 1941, através da criação dos Serviços Nacionais, em que as campanhas de combate à doenças específicas e às grandes endemias foram verticalizadas (HOCHMAN, 2005).

Portanto, as duas reformas realizadas por Capanema – uma abordando a estrutura do MESP e outra mais específica nas ações de saúde – definiram e

consolidaram a estrutura administrativa e institucional da saúde pública, assim permanecendo quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953, e de certo modo até o fim dos anos 80 (HOCHMAN, 2005).

Durante o período mais repressivo da Ditadura Militar no país, no final dos anos 60 e início dos 70, houve o surgimento de bases universitárias do movimento sanitário, com a construção teórica e ideológica de um pensamento social da saúde (ESCOREL, 1999). O ano de 1975, com a defesa das teses *O Dilema Preventivista*, de Sérgio Arouca, e *Medicina e Sociedade*, de Cecília Donnangelo, marca o início da teoria social da medicina no Brasil (MOROSINI, 2015).

Neste cenário, surgiu um grande movimento social, representando ações de diversos setores da sociedade, como estudantes e professores universitários, sindicatos e população de classe média, alguns ligados aos partidos políticos de esquerda, ilegais naquele instante. O movimento pela RSB defendia a saúde como uma questão social e política, associada à luta pela redemocratização do Brasil (PAIM et al., 2011).

Em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e, em 1979, foi formada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Tais instituições promoveram a base para a proposição de reformas, como a criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, em 1980, além das propostas da saúde como direito do cidadão e os fundamentos do SUS, principal legado da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), legitimadas na Constituição Federal de 1988 e na lei nº. 8080, de 1990, criadora do SUS (PAIM et al, 2011; ESCOREL, 1999).

Em relação aos ACS, desde a década de 1940, experiências na saúde pública do Brasil demonstraram a eficácia da inclusão de pessoas das comunidades em equipes de saúde, buscando o auxílio do desenvolvimento das práticas de saúde e a aproximação entre a cultura e o conhecimento da população com os saberes dos profissionais. O objetivo desses programas era expandir as atividades de assistência à saúde em áreas do país que ainda não possuíam serviços de atenção básica,

através da instalação de postos de saúde com agentes de saúde recrutados na própria comunidade, além de médicos e enfermeiros (SILVA; DALMASO, 2002).

Os visitantes sanitários ou agentes de saúde, como foram chamados nessas experiências, eram selecionados na própria comunidade a ser beneficiada, tendo como função auxiliar o acompanhamento feito pelos profissionais da saúde às famílias em suas residências. Através deles, era possível a geração de uma discussão sobre os problemas de saúde da região e a participação da população na organização das ações de saúde. A maior parte dos agentes escolhidos já realizavam alguma atividade na comunidade, seja em igrejas, escolas, associações, ou como cuidadores de forma geral (cuidados paliativos, fitoterápicos). A inclusão desses agentes surgiu com a necessidade de apoio, por parte dos programas, para a execução das práticas de saúde e sua implantação com custos baixos (FURLAN, 2010).

Na década de 70, após a realização de eleição direta para prefeitos nos municípios, exceto capitais e cidades estratégicas, surgiram iniciativas locais buscando atender às demandas sociais, onde a saúde foi uma das áreas que recebeu prioridade. Diversas cidades mineiras, paranaenses e paulistas implantaram projetos de acordo com os princípios da ABS, que incluiu o de ACS, desenvolvendo ações semelhantes às atualmente identificadas como sendo do campo profissional dos ACS (SILVA; DALMASO, 2002b).

Apesar do quadro relatado anteriormente, os ACS ganharam relevância apenas em 1991, após a criação do PACS, com suas ações voltadas para a diminuição da mortalidade materno-infantil nas regiões mais miseráveis do país, se concentrando principalmente no Norte e Nordeste do Brasil (DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011).

Estes profissionais passaram a ser considerados como uma categoria profissional em 10 de julho de 2002, após uma disputa de interesses sobre o mercado de trabalho e controle do exercício profissional, em que se debatiam mais do que os próprios ACS, numa discussão sobre a democratização do conhecimento que se distanciou totalmente da questão essencial e existencial do ACS perante a

sociedade e a saúde pública (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). A regulamentação da profissão só veio ocorrer em 2006, através da Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

Assim, apresentando uma metodologia de profissionalização caracterizada pelo debate ideológico e político, os ACS são uma força de trabalho notória, com mais de duzentos mil profissionais atuando em todo o país (BORNSTEIN; DAVID; ARAÚJO, 2010).

Atualmente, os ACS são considerados como profissionais de importância fundamental para a implantação da ESF, sendo classificados como elemento de ligação entre a comunidade e as políticas públicas (DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011).

As atividades específicas dos ACS, segundo a Lei nº. 11.350, de 5 de outubro de 2006, são (BRASIL, 2006):

- 1 - Utilizar instrumentos para a realização de diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- 2 - Promover ações educativas para a saúde individual e coletiva;
- 3 - Registrar, para fins de controle e planejamento, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- 4 - Estimular a participação da comunidade na formulação de políticas públicas destinadas à saúde;
- 5 - Realizar visitas domiciliares periódicas para monitorar situações de risco à família; e
- 6 - Participar de atividades que fortaleçam a união entre o setor saúde e outras iniciativas que promovam a qualidade de vida.

Apesar de sua vital relevância para a consolidação da ESF, os processos de qualificação e as relações de trabalho dos ACS não são de qualidade. O processo de trabalho dos ACS é marcado pelo vínculo precário com o poder público, por baixos salários, pela constante acentuação da jornada de trabalho e pela possibilidade de adquirirem uma variedade de patologias, devido ao caráter físico e psicologicamente estressante das atribuições que desenvolvem (DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011).

### **3.2. Atenção Básica à Saúde: aspectos históricos e organizacionais**

Historicamente, a construção teórica de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede, na assistência primária, secundária e em hospitais terciários, surgiu na Inglaterra, em 1920, com a formulação de propostas do Relatório Dawson (WESTPHAL, 2006). Base do sistema de saúde britânico, este relatório é considerado um dos grandes pilares históricos da organização dos sistemas de saúde e foi importante para a construção desses sistemas em vários outros países (DEMARZO, 2011).

Acredita-se que o termo APS (Atenção Primária à Saúde – Primary Health Care) foi utilizado de maneira pioneira no início dos anos 1970, através da revista *Contact*, de autoria da Comissão Médica Cristã (CMC), órgão vinculado ao Conselho Mundial de Igrejas e a Federação Mundial Luterana (MELLO, 2009). Com grande experiência na realização de ações nos países em desenvolvimento da época, a CMC, ao perceber que as ações missionárias desenvolvidas em hospitais geravam baixo impacto na saúde da população, passou a defender a intervenção nas comunidades. Desta forma, se tornou parceira da OMS, que, em 1974, estabeleceu uma relação formal com a CMC para realizar discussões sobre a APS (MELLO, 2009).

Em 1975, através do relatório denominado A Promoção de Serviços Nacionais de Saúde (*The Promotion of National Health Services*), o termo APS foi incorporado pela primeira vez aos documentos da OMS. O relatório indicava a atenção primária como a direção correta para se obter a efetividade dos serviços de saúde (MELLO, 2009). A atenção primária busca atender o sujeito priorizando sua integralidade,

singularidade, complexidade e inserção sociocultural, visando a promoção da saúde, prevenção e tratamento de enfermidades (BRASIL, 2012a).

No Brasil, a APS começou a ser abordada na década de 70. Em 1975, foi criado no país o Sistema Nacional de Saúde, que acabou evidenciando os limites da assistência médica individual, se apresentando em desarticulação com a saúde pública (JÚNIOR; ALVES, 2007).

Uma evidência dos limites da biomedicina foi sua pouca efetividade no combate aos problemas de saúde gerados pela aceleração da urbanização no país (JÚNIOR; ALVES, 2007). Outro fator que evidenciava esses limites é que quanto mais custoso, mais difícil era o acesso para as populações de baixo poder econômico, gerando uma iniquidade na oferta do sistema de saúde (JÚNIOR; ALVES, 2007).

No aspecto tecnológico, houve um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-paciente), gerando como resultado o enfoque em exames diagnósticos e imagens, mas sem haver uma assistência eficaz aos pacientes em sofrimento (JÚNIOR; ALVES, 2007).

Neste contexto, foi estabelecido, em nível internacional, um debate sobre modelos de assistência, onde foi dada ênfase ao uso racional das tecnologias e à eficiência da gestão. A proposta mais aceita foi a da APS (JÚNIOR; ALVES, 2007).

No Brasil, no final da década de 1970, tal modelo foi utilizado pelos profissionais da área da saúde que faziam oposição à ditadura militar como um plano de redemocratização política, no intuito de levar assistência à saúde para toda a população (JÚNIOR; ALVES, 2007). Na década de 80, municípios como Lages, Niterói, Campinas, Londrina, dentre outros, montaram unidades de saúde para a atenção primária com auxílio de universidades (CONILL, 2008; JÚNIOR; ALVES, 2007).

Tais vivências contribuíram para as ações da RSB, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As discussões da Conferência adquiriram

legitimidade na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90), que resultaram na criação do SUS, considerado um dos mais bem elaborados sistemas públicos de saúde do mundo (JÚNIOR; ALVES, 2007; MAISSIAT, 2013).

O SUS realiza ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, assegurando a manutenção do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar (PAIM et al, 2011).

No Brasil, a APS segue os princípios da RSB e, neste sentido, o SUS adota a designação ABS, buscando dar ênfase à reorganização do modelo de assistência, através de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2008).

A ABS funciona no mais alto nível de descentralização, delegando maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, e capilaridade, de modo a estar mais próximo da vida e do ambiente dos sujeitos, possibilitando os meios para a promoção da participação social na criação de políticas de saúde e na avaliação do desempenho do sistema (PAIM et al, 2011; BRASIL, 2012a).

As unidades de saúde da ABS devem ser a via preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Para isto ocorrer, é necessário que ela seja orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Em termos estruturais e organizacionais, a ABS, por meio das unidades de saúde, busca a implementação de ações intersetoriais de promoção à saúde e prevenção de doenças. Dentre as ações existentes, ganham destaque o PACS e a ESF. Tais programas fizeram parte de uma estratégia do governo para garantir a reestruturação do sistema e o modelo assistencial do SUS (PAIM et al, 2011).

Posteriormente, para ampliar o acesso e qualificar os serviços, o governo federal criou em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica e, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As equipes do NASF, de caráter multiprofissional, se associam à ESF visando a expansão da cobertura e da finalidade da ABS, além de desenvolver redes de referência e contrarreferência regionais (PAIM et al, 2011).

É dentro desses programas que está inserido o profissional atuante na ABS.

O atendimento da ABS é desenvolvido nas unidades de saúde e nos domicílios por equipes multiprofissionais de saúde, formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS, dentistas, auxiliares de consultório dentário, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros (MAISSIAT, 2013).

São atribuições comuns dos profissionais atuantes na ABS (BRASIL, 2012a):

1 - Atuar no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, buscando identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, incluindo os ocupacionais, e atualizar continuamente tais informações, enfatizando as situações que serão acompanhadas no planejamento local;

2 - Garantir a assistência à saúde da população, com prioridade no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando houver necessidade;

3 - Efetuar ações de atenção integral de acordo com a necessidade da população local, assim como as já previstas como prioridades e protocolos da gestão local;

4 - Assegurar a integralidade da atenção através de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; garantindo o atendimento da demanda espontânea e realizando ações programáticas e de vigilância à saúde;

5 - Promover busca ativa, registro de doenças e agravos de notificação compulsória, além de outros agravos e situações de importância local;

6 - Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, desenvolvendo um atendimento humanizado que viabiliza a criação do vínculo;

7 - Ter responsabilidade sobre população adscrita, com a manutenção do cuidado mesmo quando é necessária a atenção em outros serviços do sistema de saúde;

8 - Ser atuante no planejamento e avaliação das ações da equipe, através da utilização dos dados disponíveis;

9 - Articular a mobilização e a participação da comunidade, com o intuito de efetivar o controle social;

10 - Buscar parceiros e recursos na comunidade que potencializem ações intersetoriais com a equipe, coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde;

11 - Assegurar a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

12 - Atuar nas atividades de educação permanente; e

13 - Efetuar outras ações e atividades que serão definidas observando as prioridades locais.

As competências de cada trabalhador que atua na ABS, com atividades muitas vezes complexas, são impactadas por dificuldades estruturais e organizacionais e apresentam desafios, que quando enfrentados com seriedade, geram facilidades no desempenho de suas funções nas unidades de saúde e domicílios.

Assistir à família e ao coletivo constitui um desafio a ser enfrentado pelos profissionais da ABS. O cuidado para com a família, geralmente, não é uma tarefa fácil. Porém, ter boa iniciativa e perceber que a família tem seu próprio modo de cuidar, fato que deve ser respeitado, pode ajudar o profissional a organizar o foco do trabalho e, desta forma, obter seu sucesso. O conhecimento dos valores, crenças e costumes familiares facilita a construção de uma assistência individual e com dignidade (LOPES; MARCON, 2012).

Em relação às dificuldades, temos a organização e as ações realizadas pelas famílias atendidas, tais como baixa adesão ao tratamento oferecido, imediatismo com relação à resolutividade do tratamento e dificuldades de comunicação entre os membros da família. Outro aspecto importante é a estrutura organizacional fornecida pelo serviço de saúde, como o acúmulo de atividades e a dificuldade de se deslocar da unidade até a família que necessita de visita domiciliar, indisponibilidade de equipamentos, instrumentos e medicamentos, baixo piso salarial e instabilidade do vínculo trabalhista (LOPES; MARCON, 2012; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

A falta de profissionais nas equipes da ESF e a utilização destes profissionais em atividades internas das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) prejudicam a programação e realização de atividades fora da UAPS, já que cada profissional tem sua especificidade dentro da equipe (LOPES; MARCON, 2012). Outro fator a ser observado é o grande número de famílias acompanhadas por uma equipe como sendo o principal impasse para o efetivo exercício das atividades (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

A respeito das funções burocráticas, quando um profissional se ausenta suas atividades são efetuadas pelos seus colegas. Porém, com relação às suas atividades assistenciais, muitas vezes este profissional ausente não pode ser substituído por outro membro da equipe, de modo que a assistência à população se torna deficiente (LOPES; MARCON, 2012).

Com relação às facilidades da atuação profissional na ABS, destaca-se o conhecimento da realidade familiar, contribuindo para a resolutividade de problemas e ampliando o vínculo existente entre a família e os profissionais. Outro destaque se

refere à divisão de responsabilidades entre o usuário dos serviços e sua família, possibilitando o planejamento da assistência e a autonomia dos familiares no enfrentamento das questões relativas ao processo saúde (LOPES; MARCON, 2012).

O envolvimento entre as famílias assistidas e os profissionais da equipe de saúde promove o acompanhamento do planejamento da assistência familiar (OLIVEIRA; SPIRI, 2006). A presença de profissionais que apresentam perfil em saúde pública, bem como o bom entrosamento entre os membros da equipe, também se caracteriza como facilidades para o desenvolvimento das atividades na ABS (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

### **3.3. Condições de Trabalho e Saúde Mental dos Trabalhadores da ABS**

A expressão Trabalho nos leva à associação presente na relação emprego e salário, onde o trabalhador desenvolve uma atividade para um empregador e, assim, vende sua força de trabalho, recebendo uma “retribuição” por ela, denominada salário. Porém, o trabalho não se reduz apenas ao referido binômio, pois o termo envolve o fazer e o saber humano, utilizando a inteligência, estimulando a reflexão. Sendo necessário, portanto, a interpretação e ação frente as situações existentes no trabalho, o que motiva o trabalhador a pensar, sentir, criar, inventar e se renovar através da subjetividade (MAISSIAT, 2013).

Ferreira et al. (2009) afirmam que o trabalho qualificado tem a autoridade de revelar a subjetividade, assim como o trabalho desqualificado, repetitivo e desprovido de sentido tem o poder de destruir a subjetividade.

É através do trabalho que o indivíduo organiza sua vida, participando de forma ativa da sociedade, desenvolvendo sua subjetividade, onde ele tem a chance de praticar a confiança, o convívio, a solidariedade, o respeito pelo outro (DEJOURS, 2004).

Na área da saúde, o trabalho está inserido no setor terciário da economia, também conhecido como setor de serviços. Um processo de trabalho em saúde bem organizado, especialmente na ABS, é um dos principais eixos de uma atenção à

saúde preparada no SUS (FARIA et al, 2009). Desta forma, utilizamos o conceito '*processo de trabalho em saúde*' para analisar os processos de trabalho das diversas áreas que constituem o campo da saúde de modo específico, o que permite abordá-las como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas (PEREIRA; LIMA, 2008).

A produção na saúde é realizada, principalmente, por meio do '*trabalho vivo em ato*', ou seja, o produto do trabalho humano é construído ao mesmo tempo em que é executado, determinando a produção do cuidado. O trabalho vivo em ato interage constantemente com instrumentos, regulamentos e máquinas, formando assim um processo de trabalho, onde há interação com diferentes tipos de tecnologias (PEREIRA; LIMA, 2008).

Tecnologia constitui o conjunto de conhecimentos e ações aplicadas para se produzir algo, podendo se materializar em máquinas e instrumentos - *tecnologias duras*; saberes e práticas estruturados - *tecnologias leve-duras*; e o trabalho vivo, produção de serviços e abordagem assistencial - *tecnologias leves* (MERHY, 1999).

Dentre os aspectos mais importantes presentes em qualquer atividade laboral, é necessário destacar aquele que exerce maior influência nas condições de trabalho: o risco.

O conceito de risco, derivação da palavra inglesa *hazard*, utilizado neste trabalho segue a definição de Gamba e Santos (2006). Tais autoras afirmam que *Risco* na área da saúde é considerado como uma ameaça potencial de ocorrer uma reação adversa à saúde dos indivíduos expostos a um determinado fator ou ainda a possibilidade de se obter lesões de várias dimensões, tais como: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. Deste modo, define-se *fator de risco* como características de um grupo populacional que apresenta maior incidência de uma enfermidade ou agravo à saúde quando confrontado com outros grupos que não possuem ou está menos exposto a tal característica (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Os fatores de risco ocupacionais, os quais afetam de forma efetiva os trabalhadores da saúde, são classificados, segundo sua natureza, da seguinte forma (CHIODI; MARZIALE, 2006; BRASIL, 1997; LAURELL; NORIEGA, 1989; MARZIALE, 1995):

#### 1. Fatores de risco ambiental:

Risco Físico: Qualquer forma de energia em que os trabalhadores possam estar expostos (radiação, ruído, vibração, pressões anormais, temperaturas extremas, etc.);

Risco Químico: Oacionados por agentes químicos que podem penetrar no organismo por via respiratória (poeira, fumo, névoa, neblina, gases), pela pele ou por ingestão;

Risco Biológico: Agentes biológicos (bactérias, vírus, fungos, bacilos, parasitas, protozoários) responsáveis pelo maior comprometimento sofrido pelos trabalhadores da saúde;

2. Fatores de Risco Situacional: Risco ergonômico, relacionado à adequação entre o homem e o trabalho (postura inadequada ou manutenção desta por longos períodos no atendimento a pacientes, instalações, ferramentas, equipamentos, materiais, operações, etc.);

3. Fatores de Risco Humano ou Comportamental: São aqueles decorrentes da ação ou omissão humana (fadiga, tensão, perda de domínio sobre o trabalho, impacto de hora extra, rodízio de turnos de trabalho, subordinação e desqualificação do trabalhador, trabalho repetitivo ou em ritmo acelerado).

Para se obter o reconhecimento do risco é necessário identificar, no ambiente de trabalho, potenciais de danos presentes em fatores ou situações, caso exista essa possibilidade. Para avaliar o risco deve-se estimar a probabilidade e a gravidade à qual o dano vem ocorrendo (BRASIL, 2001).

O presente estudo dá destaque aos riscos psíquicos aos quais o trabalhador da saúde está submetido, devido à importância da saúde mental no seu exercício laboral. Tais profissionais, por lidarem com situações desconfortáveis como enfermidades, falta de infraestrutura para o trabalho e muitas vezes presenciar a pobreza e a violência na comunidade assistida, acabam se tornando mais vulneráveis a enfrentar situações de sofrimento, que também podem vir em decorrência das pressões e exigências geradas pela OT (MAISSIAT, 2013).

Os riscos psíquicos referentes à ocupação não são distribuídos de maneira uniforme, pois se associam às condições gerais de vida e de trabalho, às quais o indivíduo está inserido (FERNANDES et al, 2006).

Dentre os vários modelos que investigam a relação entre saúde mental e trabalho, cinco correntes ou abordagens ganham destaque: o desgaste; as condições gerais de vida e trabalho; o estresse; a ergonomia e; a psicopatologia do trabalho (FERNANDES et al, 2006).

A abordagem do desgaste tem sua análise na estrutura ocupacional (FERNANDES et al, 2006). O desgaste é definido como a redução da capacidade potencial, tanto biológica quanto psíquica, presente quando a atividade laboral possui um fator incapacitante muito maior que o reestruturador (LAURELL; NORIEGA, 1989). Ganham destaque as seguintes síndromes neuróticas relacionadas à abordagem do desgaste: síndrome do esgotamento profissional (*burnout*); síndrome da fadiga crônica (fadiga patológica); síndromes pós traumas, depressivas e paranoides (SELIGMANN-SILVA, 1995).

A abordagem das condições gerais de vida e de trabalho analisa os procedimentos laborais, adotando a ocupação como o principal elemento para compreender o processo saúde-doença (FERNANDES et al, 2006). A ocupação de um indivíduo é o trabalho feito por ele, desconsiderando o local de realização desse trabalho e o status que é conferido ao trabalhador (SILVA, 1986).

A abordagem que mostra a relação entre estresse e trabalho apresenta o estresse como um desequilíbrio entre as necessidades da atividade laboral e a

capacidade de resposta dos trabalhadores (KARASEK; THEORELL, 1990). O aspecto psicossocial do estresse aparece quando uma análise demonstra a insuficiência dos meios internos de enfrentamento a algo considerado uma ameaça (SOUZA, 1992). As fontes de estresse no trabalho e suas implicações no processo saúde-doença mental são analisadas por categorias: processo de trabalho; função do indivíduo na organização; relações no trabalho e; estrutura e atmosfera institucional (SOUZA, 1992).

A abordagem ergonômica envolve um campo interdisciplinar, composto pela engenharia, medicina, psicologia, sociologia, psicofisiologia e economia (WISNER, 1987; FISCHER; PARAGUAY, 1989). A ergonomia, compreendida inicialmente como a relação homem-máquina, recentemente passou por uma mudança de foco nos estudos sobre trabalho, onde o aspecto humano passou a ser tratado como elemento importante no binômio homem versus máquina. Tal abordagem está delimitada por três momentos: 1 - O foco está nas alterações fisiológicas geradas pelo processo de trabalho, favorecendo a fadiga física; 2 - A perspectiva está direcionada para a busca de fatores psicofisiológicos; 3 - O enfoque está sobre os aspectos psicossociais e suas implicações na fadiga mental crônica (SELIGMANN-SILVA, 1987).

A abordagem da psicopatologia do trabalho analisa a dinâmica dos processos psíquicos estimulados pelo enfrentamento do indivíduo com a realidade do trabalho. Tal método, ao selecionar como categoria o sofrimento mental, se difere das demais teorias que abordam a relação entre a atividade laboral e saúde mental, na perspectiva do diagnóstico da psiquiatria clássica, criando perfis psicopatológicos. Também se distingue de conceitos que adotam o referencial da medicina ocupacional, relacionando riscos às doenças psíquicas específicas (DEJOURS, 1986; DEJOURS, 1988; DEJOURS, 1988b; DEJOURS, 1989; DEJOURS, 1992; DEJOURS, 1996).

A Psicopatologia do Trabalho enfatiza o sofrimento como elemento central da relação psíquica entre o homem e o trabalho (DEJOURS, 1996). O sofrimento mental do trabalhador é definido como insatisfação e ansiedade, gerados pela falta

de significado da atividade laboral para o indivíduo, pela fadiga, pelos aspectos ergonômicos e pelas cargas de trabalho (DEJOURS, 1992).

A teoria da Psicopatologia do Trabalho se distingue das anteriores (desgaste, condições gerais de vida e trabalho, estresse e ergonômica) ao adotar metodologias que beneficiam o relato das experiências subjetivas dos trabalhadores a respeito de seu cotidiano e de seus sentimentos de ansiedade, medo, insatisfação, o sofrimento em relação ao trabalho, como material de estudo (FERNANDES et al, 2006). São estudos que analisam o trabalho como um ambiente dinâmico, onde a identidade é construída e transformada de forma contínua, gerando relações de trabalho (resultado da OT) que repercutem na saúde mental do trabalhador (FERNANDES et al, 2006).

Desenvolvida com base na Psicopatologia do Trabalho, a abordagem da PT foi utilizada no presente estudo.

A PT, linha de pesquisa do Psiquiatra e Psicanalista francês Christophe Dejours, tem como abordagem a relação entre o aparelho psíquico do trabalhador e a OT, bem como as consequências positivas ou negativas na saúde mental dos profissionais (DEJOURS, 2004).

A PT e a psicopatologia do trabalho realizam pesquisas analisando trabalho e saúde mental, não se limitando apenas no impacto negativo do trabalho sobre a saúde. Investigam, também, o cenário no qual a relação laboral é favorável à saúde (DEJOURS, 2007).

Esta linha fornece os elementos determinantes para identificar as formas de prazer e sofrimento, sendo um método que apresenta a compreensão das relações entre a OT e a saúde ou adoecimento no trabalhador, avaliando as formas à qual o trabalhador enfrenta as situações de sofrimento em decorrência das pressões e exigências consequentes do arranjo e aparelhamento do trabalho (MAISSIAT, 2013).

A partir da década de 80 do século XX, a Psicopatologia do Trabalho buscou fundamentar a clínica do sofrimento psíquico na relação com o trabalho, onde foi possível demonstrar que as pressões geradas pelo trabalho que afetam o equilíbrio psíquico e a saúde mental se originam na OT (DEJOURS, 1996).

A degeneração da saúde mental no trabalho está intimamente relacionada à evolução da OT e, também, à introdução de novas técnicas, como a avaliação individualizada dos desempenhos, a procura pela “qualidade total”, o aumento da terceirização e o uso crescente de profissionais denominados *free-lancers* em vez do assalariado (DEJOURS, 2009).

Portanto, a OT efetua, sobre o indivíduo, uma ação característica, que gera impacto sobre o aparelho psíquico (DEJOURS, 1992). Bastando, deste modo, reduzir a pressão organizacional para buscar o desaparecimento de qualquer manifestação de sofrimento (DEJOURS, 1992).

Por OT é importante citar: a divisão das tarefas (modo operatório), que afeta de forma direta o interesse e o tédio no trabalho e; a divisão dos homens (hierarquia, comando, submissão), atingindo diretamente as relações estabelecidas entre os trabalhadores no seu local de trabalho (DEJOURS, 1996).

Em relação ao sofrimento no trabalho, ele é totalmente influenciado pela dimensão temporal, de modo que o sofrimento não só apresenta elementos gerados no interior da organização, mas também processos que ocorreram fora do ambiente de trabalho, em seu domicílio e na economia familiar do trabalhador (DEJOURS, 1996). Tal sofrimento, de natureza mental, se inicia quando o sujeito, em sua atividade laboral, já não pode realizar nenhuma mudança em sua tarefa buscando torná-la mais afim às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, ou seja, quando há um bloqueio na relação homem e trabalho (DEJOURS, 1992).

Dejours (2009), afirma que o trabalho não é o causador do sofrimento, pois o sofrimento produz o trabalho. Frequentemente, enfrentando o sofrimento, o indivíduo chega a planejar soluções originais, que são, geralmente, benéficas tanto para a produção quanto para a saúde. Tal sofrimento é caracterizado como *sofrimento*

*criativo*. Entretanto, lutando contra o sofrimento, o sujeito também pode elaborar soluções adversas para a produção e também para sua saúde. Este sofrimento é então classificado como *sofrimento patogênico* (DEJOURS, 1996). Atualmente, a OT não aborda o sofrimento em si, mas os métodos de defesa utilizados para combatê-lo, sendo responsável pelo aumento de patologias corporais e mentais (DEJOURS, 2009).

O sofrimento patogênico, advindo da OT, não são causados por adversidade. São estipulados pelas relações de dominação, não sendo considerados apenas como a consequência, mas também o seu instrumento, visto que é também pela OT que as relações sociais são estabelecidas (DEJOURS, 2012).

Para nos aprofundarmos na relação psíquica entre trabalhador e a situação de trabalho é preciso levar em consideração dois importantes confrontos: 1 - O encontro entre *registro imaginário*, produzido pelo indivíduo, e *registro da realidade*, produzido pela situação laboral e; 2 - O encontro entre *registro diacrônico* (história individual do trabalhador, seu passado, sua memória, sua personalidade) e *registro sincrônico* - contexto material, social e histórico das relações de trabalho (DEJOURS, 1996).

Assim, ganha destaque uma interação entre OT e saúde mental, que pode ser estudada e analisada de forma particularizada em cada situação de trabalho (DEJOURS, 1996).

No Brasil, as pesquisas envolvendo a PT tem sido de grande importância para a compreensão da relação entre trabalho e saúde mental. Os estudos que abordam a PT, utilizando também o Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento - ITRA (MENDES, 2007) como instrumento de pesquisa, analisam uma gama variada de profissionais, como os auditores fiscais da Previdência Social (FERREIRA; MENDES, 2003), profissionais de teleatendimento (VIEIRA, 2005), profissionais da ESF (GLANZNER, 2014; MAISSIAT, 2013; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012), bancários (RESENDE, 2003), líderes religiosos (SILVA, 2004), trabalhadores de empresas públicas (MENDES, 2007), médicos e enfermeiros emergencialistas

(BARROS, 2012), trabalhadores de montadoras de automóveis (SCHIEHL et al, 2012), trabalhadores de frigoríficos (SCHIEHL et al, 2014) e policiais civis (ANCHIETA et al, 2011).

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1. Método**

Este estudo faz parte de uma pesquisa exploratória, transversal, quantitativa, denominada *Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e de vida*, que aborda os trabalhadores da ABS do município de Juiz de Fora. No presente trabalho, o foco está na análise de vivências de prazer e sofrimento dos ACS.

### **4.2. Cenário**

Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2015), Juiz de Fora (MG) possui 67 UAPS, sendo 48 em área urbana, 14 em área rural e 5 unidades volantes. Destas, 44 (65,7%) têm ACS, estando ou não vinculados à ESF, sendo que 38 (86,4%) são unidades de área urbana, 5 (11,4%) de área rural e 1 (2,2%) de unidade volante.

A cidade de Juiz de Fora, situada no interior do estado de Minas Gerais, na região denominada Zona da Mata Mineira, é um município de grande porte com população estimada em 2014 de 550.710 habitantes (a quarta maior do estado mineiro), ocupando uma área de 1.429 Km<sup>2</sup>. Apresenta, segundo o Censo Demográfico de 2010, uma densidade demográfica de 359,59 hab/km<sup>2</sup>, quase onze vezes maior que a densidade média do estado, que é 33,41 hab/km<sup>2</sup> (BRASIL, 2015).

### **4.3. Sujeitos**

Os sujeitos deste estudo são uma amostra aleatória simples dos ACS atuantes na ABS da cidade de Juiz de Fora, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 2), totalizando 212 indivíduos.

Para cálculo do tamanho da amostra desses profissionais, considerou-se intervalo de confiança de 95% (IC 95%), erro alfa de 5%, prevalência de 50% (dada a multiplicidade de desfechos analisados e ausência prévia de estudo com essa perspectiva), tamanho da população de 575 indivíduos, e possíveis perdas por recusa como aproximadamente 20%. Com base nesses parâmetros, a amostra estimada foi de 265. A base populacional foi construída a partir da identificação, através de dados da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2015), de todas unidades de saúde com ACS e ordenação alfabética das mesmas, independente da localização geográfica. Os ACS foram identificados por numeração sequencial. Processou-se ao sorteio aleatório de 265 ACS, havendo a necessidade de realização de um segundo sorteio, no decorrer da coleta de dados, para completar a amostra, visando manter a fidelidade estatística do estudo, devido ao número de perdas ter ultrapassado os 20% previstos no cálculo.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: atuar em uma das UAPS do município e ser profissional efetivo (concurso). Os critérios de exclusão foram: trabalhadores que estavam de licença no período da coleta de dados, foram terceirizados ou com contratos temporários, foram aposentados, exonerados/demitidos ou em desvio de função. Os participantes que possuíam os qualificativos definidos nos critérios de inclusão, desde que sorteados, foram convidados a responder o questionário e participaram da pesquisa de forma voluntária (BRASIL, 2012b).

Do total de 279 ACS sorteados, responderam a pesquisa 212. Dos 67 ACS excluídos: 39 indivíduos foram afastados por licença, 1 por desvio de função, 8 por exoneração/demissão, 3 por aposentadoria, 11 resultantes de recusa por parte do indivíduo e 5 por não ser localizado após três tentativas.

#### **4.4. Coleta de Dados**

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário contendo perguntas fechadas (Anexo 1), aplicado individualmente nas UAPS através do aplicativo Open Data Kit Collect (ODK), pacote de ferramentas que possibilita a coleta de dados através de dispositivos móveis com sistema Android, como smartphones e tablets, e

posterior envio dos dados coletados para um servidor on-line, não necessitando de conexão à internet no momento da coleta.

Destaca-se que não foi necessária nenhuma infraestrutura além de um local com privacidade contendo uma cadeira e uma mesa já presentes nas unidades.

Foram formadas equipes multiprofissionais com supervisores e estagiários treinados, que aplicaram o questionário em entrevistas agendadas previamente, respeitando a escolha do melhor dia e horário para os trabalhadores.

O desfecho estudado foi a vivência de prazer e sofrimento no trabalho, sendo verificado através de três das quatro escalas do *Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento* (ITRA). O ITRA foi elaborado e validado por Mendes e Ferreira em 2003 e, após passar por adaptações, foi novamente validado por Mendes et al. em 2005, tendo sua terceira versão (utilizada por este estudo), apresentada em 2007. É composto por quatro escalas interdependentes do tipo Likert (MENDES, 2007):

1. *Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho - EACT* (ANEXO 1 – Escala 1): Visa descrever o contexto de trabalho por meio de representações relativas aos três domínios construídos com itens negativos, com eigenvalues de 1,5, variância total de 38,46%, Kaiser-Meyer-Olkin de 0,93 e correlações acima de 0,25 (MENDES, 2007):

*Organização do trabalho* - Composto pelos seguintes itens: o ritmo de trabalho é excessivo; as tarefas são cumpridas sob pressão de prazos; existe forte cobrança por resultados; as normas para execução das tarefas são rígidas; existe fiscalização do desempenho; o número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas; os resultados esperados estão fora da realidade; existe divisão entre quem planeja e quem executa; as tarefas são repetitivas; falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho; as tarefas executadas sofrem descontinuidade.

*Condições de trabalho* - Composto pelos seguintes itens: as condições de trabalho são precárias; o ambiente físico é desconfortável; existe muito barulho no ambiente de trabalho; o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado; os

instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas; o posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas; os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários; o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado; as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas; o material de consumo é insuficiente.

*Relações Socioprofissionais* - Composto pelos seguintes itens: as tarefas não estão claramente definidas; a autonomia é inexistente; a distribuição das tarefas é injusta; os funcionários são excluídos das decisões; existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados; existem disputas profissionais no local de trabalho; falta integração no ambiente de trabalho; a comunicação entre funcionários é insatisfatória; falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional; as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso.

Considera-se como resultado para o contexto de trabalho, considerando um desvio padrão para cada média (MENDES, 2007):

Acima de 3,7 = Avaliação mais negativa, grave

Entre 2,3 e 3,69 = Avaliação mais moderada, crítico.

Abaixo de 2,29 = Avaliação mais positiva, satisfatório.

2. Escala de Custo Humano do Trabalho - ECHT (ANEXO 1 – Escala 2): apresenta questões sobre as exigências do trabalho relativas ao custo físico, cognitivo e afetivo, os quais refletem os três domínios da escala construída com questões negativas. Apresenta eigenvalue maior que 2, variância total de 44,98%, Kaiser-Meyer-Olkin de 0,91 e 50% das correlações acima de 0,30. (MENDES, 2007). Os itens de cada domínio estão a seguir (MENDES, 2007):

*Custo Físico* - Composto pelos seguintes itens: usar a força física; usar os braços de forma contínua; ficar em posição curvada; caminhar; ser obrigado a ficar em pé; ter que manusear objetos pesados; fazer esforço físico; usar as pernas de forma contínua; usar as mãos de forma repetida; subir e descer escadas.

*Custo Cognitivo* - Composto pelos seguintes itens: desenvolver macetes; ter que resolver problemas; ser obrigado a lidar com imprevistos; fazer previsão de acontecimentos; usar a visão de forma contínua; usar a memória; ter desafios intelectuais; fazer esforço mental; ter concentração mental; usar a criatividade.

*Custo Afetivo* - Composto pelos seguintes itens: ter controle das emoções; ter que lidar com ordens contraditórias; ter custo emocional; ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros; disfarçar os sentimentos; ser obrigado a elogiar as pessoas; ser obrigado a ter bom humor; ser obrigado a cuidar da aparência física; ser bonzinho com os outros; transgredir valores éticos; ser submetido a constrangimentos; ser obrigado a sorrir.

Os resultados para o custo humano são classificados da seguinte forma, considerando um desvio padrão para cada média (MENDES, 2007):

Acima de 3,7 = Avaliação mais negativa, grave

Entre 2,3 e 3,69 = Avaliação mais moderada, crítico.

Abaixo de 2,29 = Avaliação mais positiva, satisfatório.

3. Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho - EIPST (ANEXO 1 – Escala 3): apresenta questões relativas às vivências de prazer e sofrimento no trabalho e descreve o sentido do trabalho. É composta por quatro domínios: dois para avaliar prazer (realização profissional e liberdade de expressão), portanto, composta por itens positivos, e dois para avaliar o sofrimento no trabalho (esgotamento profissional e falta de reconhecimento) com itens negativos; eigenvalues de 1,0, variância total de 59,80%, Kaiser-Meyer-Olkin de 0,92 e 50% das correlações acima de 0,30. (MENDES, 2007). Os itens de cada domínio estão a seguir (MENDES, 2007):

*Realização Profissional* - Composto pelos seguintes itens: satisfação; motivação; orgulho pelo que faço; bem-estar; realização profissional; valorização; reconhecimento; identificação com as minhas tarefas; gratificação pessoal com as minhas atividades.

*Liberdade de Expressão* - Composto pelos seguintes itens: liberdade com a chefia para negociar o que precisa; liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas; solidariedade entre os colegas; confiança entre os colegas; liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho; liberdade para usar a minha criatividade; liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias; cooperação entre os colegas.

*Esgotamento Profissional* - Composto pelos seguintes itens: esgotamento emocional; estresse; insatisfação; sobrecarga; frustração; insegurança; medo.

*Falta de Reconhecimento* - Composto pelos seguintes itens: falta de reconhecimento do meu esforço; falta de reconhecimento do meu desempenho; desvalorização; indignação; inutilidade; desqualificação; injustiça; discriminação.

Consideram-se como resultados para a vivência de prazer, com um desvio padrão para cada um (MENDES, 2007):

- Acima de 4,0 = Avaliação mais positiva, satisfatório;
- Entre 3,9 e 2,1 = Avaliação moderada, crítico;
- Abaixo de 2,0 = Avaliação para raramente, grave.

Com relação aos resultados para vivência de sofrimento, considerando que os itens são negativos e com um desvio padrão para cada média, a análise deve ser feita desta forma (MENDES, 2007):

- Acima de 4,0 = Avaliação mais negativa, grave;
- Entre 3,9 e 2,1 = Avaliação moderada, crítico;
- Abaixo de 2,0 = Avaliação menos negativa, satisfatório.

4. Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho - EADRT (ANEXO 1 – Escala 4): são representações relativas aos danos físicos e psicossociais e descreve os efeitos do trabalho. É composta por três domínios, com eigenvalues de 1,5, variância total de 50,09%, Kaiser-Meyer-Olkin de 0,95 e correlações acima de 0,30. (MENDES, 2007):

*Danos Físicos* - Composto pelos seguintes itens: dores no corpo; dores nos braços; dor de cabeça; distúrbios respiratórios; distúrbios digestivos; dores nas costas; distúrbios auditivos; alterações do apetite; distúrbios na visão; alterações do sono; dores nas pernas; distúrbios circulatórios.

*Danos Psicológicos* - Composto pelos seguintes itens: amargura; sensação de vazio; sentimento de desamparo; mau-humor; vontade de desistir de tudo; tristeza; irritação com tudo; sensação de abandono; dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas; solidão.

*Danos Sociais* - Composto pelos seguintes itens: insensibilidade em relação aos colegas; dificuldades nas relações fora do trabalho; vontade de ficar sozinho; conflitos nas relações familiares; agressividade com os outros; dificuldade com os amigos; impaciência com as pessoas em geral.

Os resultados da EADRT devem ser classificados em quatro níveis, considerando um desvio padrão para cada média (MENDES, 2007):

Acima de 4,1 = Avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais;

Entre 3,1 e 4,0 = Avaliação moderada para freqüente, grave;

Entre 2,0 e 3,0 = Avaliação moderada, crítico;

Abaixo de 1,9 = Avaliação mais positiva, suportável.

No presente estudo, usaremos a EACT, a EIPST e a EADRT, dado que nesta pesquisa não visamos analisar o custo humano, objeto analisado através da ECHT.

Uma vez que visamos correlacionar os domínios do ITRA com variáveis demográficas sociodemográficas e profissionais dos ACS (APÊNDICE 3), o quadro 1 a seguir apresenta as variáveis que foram estudadas.

**Quadro 1: Descrição das Variáveis Dependentes e Independentes do Estudo. Juiz de fora, 2015.**

VARIÁVEIS	FORMA DE COLETA	TIPO DA VARIÁVEL
<b>ITRA (Dependentes)</b>		
EACT	Referida	Categórica Ordinal
EIPST	Referida	Categórica Ordinal
EADRT	Referida	Categórica Ordinal
<b>DEMOGRÁFICAS (Independentes)</b>		
Sexo	Observada	Categórica Nominal Binária
Idade em anos	Referida	Numérica Contínua
<b>SOCIAIS (Independentes)</b>		
Escolaridade	Referida	Categórica Ordinal
Estado Civil	Referida	Categórica Nominal
<b>RELACIONADA AO TRABALHO</b>		
<b>NA ABS (Independente)</b>		
Tempo de trabalho na ABS	Referida	Categórica Ordinal

Fonte: Próprio autor, 2015.

A coleta dos dados foi realizada durante os meses de julho, agosto, setembro e outubro de 2015.

#### **4.5. Análise dos Dados**

As informações coletadas formaram um banco de dados, para a realização de análise, discussão e divulgação. Na análise, utilizamos estatística descritiva, inferencial e correlacional para que fosse possível descrever a realidade da população estudada.

Os dados foram agrupados no ODK, para a construção do banco de dados, e posteriormente transportados para o programa *Statistical Package for the Social*

*Sciences* (SPSS) versão 15.0. Trata-se de um software aplicativo que realiza o processamento, análise e apresentação de dados estatísticos.

Inicialmente, buscamos avaliar a consistência interna de cada escala e de cada domínio que compõem as escalas do ITRA, através do coeficiente de correlação *alfa de Cronbach*, sendo que valores acima de 0,80 são considerados excelentes (HULLEY et al., 2008). Posteriormente, foi realizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov, para avaliar se as variáveis estudadas seguem uma distribuição normal, com o intuito de realizar testes paramétricos, como o Teste T de Student e a Análise de Variância (ANOVA), para as variáveis de distribuição normal, e testes não paramétricos, como o Teste Qui-Quadrado e Kruskal-Wallis, para os dados sem distribuição normal (CALLEGARI-JAQUES, 2003; FIELD, 2009). Para avaliar onde ocorreram as diferenças significativas apontadas pela ANOVA ou Kruskal-Wallis, foi utilizado o Teste de Tukey (CALLEGARI-JAQUES, 2003; FIELD, 2009).

Por fim, visando analisar a relação entre os domínios da EIPST e os demais domínios e variáveis estudadas, foi utilizada a correlação de Pearson para dados paramétricos e Correlação de Spearman para dados não paramétricos, considerando o coeficiente de correlação ( $r$ ) como  $-1 < r < 1$  (BISQUERRA; SARRIERA; MARTÍNEZ, 2004).

Os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e após esse tempo serão destruídos.

#### **4.6. Aspectos Éticos**

Foi observada e respeitada a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), que trata de pesquisas realizadas com seres humanos, sendo que a coleta de dados só teve início após aprovação do Comitê de Ética, sob o número 932.706 (ANEXO 2).

O TCLE foi aplicado em duas vias, onde uma foi entregue ao participante e a outra está arquivada pelo pesquisador. Está garantido o sigilo e a privacidade dos participantes quanto aos dados envolvidos na pesquisa, bem como foi respeitado o

direito do sujeito de não participar da pesquisa ou em qualquer momento desistir de fazer parte dela (BRASIL, 2012b).

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Caracterização da População de Estudo de acordo com dados sociodemográficos e tempo de trabalho na ABS

Os dados sociodemográficos e de tempo de trabalho na UAPS estão na tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e tempo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n = 212). Juiz de Fora, 2015.

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	Perdas
<b>Idade</b>			1
20 a 34 anos	37	17,5	
35 a 49 anos	108	51,2	
50 a 64 anos	57	27,0	
Acima de 65 anos	9	4,3	
<b>Sexo</b>			0
Masculino	18	8,5	
Feminino	194	91,5	
<b>Escolaridade</b>			13
Fundamental/Médio/Técnico	162	81,4	
Superior	37	18,6	
<b>Estado Civil</b>			1
Casado(a)/União Estável	117	55,5	
Separado(a)/Divorciado(a)	31	14,7	
Viúvo(a)	9	4,2	
Solteiro(a) - nunca casou ou viveu em união	54	25,6	
<b>Tempo de trabalho na ABS</b>			0
Menos de 5 anos	60	28,3	
De 6 a 10 anos	25	11,8	
De 11 a 15 anos	101	47,6	
De 16 a 20 anos	26	12,3	

Fonte dos dados: Próprio autor. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2015.

Os dados na Tabela 1 demonstram que 51,2% dos ACS têm idade entre 35 e 49 anos, sendo que a média de idade da amostra estudada é de 44 anos, com um desvio padrão de 9,9, onde a idade mínima encontrada foi de 23 anos e a máxima, 71 anos. A grande maioria dos ACS (191) são do sexo feminino, totalizando 91,5% da amostra. Em relação à escolaridade, 81,4% não possuem nível superior. Na

amostra, 55,5% são casados ou em união estável e 25,6% são solteiros (que nunca casou ou viveu em união estável). Ocorreu um missing (o ACS não respondeu à pergunta) quanto à idade ( $n = 1$ ), à escolaridade ( $n = 13$ ) e ao estado civil ( $n = 1$ ), de modo que o valor representado constitui o percentual válido.

Com relação ao tempo de trabalho, a maioria dos profissionais (101 ACS) trabalham na ABS de 11 a 15 anos (47,6%), sendo que 60 indivíduos possuem menos de 5 anos de atuação (28,3%).

## 5.2. Descrição e Correlação dos Domínios das Escalas do ITRA

A seguir, na Tabela 2, apresentamos os dados descritivos e correlacionais encontrados em cada domínio das escalas do ITRA.

Tabela 2: Descrição dos dados do Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento de Agentes Comunitários de Saúde. Juiz de Fora, 2015.

INVENTÁRIO SOBRE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO							
Escalas e Domínios	Alfa de Cronbach	Média	DP	Md	Min	Máx	Avaliação
<b>EACT</b>	0,90						
Organização do Trabalho	0,77	3,48	0,42	3,54	2,62	4,27	Crítico
Condições de Trabalho	0,86	3,38	0,40	3,24	2,97	4,08	Crítico
Relações Socioprofissionais	0,83	2,62	0,24	2,68	2,33	2,98	Crítico
<b>EIPST</b>	0,77						
Realização Profissional	0,89	4,14	0,72	4,45	3,06	5,04	Satisfatório
Liberdade de Expressão	0,84	4,63	0,47	4,77	3,77	5,16	Satisfatório
Esgotamento Profissional	0,85	3,35	0,56	3,58	2,30	4,00	Crítico
Falta de Reconhecimento	0,89	2,50	0,87	2,81	1,39	3,42	Crítico
<b>EADRT</b>	0,91						
Danos Físicos	0,80	1,92	1,06	1,96	0,45	3,38	Suportável
Danos Psicológicos	0,90	1,71	0,35	1,66	1,09	2,23	Suportável
Danos Sociais	0,77	1,19	0,55	1,07	0,57	1,93	Suportável

Fonte dos dados: Próprio autor. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2015.

Abreviaturas: DP = desvio-padrão, Md = mediana, Min = mínima, Max = máxima.

Os dados presentes na Tabela 2 revelam que todos os domínios da EACT foram avaliados como crítico. Alguns itens se destacam por apresentar resultados considerados como grave: no domínio *Organização do Trabalho*, os itens "Existe forte cobrança por resultados" (média  $3,71 \pm 1,06$  dp), "Existe divisão entre quem planeja e quem executa" ( $3,74 \pm 1,23$ ) e "As tarefas são repetitivas" ( $4,27 \pm 0,93$ ); e no domínio *Condições de Trabalho*, os itens "Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas" ( $3,99 \pm 1,14$ ) e "O material de consumo é insuficiente" ( $4,08 \pm 0,97$ ) também apresentaram tal classificação.

No domínio *Relações Socioprofissionais*, todos os itens foram considerados críticos, mas nenhum com média acima de 3,00. Damos destaque para o item "A autonomia é inexistente" ( $2,81 \pm 1,19$ ), cuja explicação será dada abaixo na discussão.

Em relação aos domínios relacionados ao prazer na EIPST, no domínio *Realização Profissional*, a grande maioria dos itens foi classificado como satisfatório, com destaque para os itens "Identificação com as minhas tarefas" ( $4,77 \pm 1,50$ ) e "Orgulho pelo que faço" ( $5,04 \pm 1,42$ ). Os itens avaliados como crítico foram: "Motivação" ( $3,67 \pm 1,93$ ), "Valorização" ( $3,10 \pm 2,07$ ) e "Reconhecimento" ( $3,06 \pm 2,03$ ). No domínio *Liberdade de Expressão* apenas um item não é classificado como satisfatório: "Confiança entre os colegas" ( $3,77 \pm 1,73$ ), que é classificado como crítico.

Nos domínios associados ao sofrimento, presentes na EIPST, temos que todos os itens do domínio *Esgotamento profissional* são classificados como crítico, com exceção de um importante item, avaliado como grave: "Sobrecarga" ( $4,00 \pm 1,95$ ). No domínio *Falta de Reconhecimento*, nenhum item foi classificado como grave. Três itens foram avaliados como satisfatórios: "Desqualificação" ( $1,55 \pm 1,91$ ), "Inutilidade" ( $1,53 \pm 1,84$ ) e "Discriminação" ( $1,39 \pm 1,96$ ).

A EADRT foi a escala que apresentou a avaliação mais positiva em todos os domínios. No entanto, o domínio *Danos Físicos* apresentou dois itens avaliados como grave: "Dores no corpo" ( $3,24 \pm 2,22$ ) e "Dores nas pernas" ( $3,38 \pm 2,37$ ). No domínio *Danos Psicológicos*, apenas três itens não foram avaliados como

suportável: "Mau humor" ( $2,03 \pm 1,96$ ), "Tristeza" ( $2,08 \pm 2,05$ ) e "Irritação com tudo" ( $2,23 \pm 2,08$ ), sendo que todos foram classificados como crítico.

O domínio *Danos Sociais* apresentou todos os itens avaliados como suportável. Destaque para os de pontuação mais positiva: "Dificuldade nas relações fora do trabalho" ( $0,83 \pm 1,50$ ), "Dificuldade com os amigos" ( $0,67 \pm 1,22$ ) e "Agressividade com os outros" ( $0,57 \pm 1,27$ ).

As escalas apresentaram boa consistência interna para a amostra em estudo. O alfa de Cronbach variou entre 0,77 e 0,91. A relação com as médias e desvio padrão de cada item utilizado do ITRA se encontra no apêndice 1.

### **5.3. Correlações entre os domínios**

Visando conhecer a relação entre os domínios que compõem a EIPST e também a de cada domínio desta escala com os demais presentes na EACT e na EADRT, realizamos a correlação de Pearson para dados que seguiram uma distribuição normal e utilizamos a correlação de Spearman para os dados não paramétricos.

Todas as correlações realizadas estão na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3: Correlações entre os domínios do Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento. Juiz de Fora, 2015.

Domínios	Tipo de Correlação	r	p
<b>Entre domínios da EIPST</b>			
Realização Profissional e Liberdade de Expressão	Spearman	0,388	< 0,01
Realização Profissional e Esgotamento Profissional	Spearman	- 0,359	< 0,01
Realização Profissional e Falta de Reconhecimento	Spearman	- 0,387	< 0,01
Liberdade de Expressão e Esgotamento Profissional	Spearman	- 0,113	-----
Liberdade de Expressão e Falta de Reconhecimento	Spearman	- 0,226	< 0,01
Esgotamento Profissional e Falta de Reconhecimento	Spearman	0,675	< 0,01
<b>Entre os domínios da EIPST e de outras escalas</b>			
Realização Profissional e Organização do Trabalho	Spearman	- 0,286	< 0,01
Realização Profissional e Relações Socioprofissionais	Spearman	- 0,284	< 0,01
Realização Profissional e Danos Físicos	Spearman	- 0,254	< 0,01
Realização Profissional e Danos Psicológicos	Spearman	- 0,311	< 0,01
Realização Profissional e Danos Sociais	Spearman	- 0,327	< 0,01
Liberdade de Expressão e Organização do Trabalho	Spearman	- 0,141	< 0,05
Liberdade de Expressão e Condições de Trabalho	Spearman	- 0,180	< 0,01
Liberdade de Expressão e Relações Socioprofissionais	Spearman	- 0,442	< 0,01
Liberdade de Expressão e Danos Físicos	Spearman	- 0,130	-----
Liberdade de Expressão e Danos Psicológicos	Spearman	- 0,273	< 0,01
Liberdade de Expressão e Danos Sociais	Spearman	- 0,183	< 0,01
Esgotamento Profissional e Organização do Trabalho	Spearman	0,489	< 0,01
Esgotamento Profissional e Condições de Trabalho	Spearman	0,247	< 0,01
Esgotamento Profissional e Relações Socioprofissionais	Spearman	0,354	< 0,01
Esgotamento Profissional e Danos Físicos	Spearman	0,523	< 0,01
Esgotamento Profissional e Danos Psicológicos	Spearman	0,623	< 0,01
Esgotamento Profissional e Danos Sociais	Spearman	0,419	< 0,01
Falta de Reconhecimento e Organização do Trabalho	Pearson	0,342	< 0,01
Falta de Reconhecimento e Condições de Trabalho	Spearman	- 0,167	-----
Falta de Reconhecimento e Relações Socioprofissionais	Pearson	0,447	< 0,01
Falta de Reconhecimento e Danos Físicos	Spearman	0,443	< 0,01
Falta de Reconhecimento e Danos Psicológicos	Spearman	0,563	< 0,01
Falta de Reconhecimento e Danos Sociais	Spearman	0,355	< 0,01

Fonte: Próprio autor. Análise de dados por meio do SPSS 15.0 (2015).

Destaca-se na tabela 3 o coeficiente de correlação de Spearman calculado de  $r = 0,675$  e  $p < 0,01$ , presente entre os domínios de sofrimento *Esgotamento Profissional* e *Falta de Reconhecimento* da EIPST, e o coeficiente de correlação de Spearman  $r = 0,623$ , com  $p < 0,01$ , entre os domínios *Esgotamento Profissional*, da EIPST, e *Danos Psicológicos*, da EADRT. Tratam-se de correlações positivas fortes.

Portanto, a correlação aponta que quanto maior a falta de reconhecimento, maior será o esgotamento profissional. Assim como demonstra que quanto maior o esgotamento profissional do ACS, maior serão os seus danos psicológicos.

Também se destacam duas correlações positivas regulares: entre os domínios *Esgotamento Profissional*, da EIPST, e *Danos Físicos*, da EADRT, apresentando um coeficiente de correlação de Spearman  $r = 0,523$ ,  $p < 0,01$ ; e entre o domínio *Falta de Reconhecimento*, da EIPST, e o domínio *Danos Psicológicos*, da EADRT, com um coeficiente de correlação de Spearman  $r = 0,563$  e  $p < 0,01$ .

#### **5.4. Avaliação das vivências de prazer e sofrimento em relação às variáveis sociodemográficas e de tempo de trabalho na ABS**

Visando conhecer a relação entre os dados sociodemográficos e profissionais e as vivências de prazer e sofrimento, foram realizadas correlações de Spearman e testes não paramétricos, uma vez que os dados não apresentaram uma distribuição normal, de acordo com o resultado do Teste de Kolmogorov-Smirnov.

A associação entre idade e vivências de prazer e sofrimento está disposta na tabela 4.

Tabela 4: Descrição da associação entre idade e vivências de prazer e sofrimento. Juiz de Fora, 2015.

<b>Associação entre idade e domínios da EIPST</b>	<b>Tipo de análise estatística</b>	<b>Resultado</b>
Idade e Realização Profissional	Teste de Kruskal-Wallis	p = 0,005
	Correlação de Spearman	r = 0,203 p = 0,01
Idade e Liberdade de Expressão	Teste de Kruskal-Wallis	p = 0,157
	Correlação de Spearman	r = 0,037
Idade e Esgotamento Profissional	Teste de Kruskal-Wallis	p = 0,782
	Correlação de Spearman	r = 0,025
Idade e Falta de Reconhecimento	Teste de Kruskal-Wallis	p = 0,959
	Correlação de Spearman	r = - 0,038

Fonte: Próprio autor. Análise de dados por meio do SPSS 15.0 (2015). Valores de significância de  $p < 0,05$ .

Em relação à idade dos ACS, o coeficiente de correlação de Spearman não foi considerado forte ou regular a respeito dos domínios da EIPST: entre *Liberdade de Expressão* e *Idade* ( $r = 0,037$ ); entre *Esgotamento Profissional* e *Idade*: ( $r = 0,025$ ); entre *Falta de Reconhecimento* e *Idade* ( $r = - 0,038$ ).

Avaliando as diferenças entre os domínios da EIPST e a idade, o domínio *Realização Profissional* e a idade apresentaram diferença significativa de acordo com o teste de Kruskal-Wallis:  $p = 0,005$  ( $p < 0,05$ ). Quanto mais idade, maior a realização profissional. Tal fato é evidenciado por um coeficiente de correlação de Spearman  $r = 0,203$  e  $p < 0,01$ , demonstrando uma correlação positiva fraca entre idade e realização profissional.

Os demais domínios não apresentaram diferença significativa em relação à idade, de acordo com o Teste de Kruskal-Wallis: entre *Liberdade de Expressão* e *Idade*,  $p = 0,157$ ; entre *Esgotamento Profissional* e *Idade*,  $p = 0,782$ ; entre *Falta de Reconhecimento* e *Idade*,  $p = 0,959$ .

Em relação ao gênero, o teste Qui-quadrado não encontrou diferenças significativas em relação aos domínios da EIPST: *Realização Profissional* ( $p =$

0,975); *Liberdade de Expressão* ( $p = 0,974$ ); *Esgotamento Profissional* ( $p = 0,957$ ) e *Falta de Reconhecimento* ( $p = 0,928$ ).

A associação entre escolaridade e vivências de prazer e sofrimento está descrita na tabela 5.

Tabela 5: Descrição da associação entre escolaridade e vivências de prazer e sofrimento. Juiz de Fora, 2015.

<b>Associação entre escolaridade e domínios da EIPST</b>	<b>Tipo de análise estatística</b>	<b>Resultado</b>
Escolaridade e Realização Profissional	Teste Qui-Quadrado	$p = 0,788$
	Correlação de Spearman	$r = - 0,157$ $p < 0,05$
Escolaridade e Liberdade de Expressão	Teste Qui-Quadrado	$p = 0,332$
	Correlação de Spearman	$r = - 0,111$
Escolaridade e Esgotamento Profissional	Teste Qui-Quadrado	$p = 0,632$
	Correlação de Spearman	$r = 0,066$
Escolaridade e Falta de Reconhecimento	Teste Qui-Quadrado	$p = 0,815$
	Correlação de Spearman	$r = 0,112$

Fonte: Próprio autor. Análise de dados por meio do SPSS 15.0 (2015). Valores de significância de  $p < 0,05$ .

Em relação à escolaridade, o Teste Qui-Quadrado não apresentou diferenças significativas nos domínios da EIPST: *Realização Profissional* ( $p = 0,788$ ); *Liberdade de Expressão* ( $p = 0,332$ ); *Esgotamento Profissional* ( $p = 0,632$ ) e *Falta de Reconhecimento* ( $p = 0,815$ ). A correlação de Spearman também não apresentou uma associação forte ou regular: entre *Realização Profissional* e *Escolaridade* ( $r = - 0,157$ ;  $p < 0,05$ ); entre *Liberdade de Expressão* e *Escolaridade* ( $r = - 0,111$ ); entre *Esgotamento Profissional* e *Escolaridade* ( $r = 0,066$ ); entre *Falta de Reconhecimento* e *Escolaridade* ( $r = 0,112$ ).

Em relação ao estado civil, o Teste de Kruskal-Wallis não apresentou diferenças significativas nos seguintes domínios da EIPST: *Realização Profissional* ( $p = 0,506$ ); *Esgotamento Profissional* ( $p = 0,530$ ); *Falta de Reconhecimento* ( $p = 0,910$ ). O Kruskal-Wallis apresentou diferença significativa em relação ao domínio

*Liberdade de Expressão* ( $p = 0,027$ ), mas não foi possível localizar as diferenças através do Teste de Tukey.

A associação entre tempo de trabalho na ABS e vivências de prazer e sofrimento é apresentada na tabela 6.

Tabela 6: Descrição da associação entre tempo de trabalho na ABS e vivências de prazer e sofrimento. Juiz de Fora, 2015.

<b>Associação entre tempo de trabalho na ABS e domínios da EIPST</b>	<b>Tipo de análise estatística</b>	<b>Resultado</b>
Tempo de trabalho na ABS e Realização Profissional	Teste de Kruskal-Wallis	$p = 0,101$
Tempo de trabalho na ABS e Liberdade de Expressão	Teste de Kruskal-Wallis	$p = 0,174$
Tempo de trabalho na ABS e Esgotamento Profissional	Teste de Kruskal-Wallis	$p = 0,240$
Tempo de trabalho na ABS e Falta de Reconhecimento	Teste de Kruskal-Wallis	$p = 0,488$

Fonte: Próprio autor. Análise de dados por meio do SPSS 15.0 (2015). Valores de significância de  $p < 0,05$ .

Por fim, em relação ao tempo de trabalho na ABS, o Teste de Kruskal-Wallis não apresentou diferenças significativas nos domínios da EIPST: *Realização Profissional* ( $p = 0,101$ ); *Liberdade de Expressão* ( $p = 0,174$ ); *Esgotamento Profissional* ( $p = 0,240$ ) e *Falta de Reconhecimento* ( $p = 0,488$ ).

## 6. DISCUSSÃO

Com relação aos dados sociodemográficos e de tempo de trabalho na ABS encontrados neste estudo, observa-se que a média de idade foi de 44 anos, com desvio padrão de 9,9, sendo que a idade mínima foi de 23 anos e a máxima de 71 anos. Os dados não são surpreendentes, visto que, segundo o censo demográfico de 2010 (BRASIL, 2015), 68,9% da população de Juiz de Fora tinha idade entre 20 e 74 anos. A média de idade se aproxima com a encontrada nos estudos de Lopes et al. (2012), com faixa etária de 31 a 40 anos, Maissiat (2013), com média de 38,85 anos e desvio padrão de 10,4, e Lino (2013), com média de 39 anos e desvio padrão de 9. Tais estudos abordaram os ACS e, no caso de Maissiat (2013), também os demais profissionais da ESF. A média de idade encontrada no presente estudo indica que os ACS são adultos jovens, em plena fase produtiva da vida.

Ferraz e Aerts (2005) afirmam que os ACS com mais idade possuem como tendência um melhor conhecimento da comunidade e maiores vínculos afetivos. Entretanto, podem também conviver com conflitos e inimizades.

Em relação ao gênero, a predominância do sexo feminino, encontrada neste estudo, também foi observada em outras pesquisas envolvendo os ACS (LOPES et al., 2012; MAISSIAT, 2013; LINO, 2013; THEISEN, 2004). É importante destacar que a classe dos ACS é dominada pelo sexo feminino e que tal predominância é relacionada ao fato das mulheres assumirem a atribuição de cuidador na sociedade (MAISSIAT, 2013; FERRAZ; AERTS, 2005). Este papel no desempenho do cuidado, assumido pelas mulheres tal como uma "qualidade natural", reflete a feminização dos profissionais de saúde, que são constituídos em sua maioria pelo sexo feminino, e demonstra a divisão sexual do trabalho (MACHADO, 2006; LOPES; LEAL, 2005).

Com relação à escolaridade, 81,4% dos profissionais avaliados possuem ensino fundamental, médio ou técnico. A alta predominância de ACS sem ensino superior também foi observada no estudo de Lino (2013), onde 91,7% possuía escolaridade até o ensino médio. Vale lembrar que, atualmente, os concursos públicos para provimento de cargo de ACS não exigem o ensino superior como pré-

requisito, visto que o artigo 6º, inciso III, da Lei nº. 11.350, que regulamenta a profissão, aponta como requisito a conclusão do ensino fundamental (BRASIL, 2006).

O motivo da baixa escolaridade como pré-requisito está ligado à imposição de que o profissional deve pertencer à comunidade que irá atuar, preservando a proposta que coloca o ACS como o principal canal interlocutor entre a UAPS e a população adscrita. Tal exigência prévia permite que uma boa parte da comunidade possa participar do processo seletivo, onde serão selecionados os candidatos mais aptos, observando que, segundo Ferraz e Aerts (2005), quanto maior o nível de escolaridade, melhores condições o profissional terá para introduzir novos conceitos e atender às famílias.

Observando os dados de estado civil, temos que a maioria (55,5%) são casados, resultado um pouco próximo que o encontrado no estudo de Lopes et al. (2012), de 66%, Lino (2013), de 69%, e inferior ao resultado do estudo de Maissiat (2013), de 74,4%.

As vivências pessoais do profissional podem facilitar sua atuação sobre as famílias, porém, o ACS deve ter em mente que suas experiências positivas podem não ser as mais apropriadas para a comunidade assistida, sendo de grande importância programas de educação permanente e a supervisão de seu trabalho pela equipe de saúde (FERRAZ; AERTS, 2005).

Os dados relacionados ao tempo de trabalho na ABS apontam que 47,6% dos ACS já atuam de 11 a 15 anos na ABS, sendo que 59,9% dos profissionais trabalham a mais de 11 anos neste nível de atenção. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Glanzner (2014), que abordou prazer e sofrimento nas equipes de saúde da família do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre - RS, com média de 11,14 anos e desvio padrão de 8,3. Os dados sugerem a existência de estabilidade no exercício da função de ACS, que pode ser explicada pela criação de leis que regulamentam e estabelecem diretrizes e normas para o cargo abordado neste estudo, como a Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006 e o Programa Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

Com relação aos resultados encontrados através do ITRA, iniciamos a discussão pela EACT, onde todos os domínios foram classificados como crítico, sendo que o domínio *Organização do Trabalho* se destaca dos demais por apresentar a maior média: 3,48, com desvio padrão de 0,42. Os itens mais pontuados foram: "Existe forte cobrança por resultados", "Existe divisão entre quem planeja e quem executa" e "As tarefas são repetitivas", avaliados como grave. Tais itens também foram classificados como grave ou crítico em outros estudos (MAISSIAT, 2013; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

De acordo com Mendes (2007), este domínio é caracterizado por abranger normas, controles, ritmos de trabalho, jornadas, hierarquia, divisão do trabalho e das atividades, modelo de gestão e responsabilidades. Tal resultado encontrado indica que o trabalho dos ACS é marcado por uma OT com muitas normas, controle e hierarquia.

Maissiat (2013) e Shimizu e Carvalho Junior (2012) afirmam que na ABS ainda vigora o modelo Taylorista de OT, considerado o principal modelo na década de 50 do século XX. O Taylorismo consiste na racionalização do trabalho, decomposição das tarefas em operações simples; especialização do trabalhador; padronização de métodos, instrumentos e tarefas, para obter uniformidade e reduzir custos; delimitação de tarefas e salários de acordo com a produção individual, com incentivos salariais e prêmios por produtividade e; divisão entre planejamento e execução do trabalho (CHIAVENATO, 2006).

Os ACS foram a classe profissional que apresentou mais alto percentual de insatisfeitos com a OT, em comparação com as demais categorias de trabalhadores da ESF (MAISSIAT, 2013; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Segundo Lopes et al. (2012), os ACS afirmam que recebem um tratamento hierárquico, como subordinados imediatos de diversos integrantes da equipe de saúde. Os autores sugerem que é necessário um melhor relacionamento entre os membros das equipes, de modo que todos participem na formulação de projetos, tomada de decisões e no desenvolvimento de medidas, visando a superação dos obstáculos na operacionalização do trabalho. Para Dejours (2004), o prazer é uma

consequência da OT desenvolvido coletivamente, respeitando cada ser humano, com as suas particularidades.

No domínio *Condições de Trabalho*, da EACT, observou-se dois itens avaliados como grave: "Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas" e "O material de consumo é insuficiente". Não foram poucos os ACS que se queixaram para os membros da equipe de coleta de dados sobre a falta de disponibilidade de instrumentos simples como uma caneta, por exemplo. Tais itens também foram classificados como grave no estudo de Shimizu e Carvalho Junior (2012) e relatados pelos ACS no estudo de Lino (2013).

Com relação à EIPST, os domínios relacionados ao prazer no trabalho dos ACS foram classificados como satisfatório. Segundo Mendes (2008), o trabalho proporciona o prazer quando há espaço para o aprendizado sobre um fazer específico, para a criação, inovação e desenvolvimento de outros modos de execução da tarefa, quando oferece condições de interação social e reforça uma identidade pessoal, e quando a OT possibilita o estabelecimento de acordos que resultem na ressignificação do sofrimento.

O domínio *Realização Profissional* apresentou como destaque na pontuação positiva os itens "Identificação com as minhas tarefas" e "Orgulho pelo que eu faço", sendo importantes fatores causadores de vivências de prazer no trabalho dos ACS. Tais itens também foram bem avaliados no estudo de Glanzner (2014).

Ser identificado com suas funções e com as políticas públicas da ABS auxiliam na inclusão e enternecimento destes profissionais para o desenvolvimento de seu trabalho (TRINDADE et al., 2007).

Apesar de apresentarem a maioria dos itens avaliados como satisfatório, três itens foram considerados como crítico: "Motivação", "Valorização" e "Reconhecimento". Outros estudos também encontraram os mesmos resultados para estes itens em profissionais da ABS (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; MAISSIAT, 2013), demonstrando que, apesar de predominantemente satisfatório, o

domínio realização profissional apresenta itens que podem desencadear uma vivência de sofrimento nestes trabalhadores.

A valorização e o reconhecimento no trabalho são fatores relacionados à geração de prazer e, desta forma, consiste na consideração por outro indivíduo, podendo ser por usuários, pela instituição, por colegas de trabalho ou pela chefia (LOPES et al., 2012; MAISSIAT, 2013).

O domínio *Liberdade de Expressão* apresenta todos os itens como satisfatório, com exceção de um, considerado crítico: "Confiança entre os colegas". Trata-se de um tema que pode influenciar muito as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos ACS. Lopes et al. (2012), afirmam que o ACS utiliza o termo "parceria" ao citar uma relação horizontal, onde há liberdade para conversar sobre os problemas do dia-a-dia profissional e buscar a solução dos mesmos.

É importante observar uma correlação negativa regular entre o domínio *Relações Socioprofissionais*, da EACT (onde todos os itens foram considerados críticos) e o *Liberdade de Expressão*, da EIPST ( $r = - 0,442$ ;  $p < 0,01$ ). Dentro deste domínio da EACT, há o item "A autonomia é inexistente", classificado como crítico.

Este dado demonstra a relação entre estes fatores, visto que o domínio da EIPST citado acima é avaliado positivamente (quanto maior a média, mais positiva será a avaliação), enquanto que o domínio da EACT citado é avaliado negativamente (quanto maior a média, mais negativa será a avaliação), concluindo que quanto melhor for a liberdade de expressão, melhor serão as relações socioprofissionais. Este fator vai de acordo com a afirmação de Lopes et al. (2012), que citam a liberdade de expressão como a autonomia para pensar, se organizar e se expressar sobre as experiências vivenciadas no trabalho. A falta desta liberdade gera um trabalho monótono, repetitivo, apresentando uma carga psíquica (TRINDADE et al., 2007).

Falamos agora sobre os domínios relacionados ao sofrimento. O sofrimento se localiza no hiato entre o trabalho prescrito, como uma rotina pré-estabelecida, por exemplo, e o trabalho real, a realização do trabalho propriamente dito, cujo intervalo

se caracteriza pela restrição, bloqueando a contravenção, em alguns momentos e, em outros, pela tolerância, onde é possível a utilização da criatividade (DEJOURS, 2004).

No domínio *Esgotamento Profissional* todos os itens foram classificados como crítico, com exceção de um, considerado como grave: "Sobrecarga", que apresentou uma média de 4,00 (dp = 1,95). Trindade et al. (2007) afirmam que os ACS estão diariamente expostos a: cargas físicas, como exposição a condições climáticas, umidade, odores desagradáveis provenientes de lixo e esgoto; cargas químicas, como exposição a poeira e gases; cargas orgânicas, oriundas de exposição a vírus, fungos e bactérias; cargas mecânicas, decorrentes do deslocamento constante e carregamento de peso de bolsas, mochilas e outros itens e; cargas psíquicas, como o risco do contato com animais bravos e também de ser agredido ou mal tratado em algum domicílio visitado.

Outros estudos apresentaram resultados semelhantes em relação a esse domínio do ITRA (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; MAISSIAT, 2013; GLANZNER, 2014) e também encontraram sobrecarga no trabalho destes profissionais (LOPES et al., 2012; KESSLER; KRUG, 2012).

O domínio *Falta de Reconhecimento* não apresentou nenhum item classificado como grave, sendo que três itens foram avaliados como satisfatório: "Desqualificação", "Inutilidade" e "Discriminação". Os demais itens foram classificados como críticos. No estudo de Glanzner (2014) este domínio foi classificado como satisfatório e os itens negativos foram: "Indignação" e "Falta de reconhecimento de meu esforço". Tais itens também foram classificados com avaliação negativa em nosso estudo, tendo sido avaliados como crítico.

No estudo de Lopes et al. (2012), os ACS relataram que as suas atribuições não são conhecidas nem pela comunidade, nem pela equipe de saúde, o que acaba gerando um excesso de funções que repercutem, de forma negativa, no reconhecimento profissional da classe.

Com relação aos domínios da EADRT, todos foram classificados positivamente. No entanto, é importante destacar alguns itens que apresentaram avaliação negativa. Os itens "Mau humor", "Tristeza" e "Irritação com tudo", do domínio *Danos Psicológicos*, foram classificados como crítico. Os dados vão de acordo com os achados em outros estudos (MAISSIAT, 2013; GLANZNER, 2014).

Os itens "Dores no corpo" e "Dores nas pernas", presentes no domínio *Danos Físicos* da EADRT, foram avaliados como grave. Dores no corpo e nas costas foram encontradas nas avaliações do estudo de Glanzner (2014), enquanto que os itens "Dores no corpo", "Dores nos braços", "Dor de cabeça", "Dores nas costas" e "Dores nas pernas" receberam avaliação grave no estudo de Maissiat (2013). Um estudo que avaliou profissionais da ABS em Minas Gerais apresentou queixas de dores nas pernas e nas costas por parte dos ACS, que tiveram relação com o deslocamento e percurso para realização das visitas domiciliares (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAUJO, 2012).

É sabido que a profissão de ACS está intimamente relacionada com sua capacidade e aptidão física (MASCARENHAS, 2011). A atuação dos ACS é essencialmente em campo, externa à UAPS, onde os profissionais se deslocam de casa em casa para realizar as visitas domiciliares, sendo uma atividade que necessita de boa resistência física para realizar as caminhadas, muitas vezes por longos trajetos e subindo morros ou escadas, e que exige grande esforço físico, prejudicando sua capacidade mecânica e podendo desencadear dores corporais ao final do expediente (MAISSIAT, 2013). Estes sintomas dolorosos demandam tratamento e geram fadiga, desânimo, limitação de mobilidade e diminuição da capacidade para o trabalho (MASCARENHAS, 2011).

Tal fato é realidade em Juiz de Fora, cujo relevo é predominantemente montanhoso, podendo gerar grande sobrecarga para os profissionais.

Em relação aos cruzamentos de dados entre os domínios da EIPST e entre cada um destes e os demais domínios utilizados do ITRA, observa-se que o domínio *Esgotamento Profissional*, além de ser o mais avaliado negativamente em relação a prazer e sofrimento, é o que possui as correlações mais fortes, observadas entre

este e o domínio *Falta de Reconhecimento*, também com itens negativos de sofrimento na EIPST (coeficiente de correlação de Spearman  $r = 0,675$ ,  $p < 0,01$ ), e entre *Esgotamento Profissional* e *Danos psicológicos*, da EADRT (coeficiente de correlação de Spearman  $r = 0,623$ ,  $p < 0,01$ ).

Tais dados mostram que o esgotamento profissional é o fator mais desencadeante de sofrimento nos profissionais ACS de Juiz de Fora. Resultados semelhantes para o mesmo domínio foram encontrados em outros estudos (MAISSIAT, 2013; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012). O esgotamento emocional, um dos itens contidos neste domínio, é um fator causador de estresse, que, sendo crônico e associado ao trabalho, é denominado Síndrome de Burnout, enfermidade caracterizada pelo desgaste emocional, despersonalização e sentimento de incompetência (TRINDADE et al., 2010).

Segundo Martins et al. (2014), o esgotamento profissional está presente na ABS. Os serviços de saúde estão inclusos no grupo profissional que lida diretamente com as necessidades geradas por outros indivíduos, exigindo que a realização do trabalho envolva o relacionamento interpessoal direto e contínuo com o sujeito favorecido pelo atendimento, fator que pode acabar expondo o profissional de saúde a estressores psicossociais (CARLOTTO; CÂMARA, 2007).

O item esgotamento emocional foi avaliado em nosso estudo sendo classificado como crítico, com média 3,63 e desvio padrão de 2,03. Apesar de não apresentar como resultado uma classificação grave, trata-se de um fator importante. Segundo Lopes et al. (2012), o fato de ser obrigatório ter que morar no mesmo local em que trabalha foi uma situação caracterizada como causadora de sofrimento na atuação profissional do ACS em seu estudo. Tal exigência gera perda de privacidade em relação à procura pela comunidade fora da jornada e na exposição a fofocas e boatos (LOPES et al., 2012).

A necessidade de os ACS visitarem seus vizinhos, familiares e pessoas com quem tiveram problemas pessoais, como consequência de morarem na mesma comunidade, é um fator causador de desgaste emocional (TRINDADE et al., 2007). Os ACS, por morarem no mesmo bairro em que trabalham, acabam tendo o

conhecimento de todos os conflitos ocorridos na comunidade e, conseqüentemente, ficam mais expostos ao envolvimento emocional com as famílias, criando laços afetivos e adquirindo para si mesmo o sofrimento do usuário (LOPES et al., 2012).

Tal como no estudo de Glanzner (2014), o presente estudo demonstrou que as condições da OT pouco interferem no prazer e sofrimento dos profissionais, apresentando fracas correlações. Porém, Dejours (2009), afirma que a danificação da saúde mental no trabalho está intimamente ligada à evolução dos métodos da OT, que aumentam, de modo considerável, de um lado a pressão por produtividade, do outro, o isolamento e a solidão.

Quanto à relação e aos testes não paramétricos realizados entre os domínios da EIPST e os dados sociodemográficos e de tempo de trabalho na ABS dos ACS, o teste de Kruskal-Wallis, entre o domínio *Realização Profissional* da EIPST e a idade, apresentou diferença significativa ( $p = 0,005$ ). Junto com uma correlação de Spearman fraca ( $r = 0,203$ ;  $p < 0,01$ ), conclui-se que quanto maior a idade, maior a realização profissional. A relação entre idade e realização profissional também foi encontrada em outros estudos (MAISSIAT, 2013; GLANZNER, 2014).

O teste de Kruskal-Wallis entre *Liberdade de Expressão*, da EIPST, e estado civil também apresentou diferença significativa ( $p = 0,027$ ). Porém, não foi possível observar as diferenças pelo teste de Tukey.

Dentre as limitações deste estudo, temos que considerar o viés de prevalência, visto que não foi possível avaliar os trabalhadores de licença/afastamento, e os que foram demitidos/exonerados, considerando para este fato o efeito do trabalhador sadio (MAISSIAT, 2013; LINO, 2013). Há, também, um viés de causalidade, característica dos estudos transversais (LINO, 2013), já que não é possível observar as vivências de prazer e sofrimento dos ACS anteriores ao estudo e não será possível prever tais características posteriormente.

Segundo Mendes (2007), o ITRA, quando utilizado para estudos sobre saúde e trabalho, apresenta um cenário, capaz de capturar a realidade representada na sua versão mais exposta e divulgada pela maioria dos trabalhadores de um determinado

grupo profissional, ganhando dados gerais (objetivos, quantitativos), mas perdendo as observações específicas (subjetivas, qualitativas). Pretendemos, posteriormente, realizar um estudo qualitativo abordando a mesma temática. Para tanto, buscaremos, além de traçar um perfil de adoecimento dos ACS, criar soluções e formulações de políticas para melhorar as condições de trabalho e as vivências de prazer destes profissionais.

## 7. CONCLUSÃO

O presente estudo buscou conhecer as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos ACS atuantes na ABS de Juiz de Fora, município de grande porte do estado de Minas Gerais. Para tanto, traçamos um perfil sociodemográfico e de tempo de trabalho na ABS da amostra estudada e utilizamos o ITRA como instrumento.

A amostra estudada foi de 212 profissionais, predominantemente composta por mulheres (91,5%), com idade média de 44 anos (desvio padrão de 9,9), casadas ou em união estável (55,5%) e cujo tempo de trabalho na ABS é de 11 a 15 anos (47,6%).

A alta predominância do gênero feminino reflete a feminização dos profissionais de saúde, demonstrando a divisão sexual do trabalho. Esta perspectiva de gênero nos leva a uma inquietação a respeito do modo como a predominância do sexo feminino (e conseqüente ausência do sexo masculino) na pesquisa pode ter influenciado o resultado obtido. Trata-se de um fator importante a ser investigado posteriormente em outro estudo.

Os resultados do estudo foram mostrados através das escalas do ITRA, onde foi possível identificar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos ACS da ABS e verificar suas relações com a OT e os danos físicos e psicossociais. O instrumento demonstrou ser confiável para a amostra estudada, visto que apresentou boa consistência interna nas três escalas e nos dez domínios utilizados.

Observa-se que os profissionais estudados vivenciam o prazer no trabalho de forma satisfatória, enquanto que vivenciam o sofrimento em um nível considerado crítico.

Os domínios *Realização Profissional* e *Liberdade de Expressão*, que avaliam prazer na EIPST, foram classificados como satisfatório, considerada a avaliação mais positiva. Dentre os itens destes domínios, ganham destaque os relativos à

identificação com o trabalho e o orgulho de exercer a profissão, com médias altas de pontuação positiva, bem como os relativos à confiança entre os colegas, motivação, valorização e reconhecimento, classificados como crítico e sendo, portanto, fatores potencializadores de sofrimento no trabalho.

Os domínios relacionados ao sofrimento no trabalho, *Esgotamento Profissional* e *Falta de Reconhecimento*, apresentaram resultado crítico.

O primeiro domínio foi o que apresentou a avaliação mais negativa, com destaque para o item "Sobrecarga", considerado como grave, sendo um possível desencadeador de sofrimento. No segundo domínio, nenhum item foi avaliado como grave, sendo que três itens foram avaliados como satisfatório: "Desqualificação", "Inutilidade" e "Discriminação".

Com relação às outras escalas, a EACT apresentou os seus três domínios avaliados como crítico. Os itens sobre cobrança por produtividade, divisão entre quem planeja e quem executa e tarefas repetitivas, relacionados à OT, e os que abordam a insuficiência de instrumentos de trabalho e material de consumo, do domínio *Condições de Trabalho*, foram avaliados como grave. Apesar de apresentar alguns resultados negativos, destaca-se que as condições de trabalho não influenciam nas vivências de sofrimento dos ACS avaliados no presente estudo.

A EADRT apresentou seus três domínios avaliados como suportável, o que corresponde à melhor avaliação positiva para essa escala. Porém, os itens relacionados à dores no corpo e nas pernas foram avaliados como grave pelos profissionais. De fato, trata-se de uma profissão onde os deslocamentos a pé são constantes, juntando a isso o fato de Juiz de Fora ser um município de relevo predominantemente montanhoso, podendo desencadear danos físicos, sobrecarga e vivências de sofrimento nos ACS.

Com relação às associações entre os domínios de prazer e sofrimento com os demais domínios da EACT e EADRT e os dados sociodemográficos e de tempo de trabalho na ABS, temos que quanto maior for a idade do ACS, maior é sua realização profissional. Também foi verificado uma associação entre liberdade de

expressão e estado civil, porém, não foi possível localizar as diferenças através da análise estatística.

Sobre as correlações entre os domínios da EIPST e das demais escalas, verificamos forte correlação entre esgotamento profissional e falta de reconhecimento, ambos domínios que abordam o sofrimento da EIPST, e entre esgotamento profissional e danos psicológicos. Quanto maior for a falta de reconhecimento, maior será o esgotamento profissional. Quanto maior for o esgotamento profissional do ACS, maior serão os seus danos psicológicos.

Correlações regulares entre os domínios também foram encontradas: entre esgotamento profissional e danos físicos e entre falta de reconhecimento e danos psicológicos.

Conclui-se que o domínio *Esgotamento Profissional*, além de ser o mais avaliado negativamente em relação a prazer e sofrimento na EIPST, é o que possui as correlações mais fortes.

Observa-se no processo de trabalho dos ACS avaliados que a idade e a experiência profissional configuram estratégias de defesa, reguladoras das vivências de prazer, enquanto que o sentimento de gratidão e reconhecimento por parte da comunidade atendida e a parceria entre os colegas se apresentam como fatores reguladores das vivências de sofrimento desses profissionais.

O sentimento de pertencimento à comunidade, o reconhecimento e a gratidão por parte da população adscrita acabam, de certa forma, mitigando ou mascarando a sobrecarga e os demais danos físicos e psicológicos destes profissionais.

Dentre as limitações deste estudo, temos que considerar o viés de prevalência, pois não foi possível avaliar os trabalhadores de licença, afastamento, e os que foram demitidos/exonerados, considerando para este fato o efeito do trabalhador sadio. Há, também, um viés de causalidade, característica dos estudos transversais. Outra limitação do estudo diz respeito à falta de uso de uma pesquisa qualitativa de forma concomitante à pesquisa quantitativa realizada, modo sugerido pela autora do

ITRA como a forma mais fidedigna de se conhecer as relações entre saúde e trabalho utilizando seu instrumento.

Almejando a relevância social deste estudo, os dados encontrados serão apresentados para os ACS e a Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora, cenário deste estudo, para que sejam efetivamente utilizados na formulação de políticas públicas de apoio a estes profissionais, visando proporcionar melhores condições de trabalho, assistência psicológica e, conseqüentemente, melhores vivências de prazer e a resignificação do sofrimento na sua atuação profissional.

Espera-se que este trabalho reforce a necessidade de mais estudos abordando a categoria profissional desses trabalhadores tão importantes para a ABS no Brasil.

É importante lembrar que este estudo faz parte de uma pesquisa exploratória transversal mais ampla, denominada *Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e de vida*, que aborda os trabalhadores da ABS do município de Juiz de Fora e que pretende ter uma continuidade através da realização de estudos qualitativos, que busquem, além de traçar um perfil de adoecimento dos ACS, investigar a perspectiva de gênero, criar soluções e formular políticas para melhorar as condições de trabalho e ampliar as vivências de prazer destes profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução a Epidemiologia*. 4ª Ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
2. ANCHIETA, V. C. C.; GALINKIN, A. L.; MENDES, A. M. B.; NEIVA, E. R. Trabalho e Riscos de Adoecimento: Um Estudo entre Policiais Civis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 27 n. 2, pp. 199-208. abr./jun. 2011.
3. BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):51-60, 2008.
4. BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(8):1569-1580, ago., 2012.
5. BARROS, N. M. G. C. Riscos de adoecimento no trabalho - Estudo com médicos e enfermeiros emergencialistas em um hospital regional mato-grossense. Dissertação - Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-Graduação em Administração, Belo Horizonte - MG. 2012.
6. BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: *Artmed*, 2004.
7. BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L.; ARAÚJO, J. W. G. Agentes Comunitários de Saúde: A reconstrução do conceito de risco no nível local. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.14, n.32, p.93-101, jan./mar. 2010.

8. BRASIL. Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 de out. 2006.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 de out. 2011.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. *Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos*. *Diário Oficial da União*, 12 Dezembro de 2012b.
13. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades - Juiz de Fora e IBGE Estados - Minas Gerais. Disponíveis em: <<http://cod.ibge.gov.br/234B9>> e <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em 22 fev. 2015.
14. BRASIL. Ministério do Trabalho. *Norma Regulamentadora nº. 9*. Programa de prevenção dos riscos ambientais. Brasília, DF: Ministério do Trabalho; 1997.

15. CALLEGARI-JAQUES, S. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: *Artmed*; 2003.
16. CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout *Inventory* em uma amostra multifuncional. *Estud. psicol. (Campinas)*. vol.24, n.3, pp. 325-332. jul. - set., 2007.
17. CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência da Prefeitura de São Paulo. *Rev. do Serv. Publ. Brasília*, n 57 v.1, p. 23 -49. 2006.
18. CHIAVENATO, I. *Administração Geral e Pública (Série Provas e Concursos)*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
19. CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos Ocupacionais para Trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão Bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*. 19(2):212-7; 2006.
20. COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*. n.19, pp. 123-140. 1989.
21. CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27. 2008.
22. DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.
23. DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Rev. Bras Saúde Ocupacional*. janeiro-junho; 54(14):7-11. 1986.
24. DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. São Paulo (SP): Cortez/Oboré; 1992.

25. DEJOURS, C. Trastornos mentales relacionados con el trabajo. In: KALIMO, R; EL-BATAWI, M; COOPER, C. Los factores psicosociales em el trabajo y su relación con la salud. Genebra: *Organização Mundial da Saúde*; 1988.
26. DEJOURS, C. *O corpo entre a Biologia e a Psicanálise*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1988b.
27. DEJOURS, C. Introdução à psicopatologia do trabalho. In: HIRATA, H, organizador. Divisão capitalista do trabalho. *Tempo Social - Rev. Sociol USP*. janeiro-junho; 1(2):73-103. 1989
28. DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F., organizador. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 3ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 1996.
29. DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. Diálogos em psicodinâmica do trabalho. Brasília: *Paralelo*; 2007.
30. DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho. *Revista Cult*, 139, p. 49-53. 2009.
31. DEJOURS, C. Trabalho Vivo - Trabalho e Emancipação. Tomo II. Brasília: *Paralelo 15*. 2012.
32. DEMARZO, M. P. Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011, 11 p.
33. DURÃO, A. V.; MOROSINI, M. V.; C ARVALHO, V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, M; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV. p. 119 - 159, 2011.

34. ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
35. FARIA, L. R. A fase pioneira da reforma sanitária no Brasil: a atuação da Fundação Rockefeller, 1915/1930. *Hist. cienc. saúde - Manguinhos* [online]. vol.1, n.2, pp. 87-88. 1995.
36. FARIA, H. P.; COELHO, I. B.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. *Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde*. 1ª ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG/Coopmed; 2008.
37. FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F. *Processo de Trabalho em Saúde*. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG/Coopmed; 2009.
38. FERNANDES, J. D.; MELO, C. M. M.; GUSMÃO, M. C. C. M.; FERNANDES, J.; GUIMARÃES, A. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. *Revista latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 803-811, set./out. 2006.
39. FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.2, p.347-355, abr./jun. 2005.
40. FERREIRA, E. M. et al. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, São Paulo, v. 43, n. esp., p. 1292-1296, 2009.
41. FERREIRA, M. C., MENDES, A. M. Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da Previdência Social brasileira. Brasília: *Edições LPA/FENAFISP*; 2003.
42. FIELD, A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2. ed. Porto Alegre: *Artmed*; 2009.

43. FILHO, J. M. J. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. *Revista Produção*, v. 14, n. 3, p. 058-066, 2004.
44. FISCHER, E. M., PARAGUAY, A. I. B. B. A ergonomia como instrumento de vida e de trabalho. In: FISCHER, E. M.; GOMES, C., organizadores. Tópicos de saúde do trabalhador. São Paulo (SP): Hucitec; 1989.
45. FRANÇA, B. H. *O Barnabé: consciência política do pequeno funcionário público*. São Paulo: Cortez; 1990.
46. FURLAN, P. G. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp.
47. GAMBA, M. A.; SANTOS, E. R. Risco: repensando conceitos e paradigmas. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo. 19(4):v. 2006.
48. GLANZNER, C. H. O descompasso entre o trabalho real e o prescrito: prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de saúde da família no Grupo Hospitalar Conceição. 217 f. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre - RS, 2014.
49. GONZE, G. G.; SILVA, G. A. A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde: Tecendo Valores. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [ 1 ]: 129-146, 2011.
50. HOCHMAN, G. *Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)*. Educar, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.
51. HULLEY, S. B., CUMMINGS, S. T., BROWNER, W. S., GRADY, D. G., NEWMAN, T. B. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

52. JÚNIOR, A. G. S.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. p. 27 - 41, 2007.
53. KARAZEK, R. A.; THEORELL, T. *Healthy Work*. New York (USA): Basic Books; 1990.
54. KESSLER, A. I., KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS);33(1):49-55. mar. 2012.
55. LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989. p. 333.
56. LINO, D. C. S. F. Saúde Mental e Condições de Trabalho Entre Agentes Comunitários de Saúde. Dissertação - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié - BA. 2013
57. LOPES, D. M. Q., BECK, C. L. C., PRESTES, F. C., WEILLER, T. H., COLOMÉ, J. S., SILVA, G. M. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev. Esc. Enferm. USP.*; 46(3):633-40; 2012.
58. LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, Jan.-June, 2012.
59. LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, n 24, pp.105-125. jan. - jun., 2005.

60. MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*. v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, p. 13-28. mar. 2006
61. MAISSIAT, G. S. *Prazer e Sofrimento de Trabalhadores da Atenção Básica. Saúde à Luz da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho*. 114 f. Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.
62. MARTINS, L. F.; LAPORT, T. J.; MENEZES, V. P.; MEDEIROS, P. B.; RONZANI, T. M. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12):4939-4750, 2014.
63. MARZIALE, M. H. P. *Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar*. Dissertação - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto, 1995.
64. MASCARENHAS, C. H. M. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Agentes Comunitários de Saúde do Município de Jequié-BA. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; Jequié, 2011
65. MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
66. MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica ou atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, Juiz de Fora, vol. 12, p. 204-213. 2009.

67. MENDES, A. M. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
68. MENDES, A. M. Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M., organizadora. Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e escravidão. Curitiba: Juruá; p.13-25. 2008.
69. MENDES, A. M., FERREIRA, M. C., FACAS, E. P., VIEIRA, A. P. Validação do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento - Itra. In: *IV Congresso Norte-Nordeste de Psicologia*. 2005.
70. MERHY, E. E. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.
71. MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. Atesto mensal das Equipes de Atenção Primária à Saúde - Formulário Detalhado por Unidade Básica de Saúde do Município de Juiz de Fora - Competência Setembro. 2015.
72. MORAES, G. T. B. *Qualidade de Vida no Trabalho: Um Estudo sobre Prazer e Sofrimento em uma Multinacional na Cidade de Ponta Grossa-PR*. Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Tecnológica Federal do Paraná; Ponta Grossa, 2006.
73. MOROSINI, L. Sanitaristas Brasileiros / Cecília Donnangelo - Mestra na construção do pensamento social em Saúde. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/sanitaristas-brasileiros-cecilia-donnangelo>>. Acesso em 16 nov. 2015.
74. NUNES, A. V. L.; LINS, S. L .B. Servidores Públicos Federais: Uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, Brasília. v. 09, n. 01, p. 51-67. jan. - jun., 2009.

75. OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: A Experiência da Equipe Multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. v. 40, n. 4, p. 723-733, 2006.
76. OMS - Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca*. Genebra: OMS, 2008.
77. PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. Série Saúde no Brasil - O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, Londres. mai., 2011.
78. PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. 2ª ed. rev. ampl. 2008.
79. PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará - Mirim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 44(3):657-64, 2010.
80. PIRES, D. *A reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança Social; CUT: Annablume, 1998.
81. RESENDE, S. Valores Individuais e Vivências de Prazer e Sofrimento em Bancários de Instituições Públicas e Privadas. 146 f. Dissertação. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho - PST. Brasília - DF. 2003.
82. RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O Servidor Público no Mundo do Trabalho do Século XXI. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.33, n.1, 192-207p., 2013.
83. SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

84. SANTOS, L. A. C.; FARIA, L. R. *A Reforma Sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. 1ª ed. Bragança Paulista, EDUSF, 2003. 204 p.
85. SCHIEHL, A. R.; PILATTI, L. A.; CANTERI, M. H. G.; VASCONCELOS, L. L. Prazer, sofrimento e riscos de adoecimento na linha de produção automobilística. *SAÚDE REV.*, Piracicaba, v. 12, n. 32, p. 69-71, set.-dez. 2012.
86. SCHIEHL, A. R.; PILATTI, L. A.; CANTERI, M. H. G.; VASCONCELOS, L. L. Condição de Trabalho, Danos, Custos e Riscos Físicos para a Saúde de Trabalhadores Expostos a Baixas Temperaturas: Câmaras Frigoríficas. *Ação Ergonômica - Revista Brasileira de Ergonomia*. v. 9, n. 2. 2014.
87. SELIGMANN-SILVA, E. *Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho*. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 1995.
88. SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e trabalho. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Vozes/Abrasco; 1987.
89. SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2405-2414, 2012
90. SILVA, B. *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 1986. p. 829.
91. SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.
92. SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002b.

- 93.** SILVA, L. P. Organização do Trabalho e Vivências de Prazer e Sofrimento no Trabalho em Delegacias de Polícia do Distrito Federal. Artigo (Especialização) - Especialização em Psicodinâmica do Trabalho e Clínica do Trabalho. Universidade de Brasília; Brasília, 2011.
- 94.** SILVA, R. R. Profissão Pastor: Prazer e Sofrimento. Uma Análise Psicodinâmica do Trabalho de Líderes Religiosos Neopentecostais e Tradicionais. Dissertação - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação. Brasília - DF. 2004.
- 95.** SOUZA, A. L. Saúde mental e trabalho: dois enfoques. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo. 20(75):65-71. jan. - jun., 1992.
- 96.** TOMASI, E; FACCHINI, L. A.; THUMÉ, E.; PICCINI, R. X.; OSÓRIO, A.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; TEIXEIRA, V. A.; DILÉLIO, A. S.; MAIA, M. F. S. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11):4395-4404, 2011.
- 97.** THEISEN, N. I. S. Agentes Comunitários de Saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico. Dissertação (mestrado) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. Santa Cruz do Sul - RS. 2004
- 98.** TRINDADE, L. L., GONZALES, R. M. B., BECK, C. L. C., LAUTERT, L. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS);28(4):473-9. dez. 2007.
- 99.** TRINDADE, L. L. et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*; 23(5):684-9, 2010.
- 100.** VIEIRA, A. P. Prazer, sofrimento e saúde no trabalho de teleatendimento. Dissertação - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação. Brasília - DF. 2005.

101. WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. *et al. Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, p.635-667, 2006.
  
102. WISNER, A. *Por dentro do trabalho - ergonomia: método e técnica*. São Paulo (SP): FTD/OBORE; 1987.

## APÊNDICE 1

### Resultados dos domínios das escalas do ITRA

EACT - ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>Organização do Trabalho</b>		
O ritmo de trabalho é excessivo	3,06	1,04
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	3,54	1,02
Existe forte cobrança por resultados	3,71	1,06
As normas para execução das tarefas são rígidas	3,22	1,12
Existe fiscalização do desempenho	3,65	1,20
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	3,57	1,40
Os resultados esperados estão fora da realidade	3,42	1,20
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	3,74	1,23
As tarefas são repetitivas	4,27	0,93
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	2,62	1,25
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	3,48	1,16
<b>Condições de Trabalho</b>		
As condições de trabalho são precárias	3,55	1,18
O ambiente físico é desconfortável	2,98	1,46
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	2,97	1,28
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	3,31	1,48
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	3,99	1,14
O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização das tarefas	3,10	1,43
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	3,59	1,23
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	3,17	1,50
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	3,11	1,33
O material de consumo é insuficiente	4,08	0,97
<b>Relações Socioprofissionais</b>		
As tarefas não estão claramente definidas	2,64	1,22
A autonomia é inexistente	2,81	1,19
A distribuição das tarefas é injusta	2,34	1,18
Os funcionários são excluídos das decisões	2,73	1,26
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	2,39	1,29
Existem disputas profissionais no local de trabalho	2,73	1,41
Falta integração no ambiente de trabalho	2,98	1,17
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	2,86	1,07
Falta apoio das chefias para o meu desempenho profissional	2,33	1,27
As informações de que preciso para executar minha tarefa são de difícil acesso	2,38	1,10

<b>EIPST - ITENS</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>DESVIO PADRÃO</b>
<b>Realização Profissional</b>		
Satisfação	4,45	1,63
Motivação	3,67	1,93
Orgulho pelo o que faço	5,04	1,42
Bem-estar	4,52	1,56
Realização profissional	4,10	1,82
Valorização	3,10	2,07
Reconhecimento	3,06	2,03
Identificação com as minhas tarefas	4,77	1,50
Gratificação pessoal com as minhas atividades	4,60	1,69
<b>Liberdade de Expressão</b>		
Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	5,03	1,46
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	4,87	1,57
Solidariedade com os colegas	5,16	1,16
Confiança entre os colegas	3,77	1,73
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	4,34	1,72
Liberdade para usar minha criatividade	4,68	1,61
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	4,93	1,47
Cooperação entre os colegas	4,24	1,54
<b>Esgotamento Profissional</b>		
Esgotamento emocional	3,63	2,03
Estresse	3,67	2,07
Insatisfação	3,26	2,01
Sobrecarga	4,00	1,95
Frustração	3,58	1,95
Insegurança	3,00	2,18
Medo	2,30	2,19
<b>Falta de Reconhecimento</b>		
Falta de reconhecimento do meu esforço	3,32	2,05
Falta de reconhecimento do meu desempenho	3,07	2,15
Desvalorização	3,16	2,14
Indignação	3,42	2,21
Inutilidade	1,53	1,84
Desqualificação	1,55	1,91
Injustiça	2,55	2,11
Discriminação	1,39	1,96

<b>EADRT - ITENS</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>DESVIO PADRÃO</b>
<b>Danos Físicos</b>		
Dores no corpo	3,24	2,22
Dores nos braços	2,21	2,38
Dor de cabeça	2,94	2,26
Distúrbios respiratórios	1,12	1,91
Distúrbios digestivos	1,16	1,92
Dores nas costas	2,69	2,41
Distúrbios auditivos	0,45	1,33
Alterações do apetite	1,72	2,17
Distúrbios da visão	0,76	1,64
Alterações do sono	2,63	2,41
Dores nas pernas	3,38	2,37
Distúrbios circulatórios	0,73	1,73
<b>Danos Psicológicos</b>		
Amargura	1,46	1,94
Sensação de vazio	1,50	1,95
Sentimento de desamparo	1,81	2,13
Mau-humor	2,03	1,96
Vontade de desistir de tudo	1,90	2,32
Tristeza	2,08	2,05
Irritação com tudo	2,23	2,08
Sensação de abandono	1,48	2,08
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	1,51	1,69
Solidão	1,09	1,83
<b>Danos Sociais</b>		
Insensibilidade em relação aos colegas	1,07	1,51
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0,83	1,50
Vontade de ficar sozinho	1,93	2,15
Conflitos nas relações familiares	1,50	1,98
Agressividade com os outros	0,57	1,27
Dificuldade com os amigos	0,67	1,22
Impaciência com as pessoas em geral	1,80	1,90

## APÊNDICE 2

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: ROSÂNGELA MARIA GRECO

FACENF/CCS – DEP.EBA/ CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102-3821

E-MAIL: [rosangela.greco@uff.edu.br](mailto:rosangela.greco@uff.edu.br)

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”. Neste estudo pretendemos 1) Conhecer as condições de vida e saúde de Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde; 2) Descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde destes trabalhadores; 3) Analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde doença destes trabalhadores; 4) Contribuir para o desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde destes trabalhadores.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto se justifica, uma vez que os dados coletados poderão contribuir para uma visão ampliada do processo saúde doença dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde ao proporem uma nova compreensão da relação entre o trabalho e a saúde enfatizando o caráter social deste processo, não ignorando as características históricas e sociais.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de dados, em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com a sua permissão através de Tablete para posterior análise. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem- UFJF e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, \_\_\_\_\_ portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Telefone de contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Nome Participante	Assinatura	Data
-------------------	------------	------

Nome Pesquisador	Assinatura	Data
------------------	------------	------

Nome Testemunha	Assinatura	Data
-----------------	------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF - JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900. FONE: (32) 2102-3788 E-MAIL: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

**APÊNDICE 3****Questionário Sociodemográfico e de Tempo de Trabalho na  
Atenção Básica**

**1 - Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**2 - Gênero:**

**(1) Masculino**

**(2) Feminino**

**3 - Qual é a sua formação?**

**(1) Ensino Fundamental/Médio/Técnico**

**(2) Ensino Superior**

**4 - Atualmente você é...**

**(1) Casado (a) ou vive em união estável**

**(2) Separado (a) ou divorciado (a)**

**(3) Viúvo (a)**

**(4) Solteiro (a) - nunca casou ou viveu em união estável**

**5 - Você trabalha a quanto tempo na Atenção Básica à Saúde?**

**(1) Menos de 5 anos**

**(2) De 6 a 10 anos**

**(3) De 11 a 15 anos**

**(4) De 16 a 20 anos**

## ANEXO 1

### Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (MENDES, 2007)

#### 1 - Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz do seu **contexto de trabalho**.

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre	
O ritmo de trabalho é excessivo	1	2	3	4	5
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	1	2	3	4	5
Existe forte cobrança por resultados	1	2	3	4	5
As normas para execução das tarefas são rígidas	1	2	3	4	5
Existe fiscalização do desempenho	1	2	3	4	5
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	1	2	3	4	5
Os resultados esperados estão fora da realidade	1	2	3	4	5
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	1	2	3	4	5
As tarefas são repetitivas	1	2	3	4	5
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	1	2	3	4	5
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	1	2	3	4	5
As condições de trabalho são precárias	1	2	3	4	5
O ambiente físico é desconfortável	1	2	3	4	5
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	1	2	3	4	5
O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	1	2	3	4	5
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	1	2	3	4	5
O material de consumo é insuficiente	1	2	3	4	5
As tarefas não estão claramente definidas	1	2	3	4	5
A autonomia é inexistente	1	2	3	4	5
A distribuição das tarefas é injusta	1	2	3	4	5
Os funcionários são excluídos das decisões	1	2	3	4	5
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	1	2	3	4	5
Existem disputas profissionais no local de trabalho	1	2	3	4	5
Falta integração no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	1	2	3	4	5
Falta apoio das chefias para o meu desempenho profissional	1	2	3	4	5
As informações de que preciso para executar minha tarefa são de difícil acesso	1	2	3	4	5

## 2 - Escala do Custo Humano do Trabalho

Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz das **exigências decorrentes do seu contexto de trabalho**.

1 Nada exigido	2 Pouco exigido	3 Mais ou menos exigido	4 Bastante exigido	5 Totalmente exigido
-------------------	--------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------

Usar a força física	1	2	3	4	5
Usar os braços de forma contínua	1	2	3	4	5
Ficar em posição curvada	1	2	3	4	5
Caminhar	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ficar em pé	1	2	3	4	5
Ter que manusear objetos pesados	1	2	3	4	5
Fazer esforço físico	1	2	3	4	5
Usar as pernas de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar as mãos de forma repetida	1	2	3	4	5
Subir e descer escadas	1	2	3	4	5
Desenvolver macetes	1	2	3	4	5
Ter que resolver problemas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com imprevistos	1	2	3	4	5
Fazer previsão de acontecimentos	1	2	3	4	5
Usar a visão de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar a memória	1	2	3	4	5
Ter desafios intelectuais	1	2	3	4	5
Fazer esforço mental	1	2	3	4	5
Ter concentração mental	1	2	3	4	5
Usar a criatividade	1	2	3	4	5
Ter controle das emoções	1	2	3	4	5
Ter que lidar com ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Ter custo emocional	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	1	2	3	4	5
Disfarçar os sentimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a elogiar as pessoas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ter bom humor	1	2	3	4	5
Ser obrigado a cuidar da aparência física	1	2	3	4	5
Ser bonzinho com os outros	1	2	3	4	5
Transgredir valores éticos	1	2	3	4	5
Ser submetido a constrangimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a sorrir	1	2	3	4	5

### 3 - Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

Avaliando o seu **trabalho** nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorrem **vivências positivas e negativas**.

0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis ou mais vezes
---------------------	--------------	--------------------	--------------------	----------------------	---------------------	-------------------------------

Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho pelo o que faço	0	1	2	3	4	5	6
Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Gratificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6
Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

#### 4 - Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho

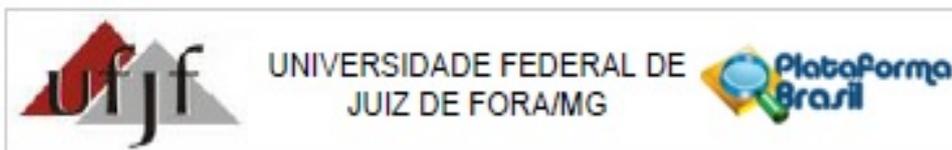
Os itens a seguir tratam dos tipos de **problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho.** Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos **últimos seis meses.**

0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis ou mais vezes
---------------------	--------------	--------------------	--------------------	----------------------	---------------------	-------------------------------

Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
Dor de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios da visão	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mau-humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldade com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6

## ANEXO 2

## PARECER - COMITÊ DE ÉTICA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida

**Pesquisador:** Rosângela maria Greco

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40343414.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 932.706

**Data da Relatoria:** 13/01/2015

**Apresentação do Projeto:**

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

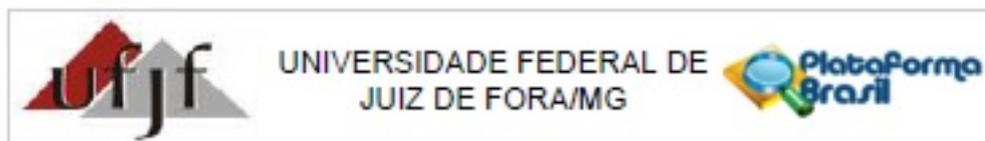
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delimitado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 38.098-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 932.706

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

**Recomendações:**

Modificar o sobrenome da pesquisadora responsável na Folha de Rosto, parece que houve um erro de digitação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Março de 2017

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 14 de Janeiro de 2015

---

Assinado por:  
Paulo Cortes Gago  
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.038-000  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br