

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Priscila de Oliveira Nascimento

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE TRABALHO DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**

Juiz de Fora

2016

Priscila de Oliveira Nascimento

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**

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 obtenção do grau de Mestre.

**Orientadora:** Profa. Dra. 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)

Nascimento, Priscila.  
Avaliação da capacidade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora / Priscila Nascimento. -- 2016.  
127 p. : il.

Orientadora: Rosangela 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. Avaliação da Capacidade de Trabalho . 3. Agentes Comunitários de Saúde . 4. Condições de trabalho. 5. Envelhecimento da população. I. Greco, Rosangela, orient. II. Título.

PRISCILA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

**“Avaliação da Capacidade de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora”.**

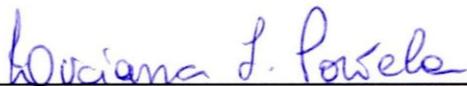
Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 17/03/2016



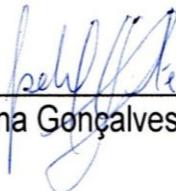
---

Rosângela Maria Greco – UFJF



---

Luciana Fernandes Portela – FIOCRUZ



---

Isabel Cristina Gonçalves Leite – UFJF

Dedico este trabalho a todos os agentes comunitários de saúde do município de Juiz de Fora, que dedicaram um pouco do seu tempo, dividiram suas histórias de vida e trabalho e contribuíram para que eu pudesse realizar meu trabalho, fazendo parte desse sonho.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante e fundamental em minha vida e por ter colocado pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente não teria conseguido chegar ao fim desse trabalho.

À meus pais, Dilberto e Regina, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram mais em mim do que eu mesma, me apoiaram incondicionalmente mesmo sem muitas vezes entender o porquê das minhas escolhas. Obrigada pelo amor, confiança, dedicação e doação incondicional, por terem feito do meu sonho o nosso sonho!

À meu esposo, Adalberto, por seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor.

À minha avó, que sempre se fez presente em minha vida com seus ensinamentos, seu amor e admiração.

Às minhas amigas que me apoiaram, vibraram com minhas conquistas e me deram força para continuar nos momentos difíceis, em especial a Amanda que nesses últimos dias, esteve me ajudando e apoiando intensamente para a conclusão do trabalho, meu muito obrigada.

Aos meus alunos, que são sempre fonte de inspiração para a incessante busca pelo aprendizado.

À minha orientadora, Rosangela Maria Greco, por acreditar em mim em um momento que já tinha desistido de lutar pelos meus sonhos. Por ser muito mais que uma orientadora, ser uma amiga e um exemplo de profissional que busco ser a cada dia. Pela sua generosidade, paciência, disponibilidade e compreensão.

Às professoras Isabel e Luciana, pela disponibilidade e valiosas contribuições para o enriquecimento do meu trabalho.

À Elisângela, por sua disponibilidade e presteza em ajudar quando precisamos.

À todos meus professores do mestrado, que contribuíram para minha formação e concretização do meu sonho, em especial a professora Girlene, por seus ensinamentos e amizade.

À todos que contribuíram, vibraram, participaram dos meus momentos de alegria, angústia, apreensão e que de alguma forma fizeram parte deste sonho.

[...] Claro que quando chegar ao fim do meu passeio saberei mais, mas também é certo que saberei menos, precisamente por mais saber, por outras palavras, a ver se me explico, a consciência de saber mais conduz-me à consciência de saber pouco, aliás, apetece perguntar, que é saber...

(José Saramago, 1989)

## Resumo

Com o aumento da sobrecarga e precarização do trabalho, observa-se nos últimos anos, mudanças nas relações de trabalho. A cada dia é exigido do trabalhador domínio de saberes e tecnologias, sem a garantia ou articulação com a melhoria das condições de trabalho. Os trabalhadores continuam expostos a atividades e ambientes insalubres e desgastantes, que muitas vezes provocam adoecimento e incapacidade. Essa realidade não é diferente no setor saúde, onde o processo de trabalho também pode gerar sofrimento físico e mental em quem cuida da saúde da população. Devido a isso, ações precisam ser realizadas para modificar essa realidade e prevenir o envelhecimento funcional. O objetivo deste trabalho foi analisar a capacidade para o trabalho e os fatores associados em agentes comunitários de saúde que atuam na atenção primária à saúde. Foi desenvolvido um estudo transversal com uma amostra aleatória de 212 agentes comunitários de saúde. A capacidade para o trabalho foi avaliada através do instrumento Índice de Capacidade para o trabalho (ICT), proposto pelo instituto de saúde ocupacional da Finlândia. A população deste estudo foi composta predominantemente por mulheres (91,5%), com idade entre 20 e 71 anos, média de 44 anos, casadas (55,2%), da raça branca (47,2 %), com ensino médio completo (66%), renda familiar líquida de 2 a 3 salários mínimos (32,1%), pertencentes as classe b2 (34,4%) e c1 (38,2%), com boa percepção de saúde geral (55,7%) e saúde bucal (50,9%). Apresentam boa capacidade para o trabalho (45,9%) e 7,3 % baixo ICT, 52,8% auto-avaliam como boa, a capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida e 18,9% afirmam estar na sua melhor capacidade para o trabalho. Os trabalhadores referem possuir diagnóstico de 5 doenças ou mais (78,6%), porém 41% dos trabalhadores referem que sua doença não causa impedimento para realização de seu trabalho e somente 0,9% referem estar incapacitados para trabalhar. Pelos resultados encontrados ações devem ser realizadas para promover e preservar a saúde desses trabalhadores, buscando compreender o que os aproxima e os afasta para ter uma boa qualidade de vida e melhor capacidade para o trabalho.

Palavras-Chave: Avaliação da Capacidade de Trabalho. Saúde do Trabalhador. Agentes Comunitários de Saúde.

## **Abstract**

In recent years it has changed the labor relations, with increased overhead and job insecurity. Every day the worker must master more knowledge and technologies and without warranty or improvement perspective, often exposed to activities and unhealthy and stressful environments, causing illness and inability to work. This situation is no different in the health sector, the work process can also generate physical and mental suffering on who takes care of the health of the population. Because of this, actions must be taken to change this situation and prevent the functional aging. The objective of this study was to analyze the capacity for work and associated factors in the community health agents who work in primary health care. A cross-sectional study with a random sample of 212 community health workers was developed. The ability to work was assessed by capability index instrument for work (ICT), proposed by the occupational health institute of Finland. The study population was composed predominantly of women (91.5%), aged between 20 and 71 years, mean 44 years, married (55.2%), white (47.2%), with high school full (66%), net family income 2 to 3 minimum wages (32.1%), belonging to the class b2 (34.4%) and c1 (38.2%) and have good perception of general health (55, 7%) and oral health (50.9%). Have a good capacity to work (45.9%) and only 7.3% have low ICT, 52.8% self-evaluate how good the ability to work compared to the best of life and 18.9% say be at their best capacity for work. Workers refer have diagnosed 5 or more diseases (78.6%), but 41% of workers report that their disease does not cause impediment to perform their work and only 0.9% reported being unable to work. The results found actions should be taken to promote and preserve the health of these workers, seeking to understand what approaches and alienates them to have a good quality of life and better workability.

**Keywords:** Occupational Health. Work Capacity Evaluation. Community Health Workers.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 : MAPA DE JUIZ DE FORA – MG.....	58
FIGURA 2: DELIMITAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	61
QUADRO 1: ITENS DO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	65
QUADRO 2: ITENS DA PERGUNTA ÚNICA SOBRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE .....	67
QUADRO 3: APRESENTAÇÃO DAS CLASSES ECONÔMICAS DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO DO CRITÉRIO BRASIL, 2013.....	67
GRÁFICO 1: FREQUÊNCIA DAS DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO.....	78
GRÁFICO 2: FREQUÊNCIA DAS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO.....	78
GRÁFICO 3: FREQUÊNCIA DAS DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO.....	79
GRÁFICO 4: FREQUÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.....	80
GRÁFICO 5: FREQUÊNCIA DAS DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS.....	80

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos agentes comunitários de saúde, Juiz de Fora, 2015.....	70
Tabela 2 Caracterização relacionada a autopercepção de saúde geral e bucal dos agentes comunitários de saúde. Juiz de Fora, 2015.....	72
Tabela 3 - Caracterização relacionada a Capacidade para o Trabalho e a Saúde do trabalhador dos agentes comunitários de saúde. Juiz de Fora, 2015.....	73
Tabela 4 - Frequência de doenças referidas pelos agentes comunitários de saúde. Juiz de Fora, 2015.....	76
Tabela 5 – Caracterização do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Juiz de fora, 2015.....	81
Tabela 6 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde, segundo o índice de capacidade para o trabalho e variáveis sociodemográficas. Juiz de Fora, 2015.....	82
Tabela 7 – Porcentagem de agentes comunitários de saúde nas categorias de capacidade para o trabalho de acordo com classes sociais. Juiz de Fora, 2015.....	83
Tabela 8 – auto-avaliação de saúde geral e saúde bucal de acordo com o índice de capacidade para o trabalho dicotomizado. Juiz de Fora, 2015.....	84
Tabela 9 – Relação entre principais doenças referidas e a capacidade para o trabalho. Juiz de Fora, 2015.....	85
Tabela 10 – Valores de alfa de Cronbach por item do índice de capacidade para o trabalho. Juiz de Fora, 2015.....	86
Tabela 11 – Referência cruzada ICT x tempo de trabalho. Juiz de Fora, 2015.....	87

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ESF	Estratégia Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
MOI	Movimento Operário Italiano
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODK	OpenDataKit
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
PJF	Prefeitura Municipal de Juiz de Fora
PDS	Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	19
2.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
3.1 OS SIGNIFICADOS DO TRABALHO AO LONGO DA HISTÓRIA DA NOSSA SOCIEDADE.....	20
3.2 TECENDO A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE-DOENÇA.....	22
3.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR DO PASSADO AOS DIAS ATUAIS.....	25
3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA, O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO.....	34
3.5 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO E FATORES ASSOCIADOS.....	47
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>57</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	57
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	58
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	59
4.4 ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	62
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	67
4.6 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DOS DADOS .....	68
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	68
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>70</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	70
5.1.1 Características Sociodemográficas.....	70
5.1.2 Características relacionadas a autopercepção de saúde.....	72
5.1.3 Características relacionadas a Capacidade de Trabalho e a Saúde do Trabalhador .....	73
5.2 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	81
5.2.1 Características Sociodemográficas e o ICT.....	81
5.2.2 Características relacionadas a saúde e o ICT.....	83
5.2.3 Características relacionadas as variáveis relacionadas ao ICT.....	84
5.2.4 Características relacionadas ao trabalho e o ICT.....	87

<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>88</b>
6.1 PERFIL DA POPULAÇÃO DO ESTUDO E FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	88
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>97</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>99</b>
<b>9 APÊNDICES.....</b>	<b>112</b>
9.1 APÊNDICE – A TCLE.....	112
9.2 APÊNDICE – B INSTRUMENTO DE COLETA.....	114
<b>10 ANEXOS .....</b>	<b>124</b>
10.1 ANEXO – A PARECER DO CEP.....	125
10.2 ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO .....	127

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho é composto por antíteses e complementaridades em seu significado basilar, pois tem em sua fundamentação raízes que explicam a relação do homem com o mundo que o rodeia. Ao longo da história de construção do mundo há mudanças significativas nas formas de realizar o trabalho que vão dar origem a alterações nas relações de produção e no modo como a sociedade processa o seu existir e agir, fundamentando as relações econômicas e sociais (MARX, 2014).

O trabalho promove o desenvolvimento das capacidades cognitivas, psicológicas e espirituais do homem seja no âmbito coletivo ou individual e garante suas condições materiais de sobrevivência (MARX, 2014; CONASS, 2011).

Por outro lado, o trabalho tem sido ao longo dos tempos, a causa de sofrimentos, adoecimentos e morte. Os trabalhadores adoecem e morrem por causas relacionadas ao trabalho, como consequência das atividades profissionais que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado (CONASS, 2011).

Desta forma, o trabalho impacta sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores, contribuindo de forma direta para a ocorrência dos acidentes de trabalho e as chamadas doenças profissionais, e de forma indireta, nas chamadas doenças relacionadas com o trabalho (CONASS, 2011).

Dejours (1986) reitera essa concepção, de que o fator de agravamento à saúde do indivíduo não está relacionado ao fato do trabalho ou não-trabalho, mas sim qual é e como é realizado o trabalho ao qual o trabalhador está submetido, quais consequências e a intensidade de sofrimento que pode estar causando.

Todos os dias novas formas de organizar o trabalho são pensadas para dar conta da necessidade de proteger a saúde do trabalhador. Porém mudanças ao longo dos séculos no mercado de trabalho vêm modificando o perfil de adoecimento. Pressões e cargas de trabalho que antes eram visualizadas como penosas por causarem desgaste físico do trabalhador e alterações físicas, nos dias de hoje, causem alterações psíquicas e emocionais (NAVARRO; PADILHA, 2007; PINTO, 2010).

O trabalhador é cobrado e pressionado a gerar produtividade, cumprir prazos e conhecer e dominar espaços de trabalho cada vez mais mecanizados e competitivos, o que produz grande impacto na saúde deste trabalhador. Busca-se um trabalhador detentor de super

especializações, com domínio de novas tecnologias e integrado ao mundo globalizado (NAVARRO; PADILHA, 2007; PINTO, 2010).

A incorporação crescente de novas tecnologias com o incremento de um complexo conjunto de inovações organizacionais modificou profundamente a estrutura produtiva de países capitalistas como o Brasil. Essas mudanças refletem na estrutura organizacional dos meios de produção, levando a transformação nas relações e condições de trabalho (ELIAS; NAVARRO, 2006; PRAZERES; NAVARRO, 2011).

A maior influência para o mundo do trabalho tem sido a intensificação da carga de trabalho, consumindo de forma colossal as energias físicas e intelectuais dos trabalhadores. Além disso, há um aumento da precarização do trabalho pelo medo do desemprego, fazendo com que os trabalhadores sejam submetidos a regimes e contratos de trabalho que não garantem sequer os direitos da consolidação das leis do trabalho (CLT) sem nenhuma garantia ou possibilidade de melhora, com baixos salários, péssimas condições de trabalho e arriscando a vida e a saúde em ambientes insalubres e desgastantes (ELIAS; NAVARRO, 2006; PRAZERES; NAVARRO, 2011).

Essas novas exigências do trabalho fizeram com que ele modificasse o seu significado ao longo dos tempos e contextos históricos. Mas desde seu surgimento a essência do que é o trabalho não se altera, consistindo em uma ação do ser humano sobre as coisas, revelando em si um ato reflexivo homem-trabalho-homem, pois ao construir algo com seu trabalho o homem modifica a si mesmo, desenhando em si significados existenciais relacionados ao ato de trabalhar (MARX, 2014).

Essas emblemáticas mudanças no modo de enxergar o trabalho nas organizações modificaram os processos e as relações de trabalho, o que proporcionou melhores resultados na produção de capitais. No entanto o trabalhador inserido nesse contexto se viu atrelado à precariedade das relações de trabalho, na terceirização, na subcontratação, na aglutinação de cargos, na ampliação da jornada de trabalho, no achatamento dos salários. Essas mudanças que vêm contribuindo para o incremento das doenças e dos acidentes relacionados ao trabalho (PRAZERES, NAVARRO, 2011).

No campo da saúde isto não é diferente, pois novas tecnologias e formas de conduzir e gerenciar as organizações de saúde vem gerando uma reformulação no modo de trabalho na área de saúde e a inserção de novos saberes e possibilidades de atuação dos profissionais nas equipes de trabalho, fazendo com que haja uma reestruturação nos modelos assistenciais vigentes (MEHRY, 2009).

Estas transformações no trabalho da área da saúde têm causado sentimentos diversos aos trabalhadores como insegurança frente ao novo agir, medo de não ser capaz de fazer algo, rigidez em relação ao novo e desconhecido, sobrecarga, o que pode vir a causar adoecimento e descontentamento dos profissionais, interferindo em suas relações de trabalho (MEHRY, 2009).

Em nosso país temos um modelo de assistência à saúde que tem como porta de entrada do sistema a atenção primária à saúde (APS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos modelos utilizados na APS e vem sendo considerada hoje o modelo de reorientação da assistência utilizado para ampliação da APS. Nos dias de hoje a APS está presente em 5296 municípios do país com a Estratégia Saúde da Família, com a implantação de 37.812 equipes cobrindo cerca de 60% da população brasileira. Essa estratégia visa ampliar o modo de enxergar o cuidado em saúde, extrapolando o modelo biomédico centrado no corpo e na doença como foco de trabalho (PEREIRA et al. 2014; SHIMIZU HE, ALVÃO, 2012; BRASIL, 2015a).

A ESF busca prestar uma atenção integral à saúde do indivíduo, visualizando as interfaces que vão mediar seu processo de saúde-doença, como sua interação na família e comunidade onde vive. O sucesso da ESF perpassa pela possibilidade de realizar esse cuidado através da assistência em equipe estabelecida por pessoas com diferentes habilidades, competências e saberes para agregar conhecimento e ações diferenciadas, o que possibilita uma visão mais completa (PEREIRA et al. 2014; SHIMIZU HE, ALVÃO, 2012).

O processo de trabalho na APS exige uma reorganização e remodelamento do modo de interagir dos profissionais com os usuários, pois estão inseridos nas comunidades necessitando habilidades técnicas que possam se despir de preconceitos e rever concepções para um novo agir em saúde, chegando até a casa e intimidade dos sujeitos do cuidado (PEREIRA et al. 2014; SHIMIZU, ALVÃO, 2012; BRASIL, 2011b).

A expansão da ESF tem proporcionado o aumento do número de trabalhadores na atenção primária à saúde criando um contingente importante, em números e responsabilidades, pois mais profissionais de categorias diferentes têm estado na ponta da atenção, e, conforme explicita as atribuições comuns dos profissionais da ESF, estes devem realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (PEREIRA ET AL. 2014; SHIMIZU, ALVÃO, 2012; BRASIL, 2011b).

Além disso, estes profissionais devem aprender a trabalhar interprofissionalmente e em um ambiente com escassez de recursos físicos e materiais. Essa dinâmica proporciona o incremento da luta de classes por espaços de poder neste ambiente institucional do cuidado. A

Política Nacional de Atenção Básica refere à necessidade de garantir uma adequada infraestrutura e equipamentos e disponibilização de insumos e materiais para possibilitar a prestação da assistência à população (PEREIRA et al. 2014; SHIMIZU, ALVÃO, 2012; BRASIL, 2006).

Trabalhar na ESF faz com que o trabalhador amplie seu campo de atuação profissional, tendo que lidar com pressões desconhecidas, pois deve atuar na reorientação do modelo assistencial, realizar sua atividade profissional de forma interdisciplinar, visualizando a atuação e atendimento de forma coletiva. O processo de trabalho passa a exigir não apenas habilidades técnicas, mas um novo modo de realizar o cuidado ao paciente, precisando buscar a concepção coletiva do processo saúde-doença com a valorização da discussão dos pontos de vista dos diversos saberes e práticas com intuito de promover uma assistência integral e resolutiva (PEREIRA et al. 2014; SHIMIZU, ALVÃO, 2012; BRASIL, 2006).

Soma-se a isso uma maior demanda, no que diz respeito a articulação e desenvolvimento de relações interpessoais com profissionais de outras categorias, pela exigência de um trabalho em equipe constante, que necessitam de relações mais intrincadas, em um ambiente onde povoam questões não resolvidas de remuneração e carreira profissional. Essa luta de classes e modos diferentes de cuidar e visualizar o paciente contribui para a deterioração da saúde desses trabalhadores (PEREIRA et al. 2014; SHIMIZU, ALVÃO, 2012).

Apesar das discussões sobre a importância dos profissionais para a reorganização da atenção à saúde, não são pensadas formas de trabalho menos onerosas. O trabalho na área da saúde envolve desgaste físico, psíquico e emocional. Além de realizar atividades complexas e agregar jornadas de trabalho longas e extenuantes, os trabalhadores estão submetidos a precárias condições de trabalho e remuneração muitas vezes inadequada e aquém da atividade realizada (PEREIRA et al. 2014; CARNEIRO; MARTINS, 2015).

No caso dos agentes comunitários de saúde, estes ainda sofrem com dificuldade de acesso à formação técnica para prepará-los para o papel desempenhado, além de desvios de função e inconformidades na sua contratação e direitos trabalhistas, problemas que podem gerar adoecimento e refletir diretamente na qualidade da assistência prestada (PEREIRA et al. 2014; CARNEIRO, MARTINS, 2015).

Portanto, é necessário que o trabalho na atenção primária à saúde, uma vez que visa promover a saúde de indivíduos e coletividades, não seja um causador de doenças para as pessoas que contribuem com sua força de trabalho para o desenvolvimento de práticas de saúde para a população.

Para tal, é importante que os ambientes de trabalho tenham condições adequadas para o desenvolvimento das ações estabelecidas nas políticas de saúde colocadas pelo Ministério da Saúde, de modo a contribuir para que os processos de trabalho sejam prazerosos e não desgastantes.

Nesse contexto laboral, estudar a capacidade de trabalho de grupos de trabalhadores se torna importante, pois estudos mostram que é uma condição agregadora na preservação da saúde do trabalhador, pois possibilita antever prejuízos funcionais e prevenir perdas na saúde do trabalhador com mudanças nas suas relações com o modo de realizar seu trabalho (HILLESHEIN; LAUTERT, 2012).

A capacidade de trabalho é influenciada por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos ao mundo do trabalho, que vão desde o próprio ambiente no qual o trabalho é realizado até o estilo de vida do trabalhador, se refletindo no bem estar laboral, ou seja, a capacidade física e mental apresentadas pelo profissional para execução das tarefas, a partir das exigências do trabalho e de seu contexto social. É mutável e dinâmica, alternando em muito boa a ruim, de acordo com o momento vivenciado pelo trabalhador e sua relação com seu trabalho e vida (HILLESHEIN; LAUTERT, 2012).

A capacidade de enfrentamento do indivíduo às cargas físicas e mentais do trabalho influencia no desgaste do trabalhador, condicionando diferentes respostas ao estresse, podendo desencadear respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, com efeitos negativos sobre a saúde e a capacidade para o trabalho (TUOMI et al, 2005).

O estresse provocado pelo desgaste do trabalhador por executar tarefas que envolvem esforço físico mental e emocional traduzem o aumento da complexidade do trabalho (TUOMI et al, 2005).

A escolha por realizar o estudo com os ACS se deve a crescente ampliação da presença deste trabalhador no campo da saúde espalhados por todo o Brasil e também por ser uma população representativa das comunidades em que trabalham e vivem (BRASIL, 2012).

Além disso, nosso desejo de realizar este estudo está atrelado a existirem poucos estudos que abordem a relação entre o trabalho e a saúde dos agentes comunitários.

Por ser uma profissão instituída há pouco tempo, na década de 1990, apenas recentemente começam a ser percebidas e delineadas as implicações desta atividade profissional na saúde dos agentes comunitários de saúde (MOROSINI, 2007; OLIVEIRA, 2009).

Neste contexto realizamos este estudo com a finalidade de avaliar a capacidade de trabalho dos ACS que atuam na APS, relacionando com fatores associados

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

❖ Analisar a capacidade para o trabalho e os fatores associados em agentes comunitários de saúde que atuam na atenção primária á saúde.

#### 2.1.1 Objetivos Específicos

❖ Mensurar a capacidade para o trabalho, através do Índice de Capacidade para o Trabalho em agentes comunitários de saúde que atuam na atenção primária á saúde.

❖ Conhecer o perfil das doenças referidas em agentes comunitários de saúde que atuam na atenção primária à saúde baseado no índice de capacidade para o trabalho.

❖ Verificar as associações entre a capacidade para o trabalho e as características sociodemográficas, ocupacionais e condições de saúde dos trabalhadores.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para que possamos falar da capacidade de trabalho de agentes comunitários de saúde que atuam na atenção primária à saúde, iremos fazer uma reflexão sobre os significados do trabalho ao longo da história da nossa sociedade, a relação entre saúde e trabalho e os desdobramentos dessa relação no bem estar dos indivíduos.

#### 3.1 OS SIGNIFICADOS DO TRABALHO AO LONGO DA HISTÓRIA DA NOSSA SOCIEDADE

Desde o antigo Egito, passando pelo Império Romano e pela Idade Média até o Renascimento o sentido do trabalho sempre esteve atrelado à noção de inferioridade, aviltamento (PINTO, 2010).

Os gregos compreendiam o trabalho como um castigo, cuja origem vem da palavra grega *pónos* - trabalho, carregando a mesma raiz da palavra poena, que traz em si a idéia de tarefa penosa, pesada. Nos dias de hoje, confirmando esse sentido negativo a palavra trabalhar vem da derivação do latim *tripaliare*, que origina o tripálio, um instrumento constituído por três paus, utilizado para atar os condenados ou para sujeitar os cavalos no momento de colocar a ferradura. Essa procedência comum identifica o trabalho à tortura, assemelhando a *tripaliare*, toda e qualquer atividade com o emprego de esforço físico (PERGHER, 2001; PINTO, 2010; ARANHA, MARTINS, 2009).

O trabalho desde sua instituição até os dias atuais apresenta característica basilar da sobrevivência do homem, sendo ato primário de sua existência e da construção de sua história. O trabalho evoluiu em significado e em ato, deixando de ser um manipulador da natureza, tornando-se algo que vai além desta definição, ou além desta compreensão, uma vez que auxilia na consolidação da cultura dos povos e construção das relações de homens com outros homens, assumindo papel central na sociedade atual, no delineamento das classes sociais e se apresentando como fundamento na formulação da identidade do indivíduo e seu posicionamento dentro da coletividade (PINTO, 2010).

No que diz respeito à relação entre o homem e a modificação da natureza através de seu trabalho Marx (2008) diz que o trabalho, por ser uma condição da existência do

homem e estar presente em todas as formas de sociedade, é uma necessidade natural de mediação entre o homem e natureza.

O trabalho não se traduz apenas em sofrimento. Quando dizemos trabalho, falamos também em criação, no qual cada trabalhador se apropria de uma maneira singular do que lhe é proposto. Além de ser o meio no qual é possível garantir a sobrevivência do indivíduo, suscita elementos indispensáveis ao desenvolvimento da espécie humana garantindo sua existência. O trabalho também é instrumento de transformação e construção de si mesmo, trabalhar é gerir a variabilidade, o imprevisto, fazendo escolhas, correndo riscos, inventando. Ele não envolve só repetição e é, antes de tudo, um processo coletivo que enuncia patrimônios, conquistas, lutas culturais, técnicas, sociais e políticas. Necessitamos trabalhar pelo que ele nos propicia economicamente através da conquista da renda pelo salário, mas não podemos nos deter apenas a este significado reducionista, pois o trabalho enquanto conquista amplia o sentido da vida e modifica a sociedade (COHN; MARSIGLIA 1993; CAMPOS, 2009; ARENDT, 2010).

Marx reitera a importância do trabalho para o homem:

O trabalho põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços, pernas, cabeça e mão, a fim de sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. No trabalho, o homem se reconhece e se constitui como tal, como ser social, consciente, criativo e reflexivo; diferente do animal que é instinto, atividade. O trabalho passa a ter sentido central na vida humana: a mediação essencial para a humanidade do homem (MARX, 2014, p.297).

Dessa forma, o labor assume um aspecto diversificado envolvendo multifaces, através das quais o próprio indivíduo pode atribuir ao trabalho diferenciadas acepções pessoais. Vários são os significados atribuídos ao trabalho, estando sujeito ao tipo de compreensão, necessidades, interesse, valores pessoais, políticos e sociais de cada um (MARX, 2014).

Segundo Arendt (2010, p.31) “o mundo ao qual viemos, não existiria sem a atividade humana que o produziu”, sendo responsável pelo delineamento de uma sociedade e peça fundamental da vida social.

Porém, sua maior ou menor influência na vida do sujeito social será dada a partir da importância atribuída ao trabalho, dando vez e voz ao trabalhador para ter conhecimento de

como é a sua percepção sobre o trabalho. A atividade de trabalho é um processo dialético: de um lado, o sujeito trabalhador que dá sentido ao que faz; e de outro, as situações de trabalho que impactam sobre as percepções desse trabalhador em relação a todo o contexto de trabalho. Diante dessa dialética, o trabalhador pode ter vivências de prazer e ou sofrimento (DE FREITAS; FACAS, 2013).

A exploração do trabalhador traz em si um descaso histórico que desconsidera o pensamento, as ações, o sentimento, descaracterizando e alienando o indivíduo fazendo com que seu labor se torne uma tortura e restrito a sua sobrevivência física (SOUZA, 2010).

No trabalho há uma constante díade entre capacidade de invenção e humanização do ser, em contrapartida fonte de desarranjo psíquico e desestruturação física do corpo laboral. Capaz de libertar e ao mesmo tempo aprisionar nas amarras da mortificação, pode ocasionar perdas na potencialidade essencial do corpo e mente, um desajuste e uma necessidade habitando o mesmo espaço (SOUZA, 2010).

Ao se distinguir de outros animais pela realização do trabalho o homem constrói a sua existência e a reprodução da vida humana, sendo apoio basal da sua relação com os outros homens e de sua vivência em sociedade. Assim deve ser percebida a necessidade de se criar interpretações de como realizar o trabalho e um olhar efetivo sobre a subjetividade do trabalhador (ROBAINA et al, 2014; BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2009).

### 3.2 TECENDO A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE-DOENÇA

A relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores não é algo recente, sendo o trabalho um agente que pode ser apresentado tanto em uma dimensão benéfica como maléfica para o ser humano, como já foi referido. Através da dinâmica do trabalho podemos perceber que este interfere na saúde do sujeito de maneira positiva ou negativa contribuindo com seu bem estar mantendo o trabalhador saudável ou sendo um fator de perda de sua saúde física e mental. Este processo é capaz de influenciar de tal forma que modifica o modo como os sujeitos se apresentam em sociedade e processam suas relações (VASCONCELLOS et al, 2010).

A articulação entre o trabalho, a saúde e as doenças dos trabalhadores tem sido há séculos, objeto de observação e reflexão dos homens e historiadores, filósofos, escritores, médicos e cientistas sociais, que têm registrado suas observações - diversificadas segundo a lente utilizada para “olhar” o mundo (DIAS, 2000, p.115).

Como objeto da saúde do trabalhador, o processo saúde/doença em sua relação com o trabalho, passa a receber atenção prioritária no contexto geral do trabalho e sua organização (MENDES; DIAS, 1991).

Os agravos à saúde do trabalhador não se limitam ao espaço da produção e atingem todas as esferas da vida privada, pois o adoecimento representa um rompimento na vida cotidiana e modifica os projetos de vida e as relações sociais (PRAZERES; NAVARRO, 2011).

A organização social e sua diferenciação ao longo do tempo e nas diversas partes do planeta constroem o arcabouço da casuística que envolve adoecimento e morte dos trabalhadores, o desenrolar do seu processo saúde-doença e como são estruturadas e atendidas suas necessidades de saúde (DIAS, 2000).

A maneira como o trabalhador é inserido no ambiente de trabalho contribui decisivamente para seu adoecer e morrer (BRASIL, 2001).

Dejours (2003, p.22) afirma que:

O desenvolvimento desigual das forças produtivas, das ciências, das técnicas, das máquinas, do processo de trabalho, da organização e das condições de trabalho culmina numa situação muito heterogênea para que possa fazer uma análise global da relação saúde trabalho.

O trabalho não pode ser visto, no que diz respeito ao binômio saúde doença, necessariamente apenas como uma fonte de doença ou de infelicidade, pois como já dissemos, ele pode trazer em si saúde e prazer. Não há espaço para neutralidade no trabalho, assim ganhos ou perdas são explicitados com a manutenção da saúde ou seu comprometimento. Ao mesmo tempo em que o ato de trabalhar oprime, liberta; ele também é capaz de ter como resultado saúde ou doença, podendo se apresentar como fonte de prazer e de angústia (DEJOURS, 2015).

O trabalho nem sempre aparece, como uma fonte de doença ou de infelicidade; ao contrário, ele é às vezes operador de saúde e de prazer. (...) O trabalho nunca é neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença, seja a saúde.”(DEJOURS, 2015 p.13)

O trabalho extrapola a ação de trabalhar em si, trocar a força de trabalho por um salário, dá valor de capital à força de trabalho ao colocar preço a sua capacidade intelectual e física de executar uma tarefa. Ao trabalho também é dada a função de construir e constituir significados ao sujeito em sua interação e no sentir-se parte de um grupo (MARX, 2014; SANTOS-FILHO, 2009).

A ação de realizar o trabalho auxilia no processo de fundamentação do ser, em resposta aos estímulos externos que este passa a sofrer pela execução do trabalho e na relação com outros que estão submetidos ao mesmo trabalho, ele se transforma em alicerce e norteador de ações e implicações na vida do indivíduo e em sua subjetividade e delineamento de sua identidade e o reconhecimento a partir do 'olhar do outro' permite a reinvenção ou remodelamento do ser (MARX, 2014; SANTOS-FILHO, 2009).

Através do trabalho conseguimos ter relação com pessoas que não poderíamos imaginar conhecer e ter capacidades distintas de visualização do mundo. Assim o trabalho permite que os indivíduos se transformem em sujeitos de sua existência (LANCMAN; JARDIM, 2009).

O homem-trabalho constrói sua singularidade em espaços coletivos recolhendo de suas relações matéria-prima para se inventar. Essas relações permitem a constituição de identidade singular e grupal, através da vivência de interações e compartilhamentos objetivos e afetivos, que faz com que cada trabalhador seja único e vivencie o trabalho em ato, de forma distinta, o que constitui sua singularidade, em meio a diferenças (LANCMAN; JARDIM, 2009).

Pelo trabalho há uma interação de forças internas e externas do indivíduo que geram conflitos existenciais entre o mundo das idéias e o mundo real, onde regras e valores percebidos neste universo estarão em xeque com a singularidade do trabalhador, fazendo com que o confronto entre relações e organizações do trabalho *versus* mundo interno e subjetivo do trabalhador seja gerador de sofrimento psíquico (LANCMAN; JARDIM, 2009).

Assim esse constante ato de criar e recriar relações, construir e reconstruir e interagir com o humano interno e externo ao trabalhador faz do trabalho este poderoso ato central e indissolúvel da essência do homem e de sua convivência com outros homens

constrói seu crescimento e amadurecimento como sujeito de sua própria existência (LANCMAN; JARDIM, 2009; DEJOURS, 2011).

### 3.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR DO PASSADO AOS DIAS ATUAIS

Desde os primórdios das civilizações o homem busca o poder e o domínio sobre outros homens, o que fez com que lutas de interesses fossem travadas. O processo de trabalho e as condições de trabalho e de vida dos indivíduos foram sofrendo modificações e desdobramentos e com o desenvolvimento da sociedade a forma de compreender a relação entre trabalho e saúde também se transformou e assim chegamos aos dias de hoje com a concepção de saúde do trabalhador (PINTO, 2010).

Começamos esta retrospectiva sobre a saúde do trabalhador recordando o acontecimento de 1º de maio de 1886 quando operários de Chicago nos Estados Unidos realizaram uma reivindicação para lutar por melhores condições na realização de suas tarefas e redução da jornada de trabalho para oito horas diárias, porém neste episódio muitas dessas pessoas foram presas e mortas e por isso até os dias de hoje comemoramos neste dia o dia do trabalho, como forma de lembrar essa luta por melhores condições de trabalho e de vida no mundo do labor que até hoje é uma constante, pois apesar de inúmeras conquistas alcançadas há muito que fazer para melhorar as condições de trabalho (VASCONCELLOS et al, 2011).

No Brasil, apenas depois de 1888 quando se deu o fim da escravidão no país é que uma classe trabalhadora começa a surgir modificando e necessitando de reestruturação nas relações para a visualização do trabalhador. A herança de uma sociedade escravocrata precisava ser retirada do cotidiano e do modo de pensar e agir com os trabalhadores. Assim o Estado percebe a necessidade de regulamentar o novo modelo de atividade laboral exercida e criar subsídios jurídicos de forma a organizar e regularizar essas novas relações de trabalho que se encontravam em ascensão (PERGUER, 2001; TST, 2015).

Apesar dessa ruptura de modelo de trabalho, apenas em 1926, com uma emenda da Constituição Federal de 1891, é que foi descrito o primeiro registro sobre a organização do trabalho no Brasil, que estabelece que somente o congresso nacional pode legislar sobre o trabalho (BRASIL, 1926).

As relações de trabalho e saúde tiveram maior espaço de discussão no Brasil nos anos 1940 por começarem aparecer alterações na saúde dos indivíduos provocadas pelo

trabalho, culminando com a publicação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (PAZ, 2014)

Até mesmo o modo de se dirigir ao trabalhador e de caracterizá-lo foi-se modificando com o passar do tempo, sendo que na CLT de 1943 era utilizada a denominação de empregado quando se referia ao trabalhador:

Em seu artigo 3º considera-se empregado toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário, limitando o caráter institucionalizado das relações de trabalho, mas já se delineava uma paridade de direitos entre trabalhadores com o texto referindo não haver distinção entre o modo de emprego e tipo de trabalho sendo ele intelectual técnico ou manual (BRASIL, 1943 p.1).

Nesse contexto, com a conquista de alguns avanços nos direitos trabalhistas e a busca por parte dos operários e movimentos da sociedade em geral por mudanças na organização do trabalho, a Organização das Nações Unidas (ONU) através da Assembléia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, apresenta a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), documento que representa um marco na história dos direitos humanos, elaborado por representantes de diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo, que diz respeito à proteção universal dos direitos humanos.

Refere em seu artigo XXIII:

1. Todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego. 2. Todo ser humano, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho. 3. Todo ser humano que trabalha tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social (ONU, DUDH p.12)

O trabalhador ganha status de articulador de transformação social, reconhecido pela sociedade de acordo com a função que exerce nas suas relações interpessoais, familiares, ocupacionais e socioculturais, ganhando a denominação de uma pessoa que possui uma

experiência, através da realização do seu trabalho, esteja ele inserido no mercado formal ou informal (RIBEIRO, 2012; PAZ, 2014).

A Constituição Federal de 1967 trouxe outras mudanças como a legislação trabalhista para empregados temporários, a valorização do trabalho como condição da dignidade humana, a idade mínima para o trabalho do menor, em 12 anos, com proibição de trabalho noturno e garantia da licença maternidade. Muito se conseguiu inserir nas leis, mas de fato o trabalhador ainda estava muito desprotegido e acuado pela ditadura militar (TST, 2015; PAZ 2014; ATLAS, 2015).

A produção industrial com o milagre econômico estava em ascensão total, porém com isso o Brasil foi agraciado com o título de campeão mundial de acidentes e doenças provocadas pelo trabalho (TST, 2015; PAZ 2014; ATLAS, 2015).

Para tentar corrigir esse problema os empregadores ficaram obrigados pela lei 514 de 22 de dezembro de 1977 a dispor de um serviço de segurança e medicina do trabalho devendo orientar aos empregados formas de evitar acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais, bem como garantir ambientes de trabalho menos insalubres e prover medidas de prevenção e equipamentos de proteção individual, quando necessários para os trabalhadores (TST, 2015; PAZ 2014; ATLAS, 2015).

Além disso, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) aprovou 28 normas regulamentadoras relativas à segurança e medicina do trabalho, evidenciando que a forma como estava sendo realizado o trabalho na época trazia sofrimento e não era fonte de prazer e liberdade, pois a carga de trabalho conferida sucumbia a percepção de si mesmo na interação com os outros no ambiente laboral (TST, 2015; PAZ 2014; ATLAS, 2015).

Nesse contexto, a saúde do trabalhador surge trazendo uma crítica ao modelo trabalhista previdenciário, cuja identidade está fortemente vinculada aos campos técnicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, centrados na singularidade do indivíduo (MENDES, DIAS, 1991).

Esse novo campo procura compreender como e por que o trabalho interfere e interage com o processo saúde-doença do homem, como adoecem e morrem os trabalhadores. Busca a ampliação da concepção do indivíduo como sujeito das relações entre o seu corpo e sua atividade laboral, capaz de conceber seu papel e de se enxergar como agente desse processo, provocando uma leitura distinta de acordo com seus valores, crenças e idéias e suas representações sociais (MENDES, DIAS, 1991).

A saúde do trabalhador ao creditar ao trabalho fator de arranjo da vida social, o coloca em espaços distintos e divergentes ao mesmo tempo, se apresentando na relação de

dominação do trabalhador pelo capital, e em outro representando um ato de resistência, de construção e do fazer histórico, integrando os trabalhadores às suas dimensões individuais e coletivas que agregam modificações no ser biológico, social e também político e relaciona-se com o modo do realizar e entender o trabalho (DIAS, 1991).

De acordo com Muniz (2013) um longo processo social foi construído no campo da saúde do trabalhador no Brasil, inspirada no movimento operário italiano (MOI) originário principalmente nos anos 1960 e 1970 e emergiu pela luta ao direito à saúde no bojo da reforma sanitária brasileira.

O MOI foi um movimento de trabalhadores que reivindicava uma maior participação nas questões de saúde e segurança e tinham como foco garantir “a globalidade, a igualdade, a universalidade e a unicidade” (LIMA et al, 2009, p.121) conquistando mudanças na legislação que vão desde maior envolvimento das entidades sindicais na fiscalização dos ambientes de trabalho até progressos significativos nas condições e relações de trabalho desenhadas entre empregado e empregador (LIMA et al, 2009; MUNIZ, 2013).

Baseado em princípios de organização e ação, o movimento operário fundou uma desobediência aos cânones estabelecidos nas clássicas medicina do trabalho e saúde ocupacional, considerando que o trabalhador deve enxergar sua saúde como algo a ser defendido e que não se pode vender nem delegar a ninguém (FRIAS JUNIOR, 1999; VASCONCELLOS et al, 2010; MUNIZ, 2013 , MENDES, 1991; CAVALCANTE et al, 2008).

A medicina do trabalho tem uma visão limitada em relação às causas e relações de adoecimento do trabalhador, pois se prende em uma visão biologicista e micro relacional, centrada na figura do médico restringindo a análise da relação unicamente do adoecimento do trabalhador com o ambiente de trabalho (FRIAS JUNIOR, 1999; VASCONCELLOS et al, 2010; MUNIZ, 2013 , MENDES, 1991; CAVALCANTE et al, 2008).

A saúde ocupacional amplia um pouco o campo de atuação e traz em si conceitos de atenção multi e interdisciplinar, com ênfase na higiene industrial. Apesar de sua cerne evocar a teoria da multicausalidade, responsável pelo surgimento de doenças no trabalhador ainda não se visualiza o trabalhador como protagonista desse processo de conquista pela sua saúde (FRIAS JUNIOR, 1999; VASCONCELLOS et al, 2010; MUNIZ, 2013 , MENDES, 1991; CAVALCANTE et al, 2008)

A saúde do trabalhador se apresenta com uma releitura de atenção à saúde nos ambientes de trabalho embasada nas reflexões teóricas da determinação social da doença, definindo como objeto de seu interesse o processo saúde-doença do indivíduo. Um saber que

adentra o universo da relação intrínseca do trabalhador com o modo de realizar seu processo laboral e como esta pode interferir no adoecer e no morrer das pessoas. Atuando de forma articulada e ampliada com o universo do homem-trabalho, desvendando seus valores, suas crenças e idéias, seus ideais políticos, econômicos e sociais que constroem e dão forma a este ser social (MENDES, 1991; CAVALCANTE et al, 2008; SOUZA, et al, 2010).

A saúde do trabalhador é um campo do saber, através do qual podem ser compreendidas as relações que o trabalho estabelece com o processo saúde/doença do indivíduo (BRASIL, 2002).

Nesta acepção, considera-se que saúde e doença são processos dinâmicos, intrinsecamente envolvidos na evolução do modo de produção ao longo da história da humanidade. Sendo a forma como os trabalhadores, homens e mulheres se inserem nos espaços laborais como força de trabalho, determinantes para o processo de adoecer e morrer (BRASIL, 2002).

Esse processo social foi expresso na VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador ocorridas em 1986, contribuindo decisivamente para a construção e delineamento da saúde e do trabalho como direitos sociais garantidos constitucionalmente (BRASIL, 1988; VASCONCELLOS et al, 2011).

Porém, a saúde do trabalhador vista como política pública verdadeiramente com ações de proteção ao trabalhador e fortalecimento dos seus direitos apenas se consolidou com a Constituição Federal de 1988 com a redação do Capítulo V que abarca os artigos de 154 a 200 que versam sobre a segurança e medicina do trabalho apresentando ações de vigilância sanitária e epidemiológica e o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 1988).

Também dispõe, em seu art. 6º, que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição” (BRASIL, 2000, p.2).

A regulamentação do direito a saúde pelo trabalhador é estruturada e tem sua operacionalização através da Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990. Assim, no artigo 6º e parágrafo 3º da Lei 8080 são regulamentados os dispositivos constitucionais sobre a saúde do trabalhador, estabelecendo que o direito do trabalhador à saúde inclui a prevenção, o tratamento de doenças já instaladas e a reabilitação do trabalhador que já teve sua saúde afetada (BRASIL, 2002).

Ainda nesta lei a saúde do trabalhador é definida como sendo o resultado de múltiplas ações que se destinam à proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos

trabalhadores, submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, para que possam retornar ao trabalho e sua vida produtiva, através da atuação da vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL, 2002).

Os objetivos dessa proposta visam garantir a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, através do desenvolvimento de ações de vigilância sobre os riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho e sobre os agravos à saúde dos trabalhadores, e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integrada, no sistema único de saúde (SUS) (BRASIL, 2001).

Outros instrumentos legais foram agregados à Constituição Federal e à Lei Orgânica da Saúde para a proteção da saúde e segurança do trabalhador, como a Portaria/MS n.º 3.120/1998 e a Portaria/MS n.º 3.908/1998, versando, respectivamente, sobre delineamentos a cerca das ações para a vigilância em saúde do trabalhador e prestação de serviços nessa área. Cada esfera do governo federal, estadual e municipal, assume as responsabilidades, tendo um papel atribuído para o desenvolvimento dessa política (BRASIL, 2001).

Para que haja a garantia dos direitos de todo trabalhador é necessário a presença do estado como órgão capaz de criar e implementar políticas de defesa à saúde dessa classe norteada na transversalidade, envolvendo diversos setores da sociedade e o poder público, exigindo uma atuação interdisciplinar e multiprofissional capaz de abarcar em si a complexa relação entre produção-consumo-ambiente e saúde do trabalhador (BRASIL, 2004).

A saúde do trabalhador, conforme regulamenta política nacional de segurança e saúde do trabalhador é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares (BRASIL, 2012).

As relações entre trabalho e saúde são complexas e o reconhecimento das doenças relacionadas ao processo de trabalho é conseguido através do modo como o contexto político e social se delinea. Assim o entendimento do que é o ser trabalhador recebe novas denominações e junto a isso benefícios também devem ser incrementados e garantidos para realização do trabalho de forma digna. Assim em 2012 é lançada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador com ampliações e reformulações de leis e conceituações anteriormente apresentadas (BRASIL, 2012).

Segundo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de 2012 trabalhadores são:

Homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (BRASIL, 2012 p.12).

Esta política vem para fortalecer as outras legislações e reafirmar a transversalidade nas ações de saúde do trabalhador no SUS em todos os âmbitos de assistência. Ações que vão desde a atenção primária realizando investigações e nexos causais de doença que podem estar relacionadas ao trabalho, até na rede de urgência e emergência no atendimento aos acidentes de trabalho com a realização das notificações de forma adequada e rotineira (BRASIL, 2012).

Além disso, a atuação de outras instâncias do cuidado em saúde também se fazem necessárias, na atenção secundária e terciária no acompanhamento e monitoramento dos desdobramentos na saúde de indivíduos e da coletividade que podem estar relacionados ao seu trabalho e nas ações de promoção em saúde e prevenção de riscos e doenças ocupacionais (BRASIL, 2012).

A política se refere a importância e a indissociabilidade da vigilância em saúde do trabalhador da assistência ao trabalhador no dia a dia da rede SUS em todos os seus ambientes de cuidado, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção e compreender o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, fortalecendo a rede de assistência e vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha (BRASIL, 2012).

Assim a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem por finalidade determinar:

Os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012, p.3).

Além de ações diretas à saúde do trabalhador também estão incluídas na política o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos para que sejam capazes de avaliar em qualquer espaço de atenção as implicações do trabalho ao adoecimento do indivíduo, para que a mudança de perfil de assistência possa acontecer de forma efetiva e eficaz na proteção à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

Seguindo esse percurso de mudanças para a melhoria no contexto de saúde do trabalhador no Brasil foram instituídas, em 2011, as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS buscando um olhar ampliado na promoção da saúde e na melhoria das condições de trabalho do profissional de saúde do SUS, que passa não só pelo controle adequado dos processos de trabalho e tornando os ambientes laborais saudáveis, mas também pela construção da valorização do profissional com relações de trabalho mais justas e coerentes, com a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, com relações de trabalho mais sólidas e duradouras e presença de planos de carreiras, salários justos e compatíveis com a função realizada e com o número de profissionais adequados às necessidades dos serviços nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011c).

Essa política nasce com intuito de promover a saúde e a melhoria das condições de trabalho no SUS nos espaços de convivência e de produção de saúde, atuando na prevenção de agravos decorrentes da interação entre trabalhador e ambientes laborais, favorecendo ambientes de trabalho seguros e saudáveis em suas múltiplas dimensões, livres de assédios e de violências (BRASIL, 2011c).

Além disso, visa buscar o sentido perdido na relação entre esses indivíduos e o objeto de seu trabalho: a saúde das pessoas. Abre possibilidades de empoderamento dos trabalhadores e a reorganização do seu modo de trabalho, com ampliação de seus direitos e dos deveres do poder público na preservação da sua saúde, de forma a garantir o acesso às ações e aos serviços de atenção à saúde de forma integral (BRASIL, 2011c).

Em 2007, a OMS reuniu em um relatório mundial de saúde quem são e quantos são os trabalhadores de saúde. Somando um quantitativo estimado em torno de 59 milhões de

trabalhadores, sendo considerado por esse levantamento trabalhador de saúde todo indivíduo envolvido em ações com foco no restabelecimento da saúde da população. Esse significado advém do conceito de sistema de saúde compreendido como a realização de atividades cujo objetivo principal é a melhoria da saúde. (OMS, 2007)

Na realidade brasileira, pelos dados do documento publicado pelo IBGE em 2009 já haviam 3.078.518 trabalhadores da saúde, o que representa 4,3% da população ocupada no país (BRASIL, 2009).

Esse panorama só reitera a importância e magnitude da força de trabalho humana no setor saúde e demonstra que sem o cuidado à saúde desses trabalhadores, não se tem trabalho em saúde e qualidade na assistência as pessoas no seu processo de nascimento, adoecer e morrer (BRASIL, 2009; ASSUNÇÃO, 2012).

Pensando no trabalho como fonte de satisfação, visualizamos o oposto na atualidade com trabalhadores descontentes, desgastados e doentes pela realização de seu trabalho. Buscando reverter essa realidade é que se deu o desenvolvimento dessa política, pois essa cadeia de adoecimento funcional, também adocece e contamina a qualidade da assistência prestada por esses profissionais (ASSUNÇÃO, 2012).

A forma como o sistema de saúde visualiza a subjetividade dos trabalhadores e suas especificidades pode favorecer ao aumento das carências desses trabalhadores no exercício de suas tarefas. A garantia de melhores condições de trabalho, qualificação e valorização profissional são inerentes para a qualidade do cuidado e ao modo de fazer saúde, refletindo o bem estar do profissional que realiza o cuidado (ASSUNÇÃO, 2012).

A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, de forma individual e coletiva, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho e seus desdobramentos (BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, deve-se atuar de forma preventiva norteando as ações de proteção a saúde do trabalhador garantindo ambientes e processos de trabalho saudáveis, incorporando a sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos como integrador de políticas públicas, de desenvolvimento social e econômico além do entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais (BRASIL, 2012).

Assim a Política Nacional de Saúde do Trabalhador propõe que haja manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho e o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais (ALONSO, 2007; BRASIL, 2012).

Entretanto é recorrente nos noticiários do nosso país a denúncia de que trabalhadores são obrigados a trabalhar e permanecer em situações degradantes, com a realização de trabalho escravo, com precarização e até mesmo abusos de autoridades que deveriam defender os direitos civis e universais. Por isso é urgente a luta pelo cumprimento das leis e da proteção do trabalhador, reiterando a idéia do movimento operário italiano. A saúde do trabalhador, seja no setor público ou privado não se vende, não se delega, se defende (ALONSO, 2007; BRASIL, 2012).

#### 3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA, O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO

A atenção primária à saúde (APS) surge como modelo capaz de modificar o paradigma de saúde construído em torno da doença e centrado no modelo curativista e pela urgência em estabelecer a organização de uma política de saúde construtiva e que garanta a disponibilidade dos serviços de saúde para todos os cidadãos distribuídos de acordo com as necessidades da comunidade. A cada momento o binômio saúde-doença traz maior complexidade requerendo esforços combinados, não sendo mais o médico capaz de responder a todas as demandas de saúde da população. Em 1920, o documento do governo inglês chamado relatório Dawson buscou apresentar a situação de saúde britânica, que buscava focalizar suas ações na regionalização do país criando “centros de atenção primária à saúde”, esse relatório objetivava construir um novo modo de organizar a saúde inglesa, buscando a redução de gastos devido ao elevado custo, à baixa resolutividade da assistência a saúde centrada a figura do médico, opondo-se ao reducionismo biológico da atenção individualizada do modelo curativo flexneriano americano (MINISTRY OF HEALTH, 1920; RODRIGUES et al, 2014; MATTA; MOROSINI, 2015; DE MAESENEER, et al, 2008).

Delineando assim o início do que hoje chamamos de atenção primária à saúde, caracterizada pela distribuição dos serviços de saúde de acordo com as especificidades de

cada região e necessidades baseadas nas características populacionais. Esse modelo de atenção busca, além disso, ser mediador e proporcionar atenção à população de forma integral com articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e cuidados paliativos e ações curativas, a nível individual e coletivo. Tinha como princípio prestar atenção adequada, em tempo e locais apropriados e com excelência na qualidade dos serviços prestados (MINISTRY OF HEALTH, 1920; RODRIGUES et al, 2014; MATTA; MOROSINI, 2015; DE MAESENEER, J. et al, 2008; BRASIL, 2011b).

A atenção primária à saúde foi impulsionada e difundida em 1978 quando se deu a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela OMS com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em Alma-Ata na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), que deu origem a declaração de Alma-Ata, o pacto assinado entre 134 países, política internacional que ficou conhecida como “saúde para todos no ano 2000”, considerada um marco na história da construção da atenção primária em saúde. Nesse encontro, foi possível discutir a necessidade urgente de ação e de mudança na compreensão do que é saúde por dirigentes dos países, trabalhadores da saúde e população, visando a promoção da saúde dos povos do mundo (OPAS, 1978; SILVEIRA et al, 2015; BRASIL, 2010).

Neste sentido, os cuidados primários em saúde foram definidos como estratégia para o alcance da saúde para todos, sendo o primeiro nível de atenção e a porta de entrada dos sistemas de saúde e o início de um processo continuado de atenção, integrando o trabalho em equipe multidisciplinar, atendendo toda a população de uma dada região, garantindo a construção de um sistema de saúde eficaz (OPAS, 1978; SILVEIRA et al, 2015; BRASIL, 2010).

A conferência de Alma-Ata foi um divisor de águas nas concepções envolvendo a saúde como um bem que deve ser garantido pelos governos a todos os povos do mundo, determinando que até o ano 2000 deveriam existir condições para uma vida social e economicamente produtiva, definindo os cuidados primários de saúde como a chave para que medidas sanitárias e sociais adequadas, fundamentadas em tecnologias e métodos práticos cientificamente comprovados, fossem disponibilizados de forma universal à comunidade (OPAS, 1978; MATTA; MOROSINI, 2015, BRASIL, 2012).

Cada país de acordo com sua realidade econômica e social atuou nas problemáticas discutidas nesse encontro de acordo com suas leituras, formulando políticas, estratégias e planos nacionais de ação para tornar possível a implementação da atenção primária à saúde, introduzindo serviços de proteção, cura e reabilitação, educação em saúde,

distribuição de alimentos e medicamentos essenciais, provendo água potável e saneamento básico, cuidados a populações mais vulneráveis como crianças e ações de prevenção como imunização e controle de doenças loco – regionais endêmicas (OPAS, 1978; MATTA; MOROSINI, 2015, BRASIL, 2012).

Essas ações não deveriam ficar restritas ao setor saúde, pois influenciam e sofrem influência de vários setores como as esferas política, econômica e social. Em nível macro, interferem no desenvolvimento nacional e, igualmente atingem a realidade comunitária, em nível micro. Por isso, ações devem ser articuladas por sistemas associados de referência garantindo, também, direitos como educação, moradia e trabalho e necessitam da participação da comunidade para o planejamento, organização e implementação dessas medidas bem como sua manutenção (OPAS, 1978; RODRIGUES et al., 2014; MATTA; MOROSINI, 2015).

Isso leva à progressiva melhoria e abrangência do direito a saúde a todos, priorizando os que têm mais necessidade. Dando significado a saúde como um direito humano ao permitir vislumbrar investimentos públicos em políticas sociais e de saúde para prover o desenvolvimento das populações à margem da sociedade, ao invés de transferir montantes para subsidiar investimentos exorbitantes com armamentos e conflitos bélicos (OPAS, 1978; RODRIGUES et al., 2014; MATTA; MOROSINI, 2015).

Apesar desse discurso de necessidade urgente de cooperação e modificação do modelo de saúde vigente lançado pela conferência, nos países, a compreensão sobre atenção primária se deu de forma diferenciada em cada parte do mundo. Nos subdesenvolvidos foram lançados apenas pacotes de intervenções de baixo custo, pontuais e pouco resolutivos, para controle de determinados agravos sem adequada estruturação e qualificação de pessoal, sem estruturação e construção de redes de continuidade de assistência (OPAS, 1978; RODRIGUES et al., 2014, MATTA; MOROSINI, 2015).

Isso provocou a redução do conceito da APS como algo reformulador e transformador das condições sociais e de saúde da população mundial para práticas racionalizadas, restritas e ineficientes, em um aspecto focalizado com ações pobres voltadas para atender a população de baixa renda, o que contraria suas origens, buscando ser o eixo estruturante de um sistema, distanciando do seu caráter universalista e abrangente (OPAS, 1978; RODRIGUES et al., 2014, MATTA; MOROSINI, 2015).

Ainda que o eixo fundamental tenha sido distorcido e as metas não terem sido alcançadas de forma integral, a atenção primária à saúde serviu de marco constitucional que alavancou as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nas décadas 1980 e 1990.

O documento da OPAS para Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas (2009) apresenta a importância da Atenção Primária à Saúde e seus desdobramentos nos Sistemas de Saúde.

A Atenção (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde; este reconhecimento se fundamenta na evidência de seu impacto para a saúde e o desenvolvimento da população. Além disso, a experiência acumulada em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento demonstrou que a APS pode ser adaptada a diferentes contextos políticos, sociais e culturais. Por outro lado, as transformações demográficas, sociais e epidemiológicas ocorridas desde a realização da conferência de alma ata requerem uma profunda revisão da estratégia de APS para poder responder às necessidades em saúde e desenvolvimento da população mundial (OPAS, 2009 p.5).

No Brasil, a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) foi impulsionada a partir dos anos 1980. Constituída no bojo do movimento da reforma sanitária e na luta pela democratização do país nasceu com uma proposta de conquista do direito à saúde e na tentativa de alavancar a justiça social e a cidadania (VIDAL et al, 2014; SILVA et al, 2014; MATTA; MOROSINI, 2015).

Em 1988, foi publicada a nova Constituição brasileira baseada nos princípios da descentralização e a participação popular na estruturação da saúde. Trouxe em voga o reconhecimento de que a saúde e acesso aos cuidados de saúde são direitos humanos universais, sendo dever do estado a garantia desses direitos. (HARRIS; HAINES, 2010).

Nesse contexto, teve início um processo de reconstrução da concepção de saúde, que lançou os princípios fundamentais para o sistema único de saúde e trouxe uma mudança em todo o país, passando a serem focalizados de forma mais abrangente os recursos para os cuidados de saúde primários (HARRIS; HAINES, 2010).

Na década de 1990, a efetivação do sistema único de saúde (SUS) e o processo de concretização de seus ideais possibilitou a introdução da atenção primária à saúde (APS) como um dos pilares do cuidado à saúde no país, se configurando como importante campo na implementação das políticas de saúde instituídas pelo SUS. Sendo uma política estruturada como a porta de entrada do sistema, possibilita a realização de ações preventivas curativas e de reabilitação no âmbito individual e coletivo em áreas definidas para atuação dos serviços de saúde à população (VIDAL et al, 2014; SILVA et al, 2014; MATTA; MOROSINI, 2015).

Com o advento do SUS, seus princípios doutrinários e a estruturação da saúde através dos ideais constituídos na reforma sanitária, a Atenção Primária à Saúde ganha outra designação passando a ser chamada de Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, o que em princípio era defendido para a APS, mas que ao longo do tempo foi deturpado pelas agências internacionais e pelos governantes, o que fez com que no Brasil essa nomenclatura fosse modificada, em nível de política pública (PEREIRA, et al, 2014; VIDAL et al, 2014; SILVA et al, 2014; MATTA; MOROSINI, 2015).

A construção dos pilares do SUS, a regionalização e hierarquização das ações de saúde fez com que a APS fosse municipalizada como forma de garantir o atendimento a demandas loco – regionais e desenvolvida por meio de políticas públicas e de normas operacionais que garantiram a sua estruturação e deu embasamento e fundamentação para a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (PEREIRA et al, 2014; VIDAL et al, 2014; SILVA et al, 2014; MATTA; MOROSINI, 2015).

A APS, a partir da Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/96), ganha destaque na Política Nacional de Saúde com a solidificação do Programa de Saúde da Família, quando este passa a ser desenvolvido e considerado como estratégia sólida capaz de reorganizar o sistema de saúde. Essas mudanças fortaleceram a APS por se tornar o agente integrador e com possibilidade de garantir maior resolutividade e rearranjo na forma de fazer saúde no SUS (OLIVEIRA, 2009).

As primeiras iniciativas de alteração do modelo vigente na saúde e da reestruturação da atenção primária foram garantidas com a publicação na Lei Orgânica da Saúde e suas implicações com criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (MOROSINI, 2007; OLIVEIRA, 2009).

O PACS e posteriormente o PSF surgem com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização dos serviços de saúde em âmbito local, descentralizando e personalizando o cuidado para atender as necessidades das populações dos municípios. A institucionalização do PACS estava associada a busca pela melhoria dos índices de morbimortalidade infantil e de algumas epidemias na região nordeste do país, e posteriormente norte. O PSF, acompanhando os passos do PACS, teve sua estruturação prioritária em áreas com problemas sociais mais graves e com população com maior vulnerabilidade social e depois com a ampliação de ambos os programas para todas as regiões do país (MOROSINI, 2007).

A saúde da família é a estratégia para organização da atenção básica no SUS. Propõe a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Busca uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, à continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde (BRASIL, 2011a p.10).

Ao analisarmos a trajetória da Estratégia de Saúde da Família podemos destacar dois momentos. O primeiro com a formulação e implantação do programa de forma marginal e focalizada no sistema de saúde, trazendo consigo a idéia de uma cesta básica para atender aos pobres. E em um segundo momento, é visualizada como ferramenta de reestruturação e reorientação do modelo de saúde, e que traz consigo até os dias atuais a proposta de organizar e ampliar a APS no SUS (BRASIL, 2012).

O PACS e a ESF deram visibilidade e centralidade à família e comunidade para nortear e organizar o sistema de saúde, passando da atenção à saúde individual e micro, do contexto médico curativista centrado na doença, para um modelo macro que enxerga a realidade local onde estão inseridos e onde as pessoas se relacionam e vivem (MOROSINI, 2007; BRASIL, 2012).

No PACS o enfermeiro deve ter uma relação de acompanhamento e supervisão do trabalho do agente comunitário, podendo ter sob sua responsabilidade o número máximo de 30 agentes. Na ESF, a equipe de saúde é responsável por uma área geográfica delimitada e definida, podendo abranger entre 600 a 1.000 famílias, ou no máximo 4.000 habitantes (BRASIL, 2006a; MOROSINI, 2007).

A equipe mínima é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e o número suficiente de ACS para cobrir 100% da população cadastrada, com limite máximo de 12 ACS por equipe. Cada município tem autonomia para incorporar outros profissionais para a melhoria da atenção à saúde oferecida a população de acordo com as carências encontradas na realidade local (BRASIL, 2001, MOROSINI, 2007).

Harris e Haines (2010) afirmam que a ESF deve ser reconhecida, hoje, como uma real política de sucesso, advinda da criação do SUS, sistema no qual uma mudança expressiva

se traduz no foco dado a uma APS integral, gratuita, com financiamento público, um sistema de atenção muito próximo aos termos da declaração de Alma-Ata.

Os resultados de tal política são bastante visíveis nos últimos 20 anos, entre eles se destacando a queda da mortalidade infantil, de 48/1.000 para 17/1.000; a diminuição das internações hospitalares devidas a diabetes e acidente vascular cerebral, em 25%; a redução da proporção de crianças abaixo de cinco anos com baixo peso em 67%; o fato de que 75% das gestantes hoje dispõem de sete ou mais consultas de pré-natal; as cifras superiores a 95% na cobertura de vacina tríplice (DPT) em crianças menores de um ano na maioria dos municípios, entre outros aspectos favoráveis (HARRIS; HAINES, 2010).

Em 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde, fez uma releitura das propostas para a APS nas Américas, elaboradas na conferência de Alma-Ata, e elaborou um novo documento pois as experiências na Atenção Primária à Saúde se adaptam às diferenças contextuais políticas, sociais, culturais e econômicas e se mostram como alicerce estruturante e organizativo para o bom desenvolvimento do sistema de saúde de um país buscando eficiência e efetividade em suas ações para que sejam diminuídas as iniquidades em saúde (OMS, 2007)

A atenção primária à saúde no Brasil apresenta uma forma descentralizada e autônoma, garantindo maior capilaridade dos recursos e ações destinadas a atender a população, estando cada vez mais próxima da realidade das pessoas, indo até a sua residência para levantar a sua real necessidade, permitindo maior resolutividade das ações de saúde (BRASIL, 2012).

Além disso, vem se fortalecendo como o primeiro nível de atenção do sistema único de saúde (SUS), tendo o intuito de prover a manutenção da saúde, além de atuar no processo de adoecimento do indivíduo. Ela deve ser o contato de preferência dos usuários, a principal porta de entrada e contar com o trabalho e enfoque de equipes multiprofissionais, para facilitar o atendimento das especificidades de cada comunidade adstrita aos territórios, buscando organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade, atuando como agente integrador entre toda a rede de atenção à saúde, garantindo a condução de fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2012).

A atenção primária à saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012 p.19).

As unidades básicas de saúde devem estar próximas ao local de residência, trabalho e estudo, estando próximas de onde as pessoas vivem, e desta forma garantindo o acesso da população à atenção à saúde de qualidade. Construir unidades e equipá-las de recursos físicos, tecnológicos, material e humanos para atender a população, se apresenta como um desafio para o Brasil, que possui mais de 100 milhões de habitantes que devem estar cobertos por um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito e de qualidade. Uma verdadeira missão, para atender as demandas populacionais, regionais e desmembramentos entre política, economia e problemas sociais que se apresentam como entraves à expansão e ao desenvolvimento da APS no país (BRASIL, 2012).

Para que a APS se torne uma realidade como é referida nas legislações e pautada pelo SUS, é imprescindível a garantia e o respeito aos 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 evocados pelo SUS (BRASIL, 2012).

As unidades de atendimento da atenção primária têm a função de realizar o acolhimento e escuta ativa e trazer uma resposta resolutiva às demandas populacionais. Devem ser capazes de absorver a maioria dos problemas de saúde e dar uma resposta positiva, em vez de servir apenas de encaminhador ou recrutador de queixas e repasses para os demais níveis de atenção. A essência da APS está na proximidade e possibilidade da construção de vínculos e buscar compreender o indivíduo visualizando o todo onde está inserido. Além disso, a responsabilização de todos os profissionais da equipe é imprescindível para garantir a

continuidade do cuidado das famílias e indivíduos adscritos em seu território de atuação, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das redes de atenção a saúde (RAS) (MOROSINI, 2007; BRASIL, 2012).

A atuação de uma equipe multiprofissional nesse nível de atenção permite a desvinculação do processo de trabalho centrado em procedimentos, e sim voltado ao cuidado do usuário por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, articulando as diversas funções e formações profissionais em prol de ações compartilhadas. Mas, além disso, instigar a participação popular para uma reorientação do cuidado à saúde com maior domínio de todos dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde individuais e coletivos e sua maior atuação do controle social (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família visa a expansão, qualificação e consolidação desse modelo de atenção por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, e ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho das equipes que atuam na atenção primária tem início através da definição do território de atuação, divisão da população sob responsabilidade das unidades pelas equipes, realização do planejamento e implementação das atividades dos profissionais a partir das principais necessidades de saúde da população, utilizando critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência para priorização das ações (BRASIL, 2012).

O ato de trabalhar na APS se apresenta de forma plural nas ações a serem desenvolvidas e exige relações de proximidade e troca entre comunidade e outros profissionais, exigindo do profissional um aparato emocional além do conhecimento teórico.

Quem atua na APS deve realizar uma escuta ativa qualificada, buscando acolher todas as demandas da população realizando atenção integral, contínua e organizada, trabalhando com a classificação de risco, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências. Deve também trabalhar com grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2012).

Além disso, ir até a casa das pessoas buscando conhecer carências sociais, econômicas e situacionais diretamente ligadas a sua condição de saúde e vida permite traçar o perfil da população. Através disso, devolver a comunidade, de acordo com as demandas

visualizadas, ações de promoção e prevenção que possam interferir no processo de saúde-doença e na qualidade de vida desses usuários. Tudo isso permeia o trabalho na APS e se coloca como um desafio no desenvolvimento do processo de trabalho do profissional envolvido (BRASIL, 2012).

Os profissionais também devem participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho atendendo às demandas de acordo com a realidade, dificuldades e possibilidades visualizadas (BRASIL, 2012).

O trabalho na unidade de Atenção Primária à Saúde deve buscar parcerias e desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio sociais voltadas para o desenvolvimento de uma atenção integral da população e buscar melhorar todo o contexto que influencia e é influenciado pelas suas condições de saúde e de vida (BRASIL, 2012).

Os membros das equipes tem atribuições distintas e comuns para manter a área de atuação atualizada com mapeamento e cadastramento dos indivíduos e realizar o acompanhamento de forma sistemática da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2012; OPAS, 2007).

Além disso, eles realizam ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local. Eles trabalham para a garantia da atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, além da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.

Outras ações que os profissionais da ESF realizam são a busca ativa e notificação de doenças e outros agravos de notificação compulsória, realização de reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações do trabalho da equipe, bem como a realização do acompanhamento e avaliação contínua e sistemática das ações implementadas. Essas ações visam à readequação do processo de trabalho para atender as necessidades da comunidade, além de promoverem a mobilização e a participação da comunidade (BRASIL, 2012; OPAS, 2007).

Novos desafios são postos aos trabalhadores da ESF no desenvolvimento de suas práticas em comunidade e na necessidade de articulação do trabalho interprofissional. A cada dia há o incremento de novas forças de trabalho e da ampliação das já existentes, onde os trabalhadores além de suas atividades traçam um processo de luta pelo seu espaço social no ambiente de trabalho

Desde 1994 o PACS e o PSF são grandes empregadores da força de trabalho na área da saúde. Nos grandes centros urbanos sua implantação enfrenta um desafio adicional às usuais dificuldades de contratação e perfil de atuação, em função da complexidade da dinâmica da vida nas comunidades e bairros, com seus diversos agenciamentos econômicos e políticos (BRASIL, 2012).

Neste contexto a força de trabalho de maior expressão numérica na saúde da família são os agentes comunitários de saúde. Atualmente são mais de 265.198 mil em todo o Brasil, cobrindo 66,37% da população desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015a).

A institucionalização dos agentes de saúde tem início na década de 1970, em diversas regiões do país, por meio da incorporação ao sistema de saúde de trabalhadores voluntários ou de praticantes leigos interessados em contribuir com ações sociais para ajudar a população, principalmente as camadas mais pobres, que não contribuía para a previdência social e que, portanto, não tinham acesso aos serviços públicos de saúde. Alguns voluntários eram militantes políticos e/ou lideranças locais vinculadas a instituições religiosas que prestavam atendimento na área da saúde, tais como a pastoral da criança e as dioceses. (CHINELLI, LACERDA E VIEIRA, 2011, p. 66).

A origem do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) está ligada a visualização da necessidade de integrar os saberes advindos no trabalho dentro das comunidades para o cuidado em saúde. O ACS realiza o papel de mediador social, sendo considerado um elo entre os objetivos das políticas sociais do estado e o conhecimento científico sobre saúde e o saber popular e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade. Assim, o ACS antes apenas morador da comunidade, passa a ser detentor do processo de cuidar, sendo co-responsável pela saúde de seu território (MOROSINI, 2007 BRASIL, 2014).

O agente comunitário de saúde no seu processo de trabalho precisa conhecer e cadastrar todas as pessoas da sua micro área, mantendo sempre os dados atualizados de todas as famílias sobre sua responsabilidade. Sua função é ser um agente multiplicador do trabalho de todos os membros da equipe, levando informação dos serviços oferecidos pela unidade de saúde a cada família, acompanhar por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos da sua micro área (BRASIL, 2011a).

As visitas devem ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês. Deve desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, considerando as características e as finalidades do acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade, deve desenvolver com a equipe atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, realizando visitas nas residências e promovendo ações educativas individuais e coletivas na comunidade (BRASIL, 2011b).

Os ACS devem estar em número capaz de cobrir toda população cadastrada na unidade, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de saúde da família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe, em uma jornada de 40 horas semanais. Eles, por estarem inseridos diretamente na comunidade tem papel fundamental na integração entre a comunidade e a unidade de saúde e suas atividades e serviços prestados. São agentes de mudança e de construção da vida da população para dentro das unidades e auxiliam no fortalecimento do Sistema Único de Saúde e no controle social da saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012b).

O perfil profissional do ACS demonstra que apesar de estar na base da hierarquia da divisão do trabalho em saúde na ESF, seu trabalho é complexo e multifacetado, exigindo preparo e comprometimento desse profissional. Sua atuação perpassa a interface da assistência social, educação em saúde, meio ambiente, desenvolvendo prática de promoção à saúde, privilegiando o acesso da população, promoção e proteção social, desenvolvimento da cidadania. Sua atuação requer a visualização de múltiplos aspectos das condições de vida e saúde da população. Esse trabalhador em seu processo de trabalho lida com questões intersetoriais que extrapolam o campo da saúde, porém refletem na promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas (FONSECA, 2007; BRASIL, 2009).

Em seu trabalho, o ACS, por ser membro da própria comunidade em que trabalha e no cotidiano de seu trabalho estar dentro da casa das pessoas, na medida em que constrói vínculos com a população, possibilita a construção de laços solidários, de confiança e cumplicidade, que vão contribuir para emancipação ou o empoderamento da população favorecendo novos saberes e troca de conhecimentos tornando possível novas formas de cuidar da saúde populacional e ampliar a qualidade de vida (FONSECA, 2007; BRASIL, 2009).

Em 2006, foi promulgada a Lei n. 11.350, de 05 de outubro de 2006, que estabelece as atividades dos ACS e os requisitos para o exercício do seu trabalho. O agente comunitário deve residir na área da comunidade em que atua, deve ter como escolaridade mínima o ensino fundamental e deve ter curso introdutório de qualificação e formação inicial (BRASIL, 2006 P.2; BRASIL, 2014).

Além disso, esta lei também visa a desprecarização do trabalho desse profissional, pois, regulamenta que a contratação do ACS deverá ser realizada através de “processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.” (BRASIL, 2006 p.2; BRASIL, 2014)

Os ACS utilizam tecnologias leves para o cuidado, mediando saberes e práticas para o desenvolvimento de atividades educativas individuais e coletivas. Para isso requerem o domínio de um conjunto de conhecimentos teóricos. Essas dimensões do trabalho do ACS não podem ser limitadas a funções mecânicas e burocráticas como o preenchimento de fichas de cadastro, marcação de consultas, atingir metas em relação a número de visitas. O foco de sua atenção deve ser o contato e inclusão dos moradores das comunidades aos serviços de saúde com suas especificidades e possibilidades visando a redução da morbidade e mortalidade em um ambiente de construção de um conceito ampliado da saúde (MOROSINI, 2007).

A ação do ACS beneficia a chegada das ações dos serviços de saúde ao interior das comunidades. Por viver no mesmo local em que trabalha, garante um vínculo mais estreito com a população e com os problemas que ela enfrenta. Trabalhando como agente de mudança nas condições de saúde da população, visualizando e vivendo de perto os problemas que são entraves à conquista da qualidade de vida das famílias acompanhadas, como ausência de serviços públicos como tratamento de água e esgoto, coleta de lixo, condições precárias de moradia, problemas e conflitos sociais, situações de violência física, exploração e abuso sexual, abandono de incapazes, abuso de drogas lícitas e ilícitas, notificação de acidentes de trabalho e outras doenças, além de auxílio no controle de vetores (BRASIL, 2009c)

### 3.5 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO E FATORES ASSOCIADOS

A longevidade, com certeza, representa um grande êxito, uma honraria alcançada cada vez por mais pessoas. O envelhecimento, que anteriormente era visto como algo difícil de alcançar, atualmente faz parte da realidade da maioria das sociedades. O planeta está envelhecendo. Essa afirmativa se justifica pelos números e estimativas que apresentam que no ano de 2050, cerca de dois bilhões de pessoas, terão mais de sessenta anos no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento como no Brasil (BRASIL, 2007).

O envelhecimento faz parte do relógio biológico de todos os seres vivos, sejam eles humanos ou não, e provoca diversas mudanças no organismo que devem ser encaradas como um processo natural. Contudo o decréscimo das funções fisiológicas e a resistência desse organismo devido à idade avançada causam transtornos que podem ser amenizados com a promoção à saúde desde a infância, transcorrendo pela idade adulta, para que não cause tanto impacto quando a senilidade chegar (SANTOS et al, 2014 p.2).

O envelhecimento da população mundial é consequência de anos de modificações no modo de viver e na melhoria das condições de vida da população conquistando avanços em indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade através de ações de planejamento familiar e distribuição de métodos contraceptivos de forma gratuita, bem como pela redução da mortalidade (BRASIL, 2007).

Soma-se a isso a modificação no perfil de adoecimento populacional, deixando de ser dominado por doenças infecciosas e parasitárias, aumentando a participação das doenças crônicas no processo de adoecer da sociedade, reduzindo a mortalidade e incrementado a morbidade, ocasionando o aumento da esperança de vida. Porém, a forma como o ser humano percebe e recebe as transformações do entorno é muito individual e dependerá de fatores econômicos e sociais de acordo com o local que reside e como está inserido na sociedade (BRASIL 2007; BARRETO; CARMO, 2007).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2003, p.20).

A inserção de hábitos de vida saudáveis e atividades laborais menos desgastantes respeitando a capacidade de trabalho de cada indivíduo é capaz de minimizar o adoecimento dos idosos e a dependência ocasionada por anos de desgaste físico e mental no trabalho (WHO, 2005; BRASIL, 2007).

O envelhecimento deve ser visto como algo natural e esperado para o desenvolvimento do ser humano. Afinal nosso ciclo de vida é composto por nascer, crescer nos reproduzir, envelhecer e morrer. Se tornar senil nos transforma em seres com redução da funcionalidade do nosso corpo e mente ocasionada pelo desgaste e uso, que muitas vezes é realizado de forma indiscriminada e de forma dispendiosa, ocasionando ao longo dos anos o corpo cansado que responde gerando distúrbios, doenças, acidentes e estresse emocional, podendo ocasionar uma condição patológica que requeira assistência frequente e continua para que prossiga funcionando (CIOSAK et al, 2011).

O Brasil já foi considerado um país de população jovem. A expectativa de vida no Brasil tem tido um aumento significativo nos últimos anos e com isso está ocorrendo a modificação da pirâmide etária brasileira que conseqüentemente traz mudanças na forma de entender o envelhecimento no país, pois o aumento da longevidade e do número de idosos era uma realidade apenas de países desenvolvidos (IBGE, 2013; PNUD, 2014).

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2ª edição realizada no ano de 2013, a população residente com 60 anos ou mais compreendia cerca de 26.279 milhões de idosos. O país vivencia o processo de transição demográfica, com o aumento da longevidade houve um crescimento significativo da camada da população na faixa etária acima de 60 anos, provocando assim, o envelhecimento gradual da população em idade produtiva e também da força de trabalho. Essa é uma realidade enfrentada por diversos países pela mudança nas características demográficas atuais com a frequente diminuição nas taxas de natalidade, mortalidade infantil e das doenças infecciosas e o aumento da expectativa de vida, resultado de uma maior oferta da qualidade de vida, do número de pessoas idosas e da população em idade produtiva (BRASIL, 2007; JUNIOR, 2009; IBGE, 2013).

Segundo a OMS no início da década de 2010, a população idosa no Brasil já somava aproximadamente 21 milhões de habitantes e a perspectiva é que em 2025 o Brasil deverá possuir a sexta maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas acima de 60 anos. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (PNUD, 2014; BIRD, 2011).

Na Europa, espera-se que a população acima de 65 anos cresça de 19,2% para 36,3% até 2050. A velocidade do envelhecimento populacional brasileiro será ainda maior, tendo em vista que a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade tem contribuído para o aumento de pessoas idosas e em idade produtiva. A expectativa de vida dos brasileiros passou de 67 para 73,1 anos entre 1991 e 2010, devendo chegar a 74,8 anos em 2015, o que ocasionará um aumento de pessoas maiores de 60 anos na população economicamente ativa (PEA). Em 1977, os idosos correspondiam a 4,9% da PEA; em 1988, a 9%, e as expectativas são de que, em 2020, pelo menos 13% da população economicamente ativa esteja na terceira idade. Isso tem impacto nos recursos econômicos para pagamentos de pensões e aposentadorias, mas principalmente nos gastos em saúde, que representarão um dos maiores desafios fiscais para o país (SAMPAIO et al, 2012; BIRD, 2011).

Quando analisamos os indicadores sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE percebe-se uma redução na razão de dependência de jovens, passando de 43,0, em 2004, para 34,4, em 2013, que significa a diminuição do número de jovens e o incremento do grupo de idosos, que teve aumento, de 15,3 para 20,2, ou seja, em 2013, havia um idoso com idade a partir de 60 para 5 pessoas com idade entre 15 e 59 anos. As mudanças neste indicador estão relacionadas à mudança do perfil populacional com a diminuição de filhos por casal e a aumento da longevidade da população (IBGE, 2014).

O envelhecimento pode ser visto como resultado de uma maior oferta da qualidade de vida elevando o número de pessoas idosas e da população em idade produtiva (BRASIL, 2007; IBGE, 2010; BIRD, 2011).

Souza et al (2010) acredita que o processo de envelhecimento vai muito além da velhice propriamente dita, esta relacionado a forma como o indivíduo se relaciona com o mundo externo e como se deu o seu processo de envelhecer que tem uma relação estreita com o estilo de vida de cada um. O envelhecimento nesse contexto traz consigo significados que ditaram atitudes, ações e a forma de traduzir valores e crenças sobre sua vida e modo de existir.

O trabalho tem influenciado a percepção do homem em relação ao tempo, ou seja, quanto mais se trabalha, menos há tempo livre para cuidar de si. Exercitar a percepção da passagem de tempo entre a juventude e a velhice, perdas e ganhos, seria fundamental para que o indivíduo compreenda as transformações e limitações decorridas no seu processo de envelhecer (WHO, 2005).

Com essa trajetória apresentada pelas estatísticas temos que repensar o modo como a sociedade vive hoje e como viverá em um futuro próximo que deve ser planejado através de reformas estruturais e planejamento dos custos e renda destinada a diversos setores como a previdência social, custos com saúde, cuidado e integração social dos idosos (IBGE, 2014).

Uma vez que a expectativa de vida está aumentando e que a entrada no mercado de trabalho está começando um pouco mais tarde, a vida profissional está durando mais tempo, alargando o tempo no qual o trabalhador exerce suas atividades e adentrando a terceira idade. Assim, torna-se imprescindível conhecer a capacidade de trabalho (HILLESHEIN; LAUTERT, 2012; TUOMI, et al 2005).

O trabalhador para realizar seu trabalho de uma forma saudável e produtiva deve possuir uma capacidade para o trabalho que seja adequada as suas funções, revelando bem-estar na realização do mesmo. Nesse sentido, é que Tuomi, et al (2005) criou um índice para calcular a capacidade de trabalho que faz referência a diversas dimensões do ser trabalhador que influenciam a saúde, qualidade de vida, lazer, relações sociais e a própria atividade e ambiente no qual se realiza o trabalho (HILLESHEIN; LAUTERT, 2012; TUOMI, et al 2005).

A idade mais avançada, atrelada a precárias condições de trabalho e baixa qualidade de vida, longas ou duplas jornadas de trabalho, estresse dentro e fora do ambiente de trabalho nas relações interpessoais, sofrendo muitas vezes com o trânsito e o transporte público que dificultam o deslocamento até o trabalho, tudo isto reflete no processo saúde-doença (HILLESHEIN; LAUTERT, 2012; TUOMI, et al 2005).

Assim, começou no fim da década de 1980 um movimento para entendimento da capacidade de trabalho do indivíduo para buscar soluções para antever as perdas funcionais e adoecimentos nas pessoas provocadas por ambientes de trabalhos desgastantes e desencadeadores de adoecimento (TUOMI, et al, 2005).

Busca-se assim investigar onde o problema está instalado, ouvir os trabalhadores e relacionar todos os condicionantes que geram saúde e doença no ambiente de trabalho e na

vida do trabalhador para promover maior tempo de vida laboral produtiva de fato e com qualidade para o ser trabalhador.

A capacidade para o trabalho é o alicerce que representa o bem estar dos indivíduos influenciado pela relação que desenvolvem com o trabalho que realizam. Porém ela não é algo constante. Ela é afetada por diversos fatores e eles recebem e sofrem influência entre si, melhoram ou prejudicam a capacidade para o trabalho (TUOMI, et al, 2005).

Nossa atividade de vida diária como estilo de vida e o ambiente no qual realizamos trabalho podem influenciar e serem influenciados pela nossa forma de agir e realizar trabalho. Não é uma medida fácil de grandeza direta por ser multifatorial e também multidimensional. Sua avaliação é dada através da análise de dados de diferentes fontes (TUOMI, et al, 2005).

O conceito de capacidade para o trabalho enfatiza que ela é uma condição resultante da combinação entre recursos humanos em relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, gerenciamento, cultura organizacional, comunidade e ambiente de trabalho. Segundo Tuomi et al (2005, p.9) a capacidade para o trabalho representa “quão bem está, ou estará, um (a) trabalhador (a) presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela pode executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais” .

A capacidade para o trabalho é medida através da avaliação da resposta de diversas questões que vão delinear um índice de capacidade para o trabalho, um instrumento utilizado para apresentar quão bem um trabalhador está no momento da pesquisa para realizar seu trabalho e pode ser utilizado para traçar um diagnóstico de como está a situação de saúde do trabalhador e as condições de seu local de trabalho. (TUOMI, et al., 2005; SILVA JUNIOR et al., 2011).

O Índice de Capacidade para o Trabalho o (ICT) foi desenvolvido em 1991 pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia pelos pesquisadores Kaija Tuomi E Juhani Ilmarinem, Antti Jakkola Lea Katajamarinne e Arto Tulkki, embasados pelas pesquisas realizadas entre 1981 e 1992 na Finlândia com intuito de avaliar a capacidade de trabalho dos trabalhadores municipais (TUOMI, et al, 2005).

Este índice retrata a avaliação do próprio trabalhador sobre como visualiza sua capacidade para o trabalho. Esses estudos feitos na Finlândia e posteriormente validados no Brasil mostram que essas avaliações feitas pelo trabalhador de sua própria condição de saúde legitimam resultados apresentados em exames clínicos (TUOMI, et al, 2005).

O ICT possibilita analisar o quão bem um trabalhador é capaz de realizar suas atividades e avaliar a capacidade para o trabalho através de uma série de questões que envolvem o universo laboral como exigências físicas e mentais de trabalho, o estado de saúde e recursos do trabalhador. Este índice é conseguido através do cálculo das respostas de acordo com um valor já pré-determinado e pode variar entre 7 a 49 que se situa entre baixa e ótima capacidade para o trabalho respectivamente (TUOMI, et al, 2005).

O intuito deste questionário é antecipar alterações que possam ocorrer na saúde deste trabalhador e identificar trabalhadores e ambientes de trabalho que necessitem de medidas de apoio para tentar prever risco de incapacidade em um futuro próximo e buscar melhorias na saúde deste trabalhador e no ambiente de trabalho ao qual está inserido (TUOMI, et al, 2005).

O questionário do ICT é composto por sete itens, sendo que os escores são obtidos através de uma determinada pontuação das questões, totalizando dez questões. Este índice tem o intuito de apoiar o trabalhador na proteção a sua saúde e prevenção de seu adoecimento e pode ser usado desde a entrada do trabalhador em sua atividade laboral, no momento da realização de seu exame médico admissional, auxiliando nas medidas para a manutenção de sua capacidade para o trabalho, como no acompanhamento deste trabalhador de forma periódica e efetiva para prevenir uma redução prematura em sua capacidade para o trabalho e auxiliar na construção e manutenção de ambientes de trabalho mais saudáveis (TUOMI, et al, 2005).

O que gera motivação para ampliar o uso do questionário que avalia o ICT durante a vida laboral dos trabalhadores é o desejo de buscar a melhoria da capacidade para o trabalho, envelhecimento funcional ativo e saudável. A redução da capacidade para o trabalho é observada já na meia-idade de homens e mulheres. Assim para se ter um maior aproveitamento desse trabalhador e a melhoria da sua qualidade de vida deve-se investir na manutenção capacidade para o trabalho e na capacidade funcional podendo ser percebidos resultados ao longo dos anos com o aumento da longevidade e qualidade de vida (WHO, 2005).

Aprimorar a forma como é vista a capacidade para o trabalho faz com que os ganhos e melhorias conseguidos ao longo de vida laboral do trabalhador permaneçam quando eles se aposentam e estão na terceira idade mais saudáveis e produtivos (WHO, 2005).

Como já dissemos, a pirâmide brasileira tem se alterado ao longo das últimas décadas, fato este que apresenta o crescimento do número de pessoas idosas nos próximos 30 anos, resultando no acréscimo de idosos debilitados, apesar de avanços na prevenção de

doenças e melhores técnicas de tratamento. Além dessa mudança outro paradigma a ser destacado nesse contexto é a modificação das famílias nas últimas décadas com inserção da mulher no mercado de trabalho, mudanças nos valores sociais e familiares continuarão afetando a disponibilidade de ajuda familiar para os idosos (WHO, 2005; BRASIL, 2010).

Essa alteração reafirma a necessidade de investir na melhoria da capacidade para o trabalho, pois está intrinsecamente ligada a uma vida mais ativa e independente do idoso por até 10 ou 20 anos após sua aposentadoria. Aprimorando a qualidade de vida dessa fase o indivíduo se beneficia, bem como toda a sociedade mantendo-o participativo nas relações sociais e diminuindo os custos para manter sua saúde (WHO, 2005; BRASIL, 2010).

A implantação de programas de manutenção da capacidade para trabalho pode favorecer a melhor compreensão de quais fatores presentes nos ambientes de trabalho e como esses fatores podem provocar o envelhecimento funcional precoce, fazendo com que se percam anos de vida produtiva gerado pelo adoecimento no trabalho (ANDRADE, 2007).

A interação entre envelhecimento e trabalho merece ser constantemente estudada e esta relação já vem ganhando destaque na academia por já estar sendo observado através de estudos que o trabalho está provocando alterações no funcionamento de diversos sistemas do corpo humano, o que pode gerar ao longo do tempo a redução gradativa da funcionalidade destes sistemas ou órgãos da máquina humana (MOURA et al, 2013).

Pode-se observar que o trabalho está gerando um envelhecimento precoce por consumir o corpo que exerce atividade laboral desgastante, antecipando estágios do ciclo de vida do homem, ultrapassando os limites de atividades capazes de serem realizadas por constantes cobranças de produção e cumprimento de prazos e através do máximo de exploração do trabalhador. (MOURA et al, 2013).

Segundo Moura (2013) é importante ressaltar que os trabalhadores são submetidos a diversas pressões e esforços que vão desde a utilização da força física com levantamento e transporte de peso, realização de atividades repetitivas que comprometem a saúde do trabalhador. Ao sobrecarregar continuamente o sistema corporal dão origem a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, postura com ausência de medidas de controle de ergonomia, com atividades laborais em posturas inadequadas, inclinação simultânea, ocasionando o uso irracional do corpo com sobrecarga postural e alterações no sistema músculo esquelético. Além das exigências mentais que são provocadas ou pela cobrança de prazos e produtividade do trabalhador ou pela necessidade de tomada de decisão para a resolução de conflitos a todo o momento.

Todas essas atividades desgastam o corpo e envelhecem o trabalhador, demandando a inserção de medidas de promoção à saúde, e de estudo dos ambientes laborais e suas implicações na máquina humana, considerando a possibilidade de perda da capacidade para o trabalho e anos de vida saudável desses trabalhadores (JÚNIOR, 2009; BRASIL, 2007).

Segundo o modelo estudado apresentado pelos finlandeses que deu origem ao Índice da Capacidade para o Trabalho - o ICT, o desgaste do trabalhador, como dito antes, está relacionado as cargas físicas e mentais ao qual está exposto na realização de sua atividade laboral e tem caráter individual de acordo com a forma que esse trabalhador processa intimamente no seu corpo, o modo de vivenciar a situação e sua possibilidade de enfrentamento desta realidade condicionando diferentes respostas ao estresse e pressões do trabalho que podem gerar respostas insatisfatórias tanto na parte fisiológica do indivíduo quanto em alterações psicológicas e comportamentais, que podem ser prejudiciais a sua saúde e reduzir sua capacidade para o trabalho (MARTINEZ, 2009a).

No Brasil, o estudo sobre a capacidade de trabalho teve início nos anos 1990 após a tradução e adaptação da escala para a realidade do país. Com a modificação no perfil da força de trabalho no país e ampliação dos anos de vida profissional condicionaram a necessidade de desenvolver estudos para antever problemas ocupacionais e analisar o envelhecimento funcional (SILVA JUNIOR et al, 2011; MARTINEZ, 2010) .

Ao longo da pesquisa, entre julho de 2014 e janeiro de 2016, nas bases de dados Lilacs, Scielo, Medline, BVS foi encontrado apenas um estudo abordando o ICT em profissionais na atenção primária à saúde na Argentina (2010), e um estudo com agentes comunitários de saúde de 8 equipes do município de Uberaba –MG (2014) (PERALTA, 2010; PAULA et al, 2014).

Contudo foram encontradas pesquisas relevantes e que apontam a confiabilidade e validade da aplicação do ICT em trabalhadores brasileiros (SILVA JUNIOR et al, 2011; PROCHNOW et al, 2013; VASCONCELOS et al, 2011).

Uma pesquisa realizada com 272 trabalhadores de enfermagem atuantes em um hospital de urgência e emergência, localizado no estado do Acre encontrou uma média de 38,1 pontos no escore do ICT, com variação entre 25 a 49 pontos, obtendo o resultado de capacidade inadequada para trabalho em 40,8% dos trabalhadores (VASCONCELOS et al, 2011).

Já em estudo feito com 93 enfermeiros do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no Rio Grande do Sul. 79,5% obtiveram escores entre capacidade para o trabalho boa a ótima,

nenhum entrevistado apresentou capacidade baixa, devendo ser o enfoque na manutenção da capacidade para o trabalho destes trabalhadores e prevenção de agravos à saúde dessa população, que nessa amostra por apresentarem idade média de 41,7 anos ainda precisam trabalhar por tempo médio de 18,3 anos até sua aposentadoria (HILLESHEIN et al, 2011)

Em estudo realizado com 100 trabalhadores com idade média de 34,8 anos, com predominância de mulheres na pesquisa, cerca de 66%, realizam suas atividades laborais no turno noturno de uma indústria de produção de materiais escolares e para escritório no interior do estado de São Paulo. A capacidade de trabalho encontrada obteve uma média de valor de 40,27. O escore do ICT encontrado apresentou uma distribuição entre baixa, 3%, a ótima, 30%. Tendo maior predominância em 52% dos entrevistados escore bom no Índice de Capacidade para o Trabalho, além de prognóstico sobre ser capaz de realizar sua atividade nos próximos 2 anos de 6,1 em média, muito próximo a caracterização de ser bastante provável ser capaz de fazer seu trabalho atual daqui a 2 anos (DA COSTA et al, 2012).

Beltrame et al (2014) em estudo realizado com 157 trabalhadores, com predominância da população feminina (87,9%), do serviço de higiene e limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul mostrou que a variação do ICT foi entre 20 a 49 pontos, apresentando média 40,7 na pontuação dos trabalhadores, 79,6 % se encontravam entre boa e ótima capacidade para o trabalho.

Já em mais um estudo realizado com a equipe enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), foram entrevistados 498 trabalhadores do hospital universitário de Santa Maria encontrando no escore do ICT (79%) dos trabalhadores com boa a moderada capacidade para o trabalho, com predominância de boa capacidade em 206 trabalhadores (PROCHNOW et al, 2013).

Moura (2013) acrescenta que priorizar a capacidade de trabalho faz-se necessário em todas as fases ativas do trabalhador, para que esse trabalhador possa realizar essa atividade de trabalho por muitos anos. A realização de trabalho com grande intensidade, com o passar do tempo vai provocando desgaste físico e mental reduzindo a possibilidade de trabalho e produtividade do trabalhador.

Ressalta-se ainda que se deva estar atento à qualidade de vida proporcionada e relacionada à atividade laboral durante a fase em que o indivíduo está inserido no trabalho, pois o desgaste de hoje estará intrinsecamente ligado a forma que se dará o processo de envelhecimento desse sujeito. Para isso é importante investir em medidas que tornem os ambientes menos insalubres, provocadores de saúde e não de adoecimento, para garantir à sociedade benefício futuro com menor custo para manter a saúde do idoso, quando este

mantém sua independência para realizar suas atividades de vida diária e se mantém saudável por mais anos de vida. Além disso, reduz afastamentos e aposentadoria precoces que também oneram o estado e a população de uma forma geral (MOURA, 2013).

Para que isso ocorra, o compromisso de lutar por trabalhos menos desgastantes e que respeitem as individualidades de limites do corpo e mente do indivíduo através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e a busca pela redução do adoecimento pelo trabalho deve ser uma luta construída conjuntamente com outros setores, além da saúde, como as organizações não governamentais e voluntárias, setores social e governamental e sindicatos e também da iniciativa privada (ANDRADE, 2007).

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado como parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”, cujo objetivo é avaliar as condições de trabalho e de vida de trabalhadores da atenção primária à saúde de Juiz de Fora.

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal realizado com os agentes comunitários de saúde, residentes e atuantes, em 2015, no município de Juiz de Fora - MG.

O tipo de desenho epidemiológico utilizado neste estudo foi o transversal, também denominado estudo seccional, corte, corte-transversal, vertical, pontual ou de prevalência (PEREIRA, 1995; PITANGA, 2002).

Isso porque, nesse tipo de estudo, a exposição e o desfecho são observados simultaneamente em um único momento ou por um curto período, sem que haja acompanhamento da população em estudo ao longo do tempo. Por esse motivo, deve-se ter cautela ao realizar relações observadas nestes estudos, que tem como ponto fundamental se a exposição precede ou é consequência do efeito (OMS, 2010).

Alguns autores comparam este tipo de estudo a uma fotografia feita de uma população, retirando a essência da imagem instantânea do momento atual (HOCHMAN et al, 2005).

Assim sendo, é possível obter informações de prevalência, sem a possibilidade de se estimar a incidência dos fenômenos estudados (PITANGA, 2002; BASTOS; DUQUIA, 2007; HULLEY et al., 2008; MEDRONHO et al., 2009).

Como ocorre com todo e qualquer estudo epidemiológico, o estudo transversal apresenta seus pontos positivos e suas limitações. O fato de ser realizado um recorte único no tempo faz com que esse tipo de estudo apresente custo mais baixo, facilidade e rapidez na realização e objetividade na coleta dos dados. Mas, por outro lado, justamente devido a este tipo de recorte, é difícil investigar condições de baixa prevalência e se torna menor a capacidade de estabelecer relações de causalidade (BASTOS; DUQUIA, 2007; CARMO et al., 2011).

Ainda assim, quando realizados com cautela, tendo em vista suas vantagens e limitações, os estudos transversais são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição, sendo importante fonte de informações sobre a saúde e os hábitos de vida de uma população, além de serem uma ferramenta útil aos planejadores da área da saúde na alocação de recursos para prevenção de agravos, proteção e promoção da saúde dos indivíduos e fornecimento de importantes informações que contribuem com o avanço do conhecimento científico (BASTOS; DUQUIA, 2007; HULLEY et al., 2008).

#### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Juiz de Fora, localizado na microrregião da Zona da Mata do estado de Minas Gerais. Sua população estimada pelo IBGE, no ano de 2015, foi de 555.284 habitantes, ocupando uma área de 1.435,664km<sup>2</sup>.

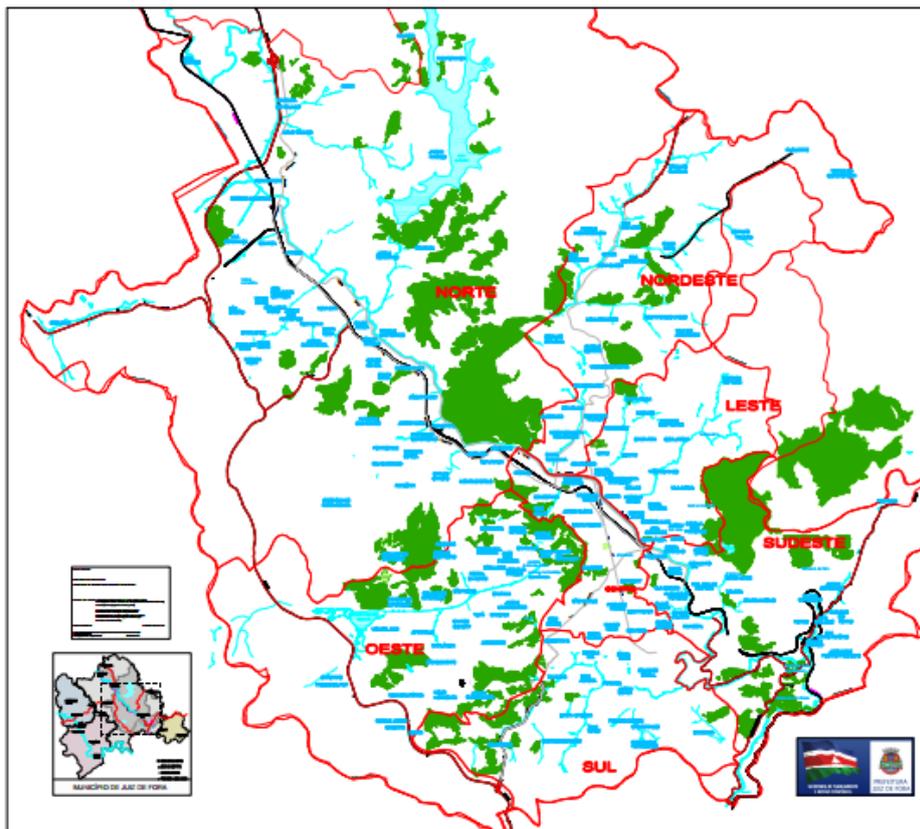


Figura 1 mapa de Juiz de Fora - MG

Fonte: Site PJF. Disponível em: [http://pjf.mg.gov.br/cidade/mapas/imagem/mapa\\_jf.pdf](http://pjf.mg.gov.br/cidade/mapas/imagem/mapa_jf.pdf)

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2015) Juiz de Fora possui em sua rede de atenção à saúde 67 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) implantadas, destas 48 estão na zona urbana (37 seguem o modelo da estratégia de saúde da família (ESF), 1 segue o programa agentes comunitários de saúde (PACS) e 10 o modelo tradicional), outras 14 estão situadas na zona rural da cidade (5 seguem a ESF, 9 unidades tradicionais) ainda contam com 5 unidades volantes (1 destas segue o modelo do PSF) (BRASIL, 2015A; SMS-JF, 2015).

Nosso cenário de estudo foram 42 destas unidades que tem dentre seus profissionais agentes comunitários de saúde, sendo na área urbana 37 no modelo da estratégia de saúde da família (ESF) e 1 com o programa agentes comunitários de saúde (PACS), 3 na área rural que seguem a ESF e uma unidade volante do PSF.

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para que estudos populacionais possam ser generalizados é necessário selecionar indivíduos que representem exatamente o contexto a ser analisado. Em estudos transversais, o cálculo de amostragem estatística é o melhor meio para se traduzir a realidade pesquisada (LOPES; HARRINGTON, 2015).

A amostragem aleatória utiliza definições uniformizadas, com isso possibilita a construção de indicadores úteis de tendências. Esse tipo de amostra utilizando a probabilidade possibilita o incremento da representatividade (maior validade interna) e torna os participantes sorteados representativos da população-alvo, possibilitando a extrapolação de resultados (validade externa) do estudo para além da população em questão (OPAS, 1997; LOPES; HARRINGTON, 2015).

Neste tipo de amostragem cada pessoa tem a mesma possibilidade de ser escolhida dentro da população total. Nas amostras casuais os elementos são selecionados ao acaso, demonstrando a isenção do pesquisador tendenciar um resultado.

Os sujeitos deste estudo foram os agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes na atenção primária à saúde da cidade de juiz de fora, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE a).

Para a seleção da amostra foi realizado um sorteio aleatório atribuindo um número a cada pessoa em uma lista iniciando em 1 até a numeração 500. Para cálculo do tamanho da amostra desses profissionais foi considerado um 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 500 indivíduos, e possíveis perdas por recusa com aproximadamente 20%.

Com base nesses parâmetros, os sujeitos desse estudo, foram estimados em 265 agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes na atenção primária da cidade de Juiz de Fora. A base populacional foi construída a partir da listagem de profissionais de saúde entregue pela secretaria municipal de saúde de todas as unidades de saúde com agentes comunitários de saúde.

O critério de inclusão para participar da pesquisa foi: atuar como agente comunitário em uma das unidades de atenção primária à saúde do município.

Foram excluídos os trabalhadores que não estavam na unidade durante três tentativas de contato por telefone e em visita a UAPS durante a coleta de dados.

Do total de 279 ACS sorteados, responderam a pesquisa 212, pois 67 ACS foram excluídos sendo 39 porque estavam afastados por licença, 1 por desvio de função, 8 por exoneração/demissão, 3 por aposentadoria, 11 que se recusaram a participar do estudo e 5 por não terem sido localizados após três tentativas.

Posteriormente foi realizado um segundo sorteio com intuito de manter os parâmetros da amostra válida para o estudo e garantir a representatividade da pesquisa, devido ao número de perdas ter ultrapassado os 20% previstos no cálculo

No segundo sorteio, foram retirados os ACS já sorteado e com os demais foi novamente utilizado o sorteio aleatório de 19 nomes. Desses foram realizadas 14 entrevistas, pois houveram 5 perdas, 2 por licença e 3 por não terem sido localizados após três tentativas.

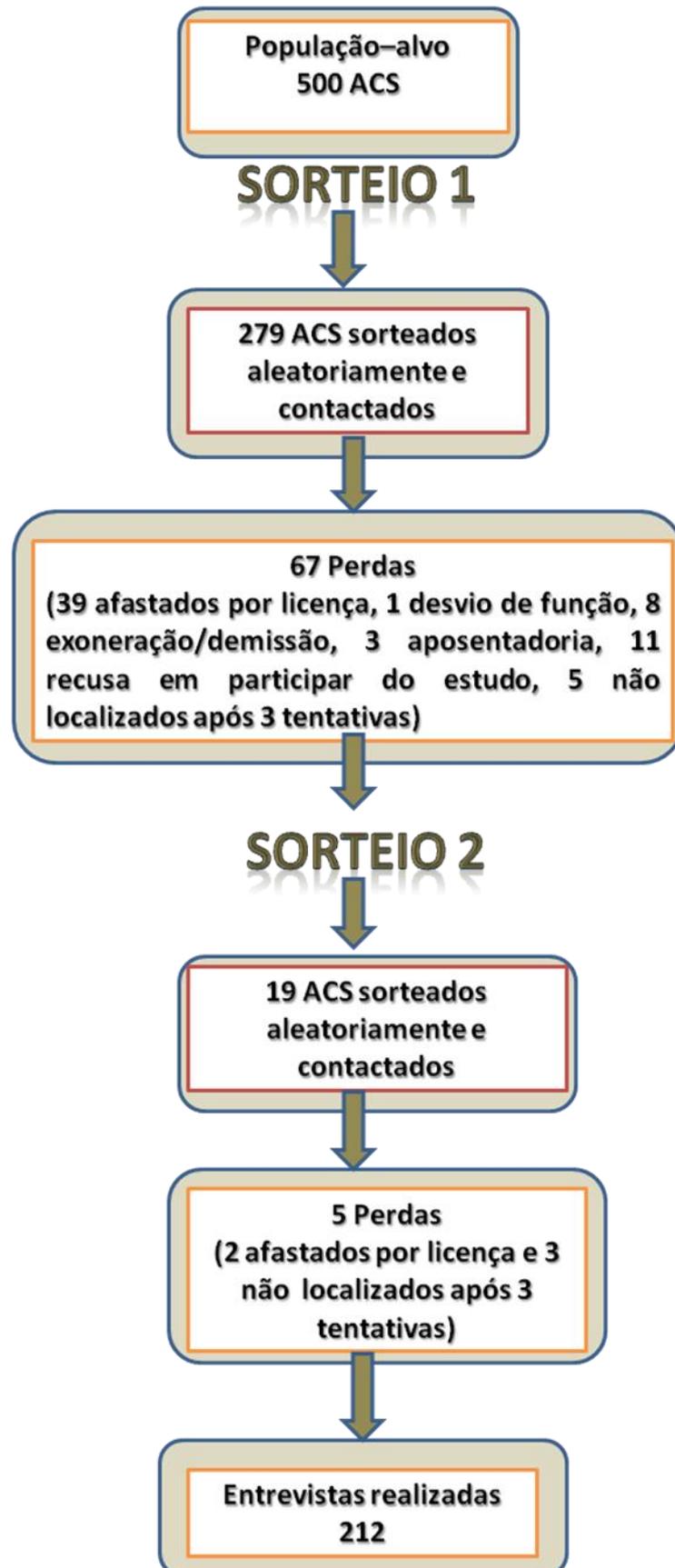


Figura 2: Delimitação da população do estudo

FONTE: própria autora, 2016

#### 4.4 ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário composto por blocos, sendo um de caracterização da população de estudo no que diz respeito aos dados sociodemográficos, um do ICT e um sobre a auto avaliação de saúde (APÊNDICE b).

Os pesquisadores contactaram os ACS através de telefonemas e visitas as UAPS e convidaram os trabalhadores para participar da pesquisa. Os que aceitaram, foram ouvidos em locais reservados nas UAPS durante o período de trabalho.

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento os ACS foram entrevistados através do preenchimento pelo pesquisador do questionário digital contendo perguntas objetivas e discursivas sobre os aspectos relacionados a pesquisa. Após o preenchimento os formulários foram salvos em Smartphones e Tablets com a plataforma Android.

A criação dos formulários, para uso de forma interativa na plataforma Android, foi feita através do pacote Opendakit, que é composto de três programas, um para elaboração do formulário (Xlsform), um para a coleta dos dados (Odk Collect), que permite a navegação, edição, salvar as informações coletadas em modo off-line no próprio aparelho, para posteriormente serem enviadas para o servidor que abrigará os dados e um para o armazenamento (Odk Aggregate) que é capaz de exportar esses dados como arquivos de planilhas para realização da análise dos mesmos (ODK, 2015).

Para a realização das entrevistas foram formadas equipes multiprofissionais com supervisores e estagiários previamente treinados.

Além disso, para o preparo da coleta de dados desta pesquisa e para testar o instrumento, foi realizado um estudo-piloto no município de Comendador Levy Gasparian no estado do Rio de Janeiro com 22 trabalhadores. O estudo envolveu profissionais da APS, incluindo enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários. Todos os funcionários presentes nas unidades durante o período que foi realizada a coleta e que aceitaram participar foram entrevistados.

Este estudo-piloto foi desenvolvido, a fim de realizar possíveis adequações no instrumento de coleta de dados e treinar os pesquisadores.

A realização do projeto ou estudo piloto é recomendada por ser uma oportunidade de executar, em menor escala, estratégias metodológicas indicadas para a execução de uma pesquisa (MACKEY; GASS, 2005; BAILER et al, 2011).

A este respeito ainda, Bailer (2011) afirma que, através de uma versão reduzida das etapas propostas na metodologia de um estudo este pode ser testado e trabalhado. O teste piloto pode identificar possíveis erros no planejamento da pesquisa, contribuir para o alcance do resultado esperado, possibilitar o aprimoramento dos instrumentos da coleta de dados, desenvolver melhores estratégias, auxiliar na validação do método escolhido, além de fornecer subsídios para o cálculo final do tamanho da amostra.

Portanto, o estudo piloto garante a uniformidade e a padronização na execução do projeto, pois ele permite conhecer pontos fracos e problemas em potencial e prever resultados. Outro dado importante é que o número de participantes é reduzido em relação a pesquisa propriamente dita, pois não necessita ultrapassar 10% da amostra do estudo original (CANHOTA, 2008; FONTELLES et al, 2009).

Por fim, o estudo piloto é considerado um valioso instrumento, pois possibilita experiência aos pesquisadores, escolhas metodológicas mais afinadas, desvendar falhas sutis no delineamento do projeto e no desenvolvimento do estudo, que não estão aparentes no plano da pesquisa (BAILER et al, 2011).

A partir do estudo piloto que permitiu analisar o instrumento, foram visualizadas as limitações no mesmo e nos recursos necessários para realizar a pesquisa, como o programa a ser utilizado e equipamentos portáteis e de fácil aquisição, questões conflituosas ou de difícil compreensão. Assim foram realizadas algumas alterações e adequações no instrumento para facilitar a interação entre pesquisador e entrevistado e garantir clareza e facilidade no preenchimento dos dados.

A capacidade para o trabalho foi avaliada através do instrumento de índice de capacidade para o trabalho (ICT), proposto pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia. O instrumento permite avaliar a capacidade para o trabalho levando em consideração às dimensões físicas e mentais, número atual de doenças auto-referidas e as com diagnóstico médico, impedimento para o trabalho devido às doenças, faltas no trabalho por doenças nos últimos doze meses, prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos, e capacidade de apreciar as atividades diárias, sentir-se ativo e alerta, e com esperança para o futuro (TUOMI, et al, 2005).

A validação desse instrumento foi realizada por autores finlandeses entre 1981 e 1982, sendo traduzido e adequado pelo grupo “brasilidade” formado por pesquisadores de instituições brasileiras (BELLUSCI, 1999).

Este instrumento é capaz de mensurar quão bem um trabalhador é capaz de realizar seu trabalho. O bloco de perguntas sobre o índice de capacidade para o trabalho foi elaborado com base nos questionários já existentes para avaliar o ICT (MARTINEZ, 2009b).

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foi validado para o Brasil, em forma de questionário, com questões objetivas para serem respondidas pelo próprio trabalhador. Para responder as questões, é importante que este possua escolaridade mínima da quarta série do ensino fundamental, recomendação dada por viabilizar a melhor compreensão das questões. O instrumento é formado por sete itens, cada um com uma ou mais questões. O índice de cada indivíduo varia de um escore de 7 a 49 pontos e é determinado com base nas respostas dadas às várias questões sobre as exigências físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador (TUOMI, et al, 2005; MARTINEZ, 2009b).

A versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho mostrou propriedades psicométricas satisfatórias quanto à validade de construto, de critério e de confiabilidade, representando uma opção adequada para avaliação da capacidade para o trabalho em abordagens individuais e inquéritos populacionais (MARTINEZ et al, 2009b).

O ICT é calculado a partir da soma dos pontos atribuídos em cada um dos itens:

<b>Item</b>	<b>Nº de questões</b>	<b>Número de pontos (escore) das respostas</b>
1 capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida	1	0-10 pontos (valor assinalado no questionário)
2 capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	2	Número de pontos ponderados e acordo com a natureza do trabalho
3 número de doenças atuais diagnosticadas por médico	Lista de 51 doenças	5 doenças = 1 ponto 4 doenças = 2 pontos 3 doenças = 3 pontos 2 doenças = 4 pontos 1 doença = 5 pontos
4 perda estimada para o trabalho por	1	1-6 pontos valor circulado no questionário o

causa de doenças		pior valor será escolhido
5 faltas ao trabalho por doenças no último ano 12 meses	1	1-5 pontos valor circulado no questionário
6 prognóstico próprio da capacidade pra o trabalho daqui a 2 anos	1	1, 4 ou 7 pontos
7 - recursos mentais *	3	Os pontos das questões são somados e o resultado é dado: Soma 0-3 = 1 ponto Soma 4-6= 2 pontos Soma 7-9 = 3 pontos Soma 10-12 = 4 pontos

\*este item refere-se à vida em geral, tanto no trabalho como no tempo livre

#### **Quadro 1 – Itens do índice de capacidade para o trabalho**

FONTE: TUOMI, et al (2005)

A avaliação da capacidade atual para o trabalho comparada com o melhor de toda a vida é feita através de uma questão com escore de zero a dez que se refere a capacidade para o trabalho relacionado às determinações físicas, mentais ou ambas.

A pontuação é dada utilizando-se uma fórmula que contempla escore físico e mental com pontuações variadas de acordo com a exigência do trabalho. Para o trabalho com demandas físicas, por exemplo, auxiliar, instalação ou trabalho doméstico: (escore físico x 1,5) + (escore mental x 0,5) = total. Para o trabalho com demandas mentais como escritório, magistério ou trabalho administrativo: (escore físico x 0,5) + (escore mental x 1,5) = total (TUOMI, et al 2005).

No caso dos trabalhadores a serem estudados nesta pesquisa, uma vez que sua atividade laboral compreende exigências tanto físicas como mentais, conforme é preconizado foi feito o somatório dos dois escores e incluído no cálculo do ICT. Assim a quantidade de pontos obtida pela análise foi: escore físico + escore mental = total.

Este índice apresenta uma lista de 51 doenças, onde o trabalhador deve assinalar as patologias diagnosticadas pelo médico e aquelas que em sua opinião ele possui.

Não são utilizadas na pontuação aquelas de opinião do indivíduo, somente as diagnosticadas clinicamente. O escore é atribuído da seguinte forma: 1 ponto se pelo menos tem diagnóstico de 5 doenças, 2 pontos se 4 doenças, 3 pontos se 3 doenças, 4 pontos se 2 doenças, cinco se 1 doença e 7 se não apresentar nenhuma doença;

A perda do trabalho devido a doenças é avaliada através de uma questão com escore variando entre 1 e 6 pontos, escolhendo-se o de pior valor assinalado.

A perda do trabalho devido a faltas ao trabalho nos últimos 12 meses é avaliadas utilizando-se uma questão com escore variando de 1 à 5 pontos.

Para avaliar prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a 2 anos é utilizada uma questão com escore de 1, 4 ou 7 pontos, considerando-se o valor circulado no questionário.

As habilidades mentais são avaliadas através de 3 questões. Os pontos das questões são somados e o resultado é contado da seguinte forma: soma 0-3 = 1 ponto; soma 4-6 = 2 pontos; soma 7-9 = 3 pontos; e soma 10-12 = 4 pontos.

As pontuações de cada item são somadas totalizando um escore mínimo de 7 (pior índice possível) e um máximo de 49 (melhor índice possível). A partir do escore, o sujeito é classificado quanto à sua capacidade para o trabalho da seguinte maneira: de 7 a 27 pontos é considerada baixa capacidade para o trabalho e as medidas propostas visam restaurar a capacidade; de 28 a 36 pontos é considerada moderada capacidade para o trabalho e as medidas propostas visam melhorar a capacidade; de 37 a 43 pontos considera-se boa capacidade para o trabalho, sendo propostas medidas para apoiar a capacidade, e, finalmente, de 44 a 49 pontos a capacidade para o trabalho é classificada como ótima, sendo necessárias medidas para a manutenção da capacidade (TUOMI, et al., 2005).

A autopercepção de saúde foi verificada através de duas perguntas únicas sobre o estado de saúde geral e de saúde bucal

Essa avaliação é dada pela interpretação de como o indivíduo se vê em suas dimensões biológica, psicossocial e social e é um preditor da mortalidade melhor do que medidas objetivas da condição de saúde e demonstra ser uma medida válida do estado de saúde e garante confiança como outras medidas mais complexas da condição de saúde (BRUNNER et al, 2013; JYLHA, 2009).

<b>Bloco a</b>	<b>Variável</b>	<b>Forma de coleta</b>	<b>Respostas possíveis</b>
<b>Autopercepção de saúde</b>	<b>Autopercepção de saúde</b>	Referida Posterior categorizada	1- muito bom 2 - bom 3 - regular 4 - ruim 5 - muito ruim

	<b>Autopercepção de saúde bucal</b>	Referida Posterior categorizada	1- muito bom 2 - bom 3 - regular 4 - ruim 5 - muito ruim
--	-------------------------------------	---------------------------------------	--

**Quadro 2 – Itens da pergunta única sobre autopercepção de saúde**

FONTE: A própria autora (2016)

#### 4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O índice de capacidade para o trabalho (ICT) foi considerado como variável dependente. Também foram analisadas as variáveis independentes relacionadas a caracterização sociodemográfica da população de estudo, contemplando: idade, sexo, estado civil, auto-declaração de raça, escolaridade e renda familiar e variáveis sobre o tempo de trabalho e número de empregos ou atividades remuneradas dos ACS.

Além disso, foi utilizado o Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2013 para a classificação socioeconômica.

Foi feito o cálculo dos pontos de acordo com a posse dos itens determinados sendo: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada doméstica, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer e o grau de instrução do chefe de família. O intuito de utilizar esta escala na pesquisa foi a possibilidade de estimar o poder de compra das pessoas e a classe social de pertencimento. Após a realização dos cálculos temos os cortes de acordo com a pontuação de cada classe

Classe	Pontos
A1	42-46
A2	35-46
B1	29-34
B2	23-28
C1	18-22
C2	14-17
D	8-13
E	0-7

**Quadro 3 – Apresentação das classes econômicas de acordo com a pontuação do Critério Brasil, 2013.**

FONTE: ABEP – Critério de Classificação Econômica Brasil - 2013

#### 4.6 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas formaram um banco de dados que foi armazenado no programa *Statistical Package For The Social Sciences* (SPSS) versão 15, um software estatístico de simples manipulação, internacionalmente utilizado há muitas décadas, produzido para realização de análises estatísticas básicas e avançadas de matrizes de dados. A sua utilização possibilita gerar relatórios tabulados, gráficos e dispersões de distribuições utilizadas na realização de análises descritivas e de correlação entre variáveis (MUNDSTOCK et al, 2006).

Inicialmente foi realizada a análise descritiva, utilizada para descrever e resumir os dados, foram empregadas algumas medidas de tendência central como a média aritmética simples, mediana e moda, medidas de variabilidade como o desvio padrão e medidas de posição como percentis, possibilitando descrever a realidade da população estudada.

Em um segundo momento, foi efetuada a análise bivariada, na qual foi possível a identificação das associações das variáveis independentes com a capacidade para o trabalho e correlações para garantir a confiabilidade dos dados reunidos no estudo. Além disso será realizado teste estatístico não- paramétrico qui-quadrado ( $X^2$ ) para a avaliação da associação existente entre as variáveis qualitativas.

A este respeito segundo Almeida (2010), o questionário deve possibilitar a reprodução de forma fidedigna da realidade a ser pesquisada. Assim sendo para avaliarmos a confiabilidade do estudo utilizamos uma das ferramentas estatísticas mais difundida envolvendo a construção de testes e sua aplicação, o Alfa de Cronbach.

O coeficiente Alfa de Cronbach expressa por meio de um fator, o grau de confiabilidade das respostas decorrentes de um questionário, apresentando a média das correlações entre os itens que fazem parte do formulário. Valores inferiores a 0,70 são considerados baixos (ALMEIDA, 2010; STREINER, 2003).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Todas as informações colhidas são confidenciais e foi observada e respeitada a resolução 466/2012 do conselho nacional de saúde do ministério da saúde, que trata de

pesquisas realizadas com seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFJF, parecer em anexo (ANEXO a).

Além disso, solicitamos autorização da subsecretaria de atenção primária à Saúde da prefeitura municipal de Juiz de Fora para realização da pesquisa nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (Anexo b).

Apenas participaram da pesquisa os trabalhadores que concordaram e assinaram o TCLE (Apêndice a) aplicado em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante e a outra foi arquivada pelo pesquisador. Foi assegurada a confidencialidade das informações fornecidas e preservação do anonimato, assim como a informação de que a participação na pesquisa implicaria em risco mínimo ao participante, ou seja, o mesmo risco como conversar, tomar banho e ler e que não haveria interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social, bem como, a intimidade do participante seria respeitada, conforme os parâmetros contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Apesar disso, os participantes tiveram assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa (BRASIL, 2012a).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

#### 5.1.1 Características Sociodemográficas

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos gentes comunitários de saúde. Juiz de Fora, 2015.

Variável	Categoria	(n)	(%)
<b>Idade (anos)</b>	Até 29 anos	10	4,7
	30-39	66	31,3
	40-49	65	30,8
	50-59	53	25,1
	>=60	17	8,1
	SD	1	
<b>Sexo</b>	Feminino	193	91,5
	Masculino	18	8,5
	SD	1	
<b>Raça</b>	Preta	36	17,1
	Parda	72	34,1
	Branca	100	47,4
	Amarela	3	1,4
	SD	1	
<b>Estado civil</b>	Casado ou vive em união estável	117	55,5
	Separado/divorciado	31	14,7
	Viúvo	9	4,3
	Solteiro	54	25,6
	SD	1	
<b>Escolaridade</b>	Ensino fundamental incompleto	2	0,9
	Ensino fundamental completo	7	3,3
	Ensino médio incompleto	6	2,8
	Ensino médio completo	140	66,0
	Superior incompleto	15	7,1
	Superior completo	41	19,3
	SD	1	
<b>Renda familiar (em salários mínimos)</b>	Até 1	6	2,9
	Entre 1 e 2	55	26,2
	Entre 2 e 3	68	32,4
	Entre 3 e 4	42	20,0
	Entre 4 e 5	19	9,0
	Entre 5 e 6	11	5,2
	Entre 6 e 7	2	1,0
	Entre 7 e 8	1	0,5
	Entre 8 e 9	3	1,4
	Mais de 10	3	1,4
	SD	2	

	A2	5	2,4
	B1	23	10,8
	B2	73	34,4
<b>Critério Brasil</b>	C1	81	38,2
	C2	25	11,8
	D	3	1,4
	E	2	0,9

\*SD– sem declaração

FONTE: A própria autora, 2016

A idade foi agrupada em cinco faixas, com um predomínio (87,2%) de trabalhadores com idade entre 30 a 59 anos. A média de idade foi de 44 anos, com mediana de 44 e moda de 36, a idade mínima foi de 23 e máxima de 71 anos com desvio padrão de 10,38.

Com relação ao sexo, grande maioria dos ACS estudados são do sexo feminino, totalizando 91,5% da amostra, com participação de 8,5% de homens.

O Censo brasileiro do IBGE utiliza os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Com relação à autodeclaração a respeito de sua cor ou raça 47,2 % se autodeclararam pertencentes à raça branca, 34 % a raça parda e 17% a preta e apenas 1,4 a amarela.

Em relação ao estado civil 55,2% são casados ou vivem em união estável e 25,5% são solteiros (nunca casaram ou viveram em união estável).

Quanto à escolaridade 0,9% possuem ensino fundamental incompleto, a maioria (66%) possui ensino médio completo, sendo que, 19,3% possuem ensino superior completo.

Entre os que possuem ensino superior completo 75% especificaram o curso de formação superior e destes 25%, a maior parte, tem formação em pedagogia. Em relação a pós-graduação Lato Sensu, ela está presente em 9,7% dos que possuem nível superior.

A renda familiar modal líquida do mês que antecedeu a pesquisa foi de 2 a 3 salários mínimos para 32,1% dos participantes e ficou entre 3 e 4 salários mínimos para 19,8% , 55,5% dos entrevistados são casados, então estão somados a esse valor a renda do cônjuge. Com relação à classificação do Critério Brasil obtivemos uma maior concentração dos entrevistados na classe B2 (34,4%) e C1 (38,2%), respectivamente com renda bruta familiar no mês em R\$ de 3.118,00 e 1865,00 valores de referência pelo critério Brasil - 2012.

### 5.1.2 características relacionadas a autopercepção de saúde

Tabela 2 Caracterização relacionada a autopercepção de saúde geral e bucal dos agentes comunitários de saúde. Juiz de Fora, 2015.

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<b>Saúde geral</b>	Muito bom	50	23,6
	Bom	118	55,7
	Regular	40	18,9
	Ruim	4	1,9
<b>Saúde bucal</b>	Muito bom	29	13,7
	Bom	108	50,9
	Regular	64	30,2
	Ruim	10	4,7
	Muito ruim	1	0,5

FONTE: A própria autora, 2016

Em relação a pergunta única sobre como os trabalhadores consideram seu estado de saúde em comparação com pessoas de sua idade, encontramos que 55,7% avaliam como bom e apenas 1,9 % como ruim. Na auto percepção de saúde bucal encontramos como resultado que 50,9% consideram bom seu estado de saúde bucal e apenas 5,2 consideram ruim ou muito ruim.

### 5.1.3 Características relacionadas a Capacidade de Trabalho e a Saúde Do Trabalhador

Tabela 3 - Caracterização relacionada a Capacidade para o Trabalho e a Saúde do trabalhador dos agentes comunitários de saúde. Juiz de Fora, 2015.

Variável	Categoria	(n)	(%)
ICT	7-27	15	7,3
	28-36	86	42,0
	37-43	94	45,9
	44-49	10	4,9
	SD	7	-
Capacidade de trabalho comparada com a melhor de toda a vida	0	1	0,5
	1	1	0,5
	2	0	0
	3	0	0
	4	3	1,4
	5	12	5,7
	6	12	5,7
	7	31	14,6
	8	73	34,4
	9	39	18,4
10	40	18,9	
Capacidade de trabalho comparada com a melhor de toda a vida	0-5 (baixa)	17	8,0
	6-7 (regular)	43	20,3
	8-9 (boa)	112	52,8
	9-10(ótima)	40	18,9
Capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas	Muito baixa	1	0,5
	Baixa	4	1,9
	Moderada	61	28,8
	Boa	107	50,5
	Muito boa	39	18,4
Capacidade atual para o trabalho em relação a exigências mentais de seu trabalho	Muito baixa	2	0,9
	Baixa	6	2,8
	Moderada	40	18,9
	Boa	120	56,6
	Muito boa	44	20,8
Prognóstico capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	É improvável	7	3,3
	Não estou muito certo	49	23,3
	Bastante provável	154	73,3
	SD	2	
Número de doenças relatadas	0	6	2,9
	1	5	2,4
	2	9	4,4
	3	14	6,8
	4	10	4,9
	> = 5	162	78,6
Impedimento causado por doenças existentes	2	11	5,2
	3	5	2,4
	4	68	32,1

	5	38	17,9
	6	87	41,0
<hr/>			
Faltas no trabalho por doenças nos últimos 12 meses	De 100 a 365 dias	7	3,3
	De 25 a 99 dias	18	8,5
	De 10 a 24 dias	19	9,0
	Até 9 dias	77	36,5
	Nenhum	90	42,7
	SD	1	0,5
<hr/>			
Recentemente conseguir apreciar as atividades diárias no trabalho	Raramente	12	5,7
	Às vezes	50	23,6
	Quase sempre	71	33,5
	Sempre	76	35,8
	SD	3	1,4
<hr/>			
Recentemente se sentir ativo e alerta no trabalho	Raramente	5	2,4
	Às vezes	28	13,2
	Quase sempre	62	29,2
	Sempre	115	54,2
	SD	2	0,9
<hr/>			
Recentemente tem se sentido cheio de esperança para o futuro	Raramente	29	13,7
	Às vezes	50	23,6
	Quase sempre	43	20,3
	Continuamente	79	37,3
	SD	11	5,2
<hr/>			
Recursos mentais	1	3	1,4
	2	32	15,2
	3	76	36,0
	4	100	47,4
	SD	1	0,5

FONTE: A própria autora, 2015

Os valores encontrados no cálculo do ICT mostraram a predominância entre os trabalhadores de boa capacidade para o trabalho 45,9%, valores entre 37 e 43, seguido pela capacidade moderada com 42%. Apenas 7,3 % obtiveram o resultado de baixa capacidade e (4,9%) das pessoas tem ótima capacidade. A média teve um valor de 35,74 com mediana e moda de 37, valor mínimo de 18 e máximo de 48.

A pontuação da auto-avaliação do trabalhador de sua capacidade atual de trabalho em comparação com a melhor de toda a sua vida, apresentada em uma escala de zero a dez, mostra uma prevalência de 52,8% nos valores entre 8 e 9, demonstrando boa avaliação da capacidade e valores entre 9 e 10 com ótima capacidade em 18,9%. Sendo observado também que 8% avaliam como baixa a sua capacidade para o trabalho. Com uma média, moda e mediana de 8 (DP=1,61). Valor mínimo 0 com 1 pessoa, 0,5% referindo estar incapaz para o

trabalho e máximo 10, sendo que 18,9 % da população estudada informou estar na sua melhor capacidade para trabalho comparada com a vida toda.

Ao analisar a capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida percebemos que o percentual se concentra predominantemente no valor 8, somados aos valores 9, 52,8% dos trabalhadores apresentam boa capacidade para o trabalho, com média de 8,0 (DP=1,61).

Os trabalhadores apresentam em sua maioria boa ou muito boa capacidade para o trabalho com relação às exigências físicas, com um percentual de 68,9%, sendo que a baixa e muito baixa capacidade representam 2,4% das pessoas.

De forma semelhante, os trabalhadores apresentam em sua maioria boa ou muito boa capacidade para o trabalho com relação às exigências mentais de seu trabalho. Somadas, muito boa e boa capacidade garantem um percentual de 77,4% e baixa e muito baixa somente 3,7% dos pesquisados. Essas duas variáveis apresentam simetria nos resultados. Realizando correlação de Person encontramos significância estatística de 0,000, ou seja, há coerência nas declarações, ao contrário do que foi visto nas variáveis anteriores com valores superiores a 0,05 que mostra ausência de significância nas correlações.

Os trabalhadores acreditam ser bastante provável serem capazes de continuar a realizar suas atividades de trabalho daqui a 2 anos (73,3%) e apenas 3,3% responderam ser improvável ter capacidade para o trabalho no tempo decorrido.

Na análise das doenças relatadas, 78,6% dos trabalhadores referiram possuir 5 doenças ou mais e apenas 2,9% não apresentam doenças referidas.

Quando questionados sobre impedimentos causados por doenças existentes, 41% dos trabalhadores referem que sua doença não causa impedimento para realização de seu trabalho e 32,1% revelam necessitar diminuir seu ritmo de trabalho ou mudar os métodos de trabalho por causa de sua doença, sendo que 0,9% referem estar incapacitados para trabalhar.

Em relação a quantidade de faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses 42,7% referiram não ter se afastado do trabalho por presença de doenças e – e entre os que se afastaram 36,5% foi por um intervalo de até 9 dias.

Os trabalhadores conseguem apreciar suas atividades de trabalho, referindo em sua maioria (35,8%) sempre e (33,5%) quase sempre, demonstrando uma identificação com suas atividades diárias no trabalho. A maior parte dos trabalhadores (54,2%) referiram se sentir ativo e alerta no trabalho recentemente, 37,3% dos trabalhadores relataram continuamente ter esperança para o futuro, enquanto que 13,7% afirmaram que raramente ter esse sentimento.

Os recursos mentais apresentados são a soma das questões referentes a apreciação das atividades diárias, se sentir ativo e alerta e se sentir cheio de esperança para o futuro, tanto no trabalho como no tempo livre, que é utilizado para a construção do ICT. Maiores pontuações representam melhores recursos mentais. 47,4% dos ACS apresentam bom índice de recursos mentais. 83,4 % apresentam níveis entre 3 e 4, que revelam uma maior frequência dos trabalhadores em sentir-se bem, ativo e com esperanças para o futuro. Somente 1,4% apresentam níveis entre raramente e nunca se sentirem assim.

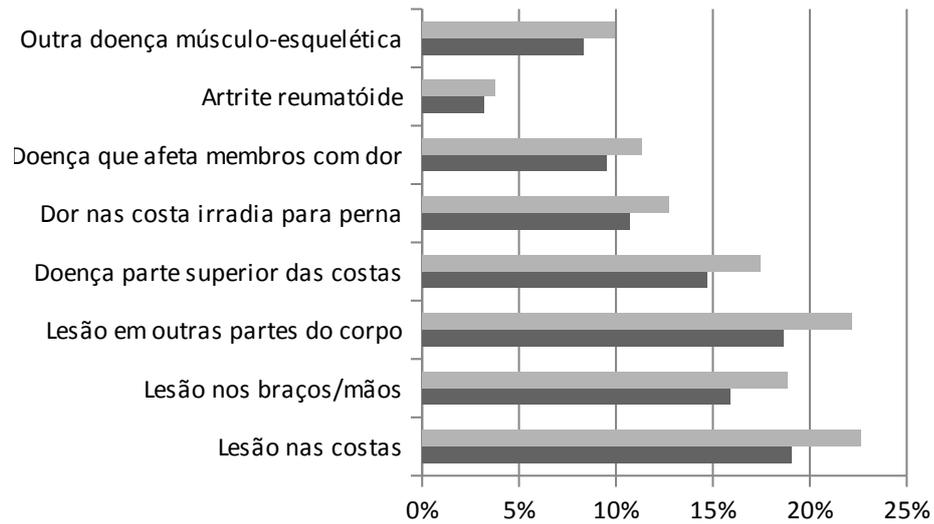
Tabela 4 - Frequência de doenças referidas pelos agentes comunitários de saúde. Juiz de Fora, 2015.

<b>Valores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo</b>		
Lesão nas costas	48	22,6
Lesão nos braços/mãos	40	18,9
Lesão em outras partes do corpo	47	22,2
Doença parte superior das costas	37	17,5
Dor nas costa irradia para perna	27	12,7
Doença que afeta membros com dor	24	11,3
Artrite reumatóide	8	3,8
Outra doença músculo-esquelética	21	9,9
<b>Doenças do aparelho circulatório</b>		
Hipertensão arterial	50	23,6
Doença coronariana	5	2,4
Infarto agudo do miocárdio	0	0
Insuficiência cardíaca	3	1,4
Outra doença	9	4,2
<b>Doenças do aparelho respiratório</b>		
Infecções trato respiratório	61	28,8
Bronquite crônica	5	2,4
Sinusite crônica	46	21,7
Asma	4	1,9
Enfisema	0	0
Tuberculose	0	0
Outra	21	9,9
<b>Transtornos mentais e comportamentais</b>		
Distúrbio emocional severo	9	4,2
Distúrbio emocional leve	50	23,6
<b>Doenças do ouvido, do olho e anexos</b>		
Problemas audição	11	5,2
Doença visão	41	19,3
<b>Doenças do sistema nervoso</b>		
Doença neurológica	22	10,4
Outra ou órgãos do sentido	2	0,9
<b>Doenças do aparelho digestivo</b>		
Vesícula biliar	17	8,1

Pâncreas ou fígado	9	4,2
Úlcera gástrica ou duodenal	12	5,7
Gastrite	32	15,1
Outra	13	6,1
<b>Doenças do aparelho geniturinário</b>		
Infecções das vias urinárias	18	8,5
Rins	9	4,2
Genitais/aparelho reprodutor	17	8,0
Outra	3	1,4
<b>Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>		
Alergia eczema	35	16,5
Outra erupção	8	3,8
Outra doença pele	17	8,1
<b>Neoplasias [tumores]</b>		
Tumor benigno	17	8,0
Tumor maligno	2	0,9
<b>Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</b>		
Obesidade	27	12,7
Diabetes	14	6,6
Bócio /doença tireóide	21	9,9
Outras	5	2,4
<b>Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos</b>		
Anemia	11	5,2
Outras	5	2,4
<b>Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas</b>		
Defeito do nascimento	8	3,8
<b>Outro problema de saúde ou doença</b>		
Outros	12	5,7

FONTE: A própria autora, 2015

Na tabela 4 são apresentadas as frequências de todas as doenças auto-referidas pelos trabalhadores no ICT, segundo diagnóstico médico. Esta classificação foi feita baseada na classificação internacional das doenças (CID-10).

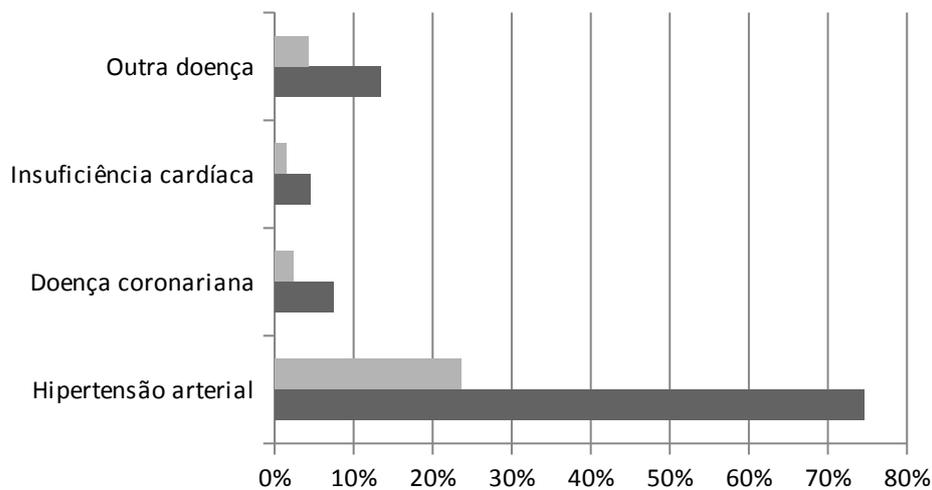


**Gráfico 1 - Frequência das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo**

- frequência de cada doença em relação ao número de doenças relatadas
- frequência de cada doença em relação ao número total de pessoas

FONTE: A própria autora, 2015

No que diz respeito as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo as lesões nas costas e lesões em outras partes do corpo, foram as mais citadas, sendo que 22,6% apresentam lesões nas costas e 22,2% lesões em outras partes do corpo.

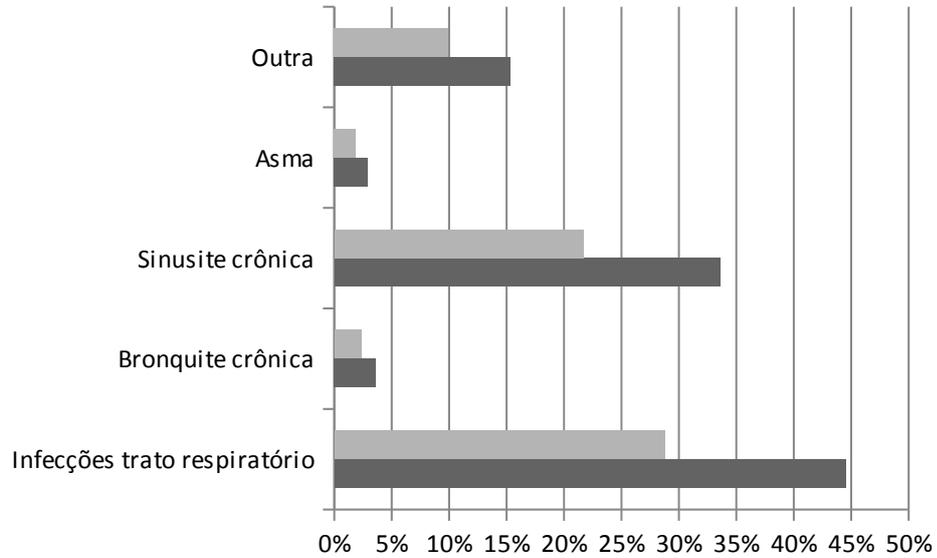


**Gráfico 2 - Frequência das doenças do aparelho circulatório**

- frequência de cada doença em relação ao número de doenças relatadas
- frequência de cada doença em relação ao número total de pessoas

FONTE: A própria autora, 2015

O gráfico mostra a predominância de ocorrência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em relação aos outros distúrbios circulatórios e a presença de HAS em 23,6% da população estudada.

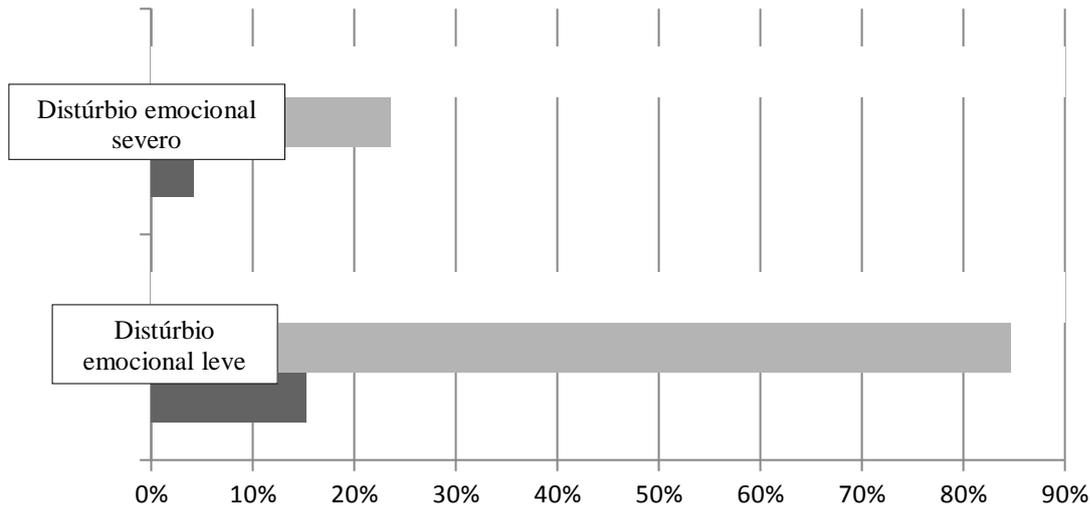


**Gráfico 3 - Frequência das doenças do aparelho respiratório**

- Frequência de cada doença em relação ao número de doenças relatadas
- Frequência de cada doença em relação ao número total de pessoas

FONTE: A própria autora, 2015

Com relação as doenças do aparelho respiratório as infecções repetidas que envolvem o trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda e bronquite aguda) predominam dentre as doenças desse sistema sendo que 45% dos trabalhadores, apresentam essas doenças.

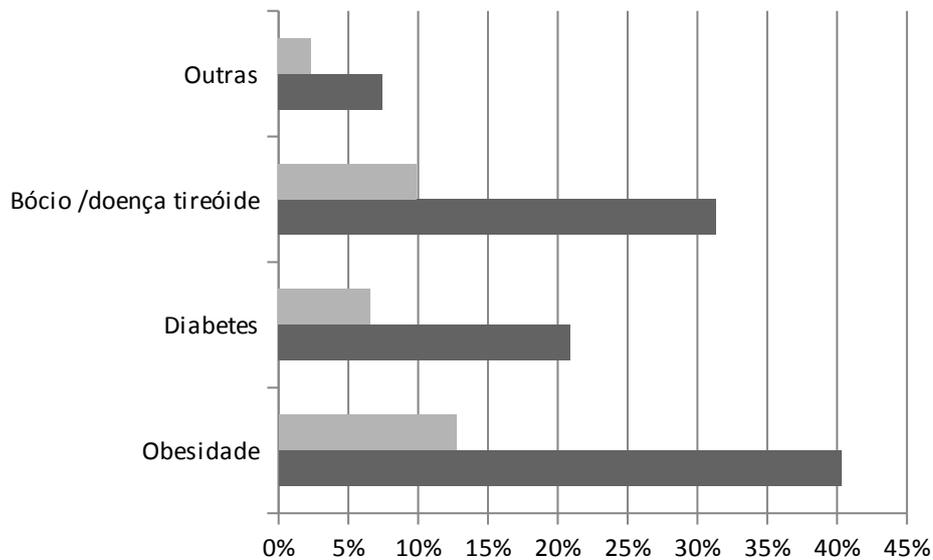


**Gráfico 4 - Frequência dos transtornos mentais e comportamentais**

- Frequência de cada doença em relação ao número de doenças relatadas
- Frequência de cada doença em relação ao número total de pessoas

FONTE: A própria autora, 2015

Nos transtornos mentais o distúrbio emocional leve que inclui a depressão leve, tensão, ansiedade, insônia tem prioritária presença 85% e com relação a população na frequência na população ocorre em 23,6%.



**Gráfico 5 - Frequência das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas**

- Frequência de cada doença em relação ao número de doenças relatadas
- Frequência de cada doença em relação ao número total de pessoas

FONTE: A própria autora, 2015.

A obesidade apresentou a maior frequência (12,7%) entre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas na população estudada. Além disso, ela é também fator de risco para outras doenças como diabetes (6,6%) e distúrbios da tireóide (9,9%).

Tabela 5 – Caracterização do histórico de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Juiz de Fora, 2015.

Variável	Categoria	F (n)	Fr (%)
<b>Tempo de trabalho</b> (anos)	< 5 a	66	31,3
	>= 5 e < 10 a	25	11,8
	> 10 a	120	56,9
	SD	1	
<b>Número de empregos ou atividades remuneradas dos ACS</b>	1	188	88,7
	2	21	9,9
	3	3	1,4

FONTE: A própria autora, 2015

A maioria dos trabalhadores (56,9 %) trabalham há mais de 10 anos na função, se somados aos trabalhadores entre 5 e 10 anos temos (68,7%) da população estudada.

A carga horária de trabalho dos agentes comunitários de saúde é de 40 horas semanais, de segunda a sexta de 7 às 17 horas. Entretanto, 11,3% referem possuir outro emprego ou atividade remunerada, sendo que destes 1,4% referiram possuir 3 empregos ou atividade remunerada.

## 5.2 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO

### 5.2.1 Características Sociodemográficas e o ICT

Para traçar as relações entre o ICT e s dados sociodemográficos foram realizadas análises bivariadas, considerando como desfecho a capacidade para o trabalho reduzida e considerando como valor de p estatisticamente significativo, aquele menor ou igual a 0,05.

Tabela 6 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde, segundo o índice de capacidade para o trabalho e variáveis sociodemográficas. Juiz de Fora, 2015.

Variáveis	Capacidade para o trabalho				P
	Baixo/ moderado		Bom/ótimo		
	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>					0,087
Feminino	96	46,8	92	44,8	
Masculino	5	2,43	12	5,85	
<b>Idade</b>					0,523
<=29	3	1,46	7	3,41	
30-39	33	16,09	32	15,6	
40-49	27	13,17	34	16,5	
50-59	28	13,6	24	11,7	
>=60	10	4,87	7	3,41	
<b>Escolaridade</b>					0,110
Ensino fundamental incompleto/completo	3	1,45	6	2,91	
Ensino médio incompleto	4	1,95	1	0,48	
Ensino médio completo	74	36,0	62	30,2	
Superior incompleto	4	1,95	11	5,36	
Superior completo	16	7,8	24	11,7	
<b>Estado civil</b>					0,220
Casado ou vive em união estável	53	25,8	62	30,2	
Separado (a) ou divorciado (a)	18	8,7	10	4,87	
Viúvo (a)	6	2,92	3	1,46	
Solteiro (a)	24	11,7	29	14,1	
<b>Raça</b>					0,580
Preta	16	7,8	18	8,7	
Parda	38	18,5	31	15,1	
Branca	45	21,9	54	26,3	
Amarela	2	0,97	1	0,48	
<b>Nº de filhos</b>					0,150
<b>0</b>	19	9,26	29	14,1	
<b>1</b>	25	12,1	31	15,1	
<b>2</b>	30	14,6	27	13,1	
<b>3</b>	18	8,7	9	4,39	
<b>4</b>	6	2,9	6	2,9	
<b>&gt;=5</b>	3	1,45	2	0,097	
<b>Renda per capita</b>					0,111
Até 1 salário mínimo	64	31,3	52	25,4	
Entre 1 a 2	33	16,1	47	23,0	
>2	4	1,96	4	1,96	
<b>Chefe da família</b>					0,140
Eu mesmo	41	20,0	29	14,1	
Meu cônjuge ou companheiro (a)	15	7,31	12	5,85	
Eu e meu cônjuge, igualmente	30	14,6	36	17,5	
Meu pai ou minha mãe	10	4,87	18	8,78	
Não tem chefe	4	1,95	4	1,95	
Outro	1	0,48	5	2,43	

FONTE: A própria autora, 2015

O valor do índice foi dicotomizado em baixo/moderado e bom/ótimo para facilitar a sua apresentação. Encontramos 49,2% das pessoas com ICT baixo/moderado e 50,65% bom/ótimo.

Nenhuma associação foi significativa, o IC (intervalo de confiança) de 95% entre as variáveis sociodemográficas e o índice de capacidade para o trabalho. Mostrando a independência do ICT aos fatores sociodemográficos.

Tabela 7 – Porcentagem de agentes comunitários de saúde nas categorias de capacidade para o trabalho de acordo com classes sociais. Juiz de Fora, 2015.

Índice de capacidade para o trabalho	Critério Brasil - classe sociais						
	A2	B1	B2	C1	C2	D	E
Baixo	25,0	0,0	8,21	8,97	0	0	100,0
Moderado	25,0	36,36	35,6	48,7	45,8	66,6	0
Bom	50,0	63,6	50,6	38,46	41,6	33,3	0
Ótimo	0,0	0,0	5,47	3,84	12,5	0	0
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total (n)	4	22	73	78	24	3	1

FONTE: A própria autora, 2015.

O nível de ICT bom predominam na classe A2 (50,0%) B1 (63,6%) e B2 (50,6%), já nas classes C1 (48,7%) C2 (45,8%) E D (66,6%) predominam o índice moderado de capacidade para o trabalho.

### 5.2.2 Características relacionadas a saúde e o ICT

A tabela a seguir mostra a correlação entre o ICT e a auto-avaliação de saúde geral e saúde bucal.

Tabela 8 – Auto-avaliação de saúde geral e saúde bucal de acordo com o Índice de Capacidade para o Trabalho dicotomizado. Juiz de Fora, 2015.

Variáveis	Capacidade para o trabalho				P 0,000
	Baixo/ moderado		Bom/ótimo		
	N	%	N	%	
<b>Auto-avaliação de saúde geral</b>					
Muito bom	11	5,36	37	18,0	
Bom	57	27,8	58	28,29	
Regular	30	14,6	8	3,90	
Ruim	3	1,46	1	0,48	
<b>Auto-avaliação saúde bucal</b>					
Muito bom	9	4,39	20	9,75	0,002
Bom	48	23,4	58	28,2	
Regular	33	16,0	26	12,6	
Ruim	10	4,87	0	0	
Muito ruim	1	0,48	0	0	

FONTE: A própria autora, 2015

A pergunta única em relação a auto-avaliação de saúde dos indivíduos pesquisados quando correlacionada aos valores de ICT encontrados mostraram uma significância estatística < de 0,0001 saúde geral e 0,002 saúde bucal. Esse resultado mostra que essas grandezas são correspondentes, 23,36% dos trabalhadores consideram seu estado de saúde geral muito bom e 18,8% possuem um ICT entre bom e ótimo, enquanto que 18,5 consideram sua saúde regular e 14,6 tem índice baixo moderado.

Já na auto-avaliação de saúde bucal 14,4 consideram muito bom seu estado de saúde bucal e 9,75% tem resultado do ICT bom/ótimo.

### 5.2.3 Características relacionadas as variáveis relacionadas ao ICT

Ao relacionar a pergunta de auto-avaliação da capacidade para o trabalho melhor de toda a vida com o resultado do ICT há uma correlação direta entre essas grandezas. Encontramos através da correlações de Pearson uma significância estatística de 0,000. O que

mostra que a pergunta única tem valor para medir a capacidade de trabalho de forma aproximada a do índice de capacidade para o trabalho.

Tabela 9 – Correlação entre principais doenças referidas e a capacidade para o trabalho. Juiz de Fora, 2015.

Variáveis	Capacidade para o trabalho				P
	Baixo/ moderado		Bom/ótimo		
	N	%	N	%	
<b>Lesão nas costas</b>					0,042
Não tenho	56	27,3	74	36,0	
Em minha opinião	16	7,8	14	6,8	
Diagnóstico médico	29	14,1	16	7,8	
<b>Lesão nos braços/mãos</b>					0,001
Não tenho	59	28,7	83	40,4	
Em minha opinião	15	7,31	8	3,90	
Diagnóstico médico	27	13,1	13	6,34	
<b>Artrite reumatóide</b>					0,013
Não tenho	91	44,3	102	49,7	
Em minha opinião	2	0,97	2	0,97	
Diagnóstico médico	8	3,90	0	0,0	
<b>Outra doença musculoesquelética</b>					0,025
Não tenho	84	40,9	97	47,3	
Em minha opinião	2	0,97	1	0,48	
Diagnóstico médico	15	7,31	6	2,9	
<b>Hipertensão arterial</b>					0,023
Não tenho	70		85		
Em minha opinião	0		1		
Diagnóstico médico	31		18		
<b>Infecções trato respiratório</b>					0,063
Não tenho	57	27,8	72	35,12	
Em minha opinião	10	4,87	7	3,41	
Diagnóstico médico	34	16,5	25	12,1	
<b>Distúrbio emocional severo</b>					0,002
Não tenho	90	43,9	103	50,24	
Em minha opinião	2	0,97	1	0,48	
Diagnóstico médico	9	4,39	0	0,0	
<b>Distúrbio emocional leve</b>					0,000
Não tenho	32	15,6	59	28,7	
Em minha opinião	35	17,0	30	14,6	
Diagnóstico médico	34	16,5	15	7,31	
<b>Obesidade</b>					0,000
Não tenho	55	26,8	85	41,4	
Em minha opinião	22	10,7	16	7,8	
Diagnóstico médico	24	11,7	3	1,46	
<b>Diabetes</b>					0,054
Não tenho	90	43,9	100	48,7	
Em minha opinião	1	0,48	0	0,0	
Diagnóstico médico	10	4,87	4	1,95	
<b>Bócio/outra doença da tireóide</b>					0,020

Não tenho	85	41,46	98	47,8
Em minha opinião	1	0,48	0	0,0
Diagnóstico médico	15	7,31	6	2,92
<b>Nº doenças diagnosticadas</b>				<b>0,001</b>
0	0	0,0	5	2,43
1	15	7,31	9	4,39
2	3	1,46	6	2,92
3	7	3,41	13	6,34
4	9	4,39	32	15,6
5 ou +	67	32,6	39	19,02

FONTE: A própria autora, 2015

Ao fazer análise bivariada relacionando as doenças referidas e ICT obteve-se uma significância entre a ocorrência de doenças e o valor do índice com  $p < 0,05$ .

Tabela 10 – Valores de alfa de Cronbach por item do índice de capacidade para o trabalho. Juiz de Fora, 2015.

<b>Itens</b>	<b>Alfa de Cronbach (se item for excluído)</b>
ICT com todas as questões	0,783
Capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda vida	0,766
Capacidade para o trabalho em relação as exigências físicas	0,757
Capacidade para o trabalho em relação as exigências mentais	0,764
Número atual de doenças diagnosticadas por médico	0,775
Perda estimada para o trabalho devido a doenças existentes	0,754
Ausência no trabalho por problemas de saúde nos último 12 meses	0,791
Prognóstico pessoal sobre a capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	0,780
Apreciação das atividades diárias	0,761
Sentir-se ativo e alerta	0,763
Sentir-se cheio de esperança para o futuro	0,779

FONTE: A própria autora, 2015

A confiabilidade do ICT medida pelo coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,783. Apresentando consistência interna da escala estudada. A exclusão de qualquer um dos itens não provocou alteração substancial nos valores.

### 5.2.4 Características relacionadas ao trabalho e o ICT

Tabela 11 – Referência cruzada ICT x tempo de trabalho em anos. Juiz de Fora, 2015.

Tempo de trabalho (anos)	Escore ICT			Total
	Baixa	Moderada	Boa	
< 5	6	28	31	65
>=5 e <10	3	12	10	25
>=10	12	77	29	118
Total	21	117	70	208

FONTE: A própria autora, 2016

Relacionando o tempo de trabalho como agente comunitário de saúde e o ICT encontramos uma relação mostrando que quanto maior o tempo de trabalho na função menor é a incidência de boa capacidade para o trabalho na população estudada. Enquanto nos trabalhadores com tempo de trabalho inferior a 5 anos encontramos um percentual de 47% com boa capacidade para o trabalho, entre 5 a 9 anos de trabalho já há uma redução para 40% e redução maior entre os trabalhadores com mais de 10 anos como ACS, entre os quais 24,5% apresentam boa capacidade. Quanto maior o tempo de trabalho menor é o percentual de trabalhadores com boa capacidade para o trabalho.

O teste do  $X^2$  (qui-quadrado) mostrou uma significância de 0,025, ou seja, há diferença estatística entre os tempos de trabalho e boa capacidade para o trabalho.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 PERFIL DA POPULAÇÃO DO ESTUDO E FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO

A caracterização da população estudada revela que há um predomínio de trabalhadores com idade entre 30 a 59 anos, (87,2%), com média de idade de 44 anos. Esses dados mostram que em relação à média de idade e faixa etária os ACS são adultos jovens, em plena fase produtiva da vida.

Ferraz e Aertz (2005), em estudo com ACS de Porto Alegre, encontraram dados semelhantes, com 71% dos profissionais na faixa etária de 30 a 49 anos de idade.

Nesse contexto Baptistini e Figueiredo (2014), em estudo com ACS rurais, encontraram idade média de 41 anos, assim como no estudo realizado no município de São Paulo, de Cipriano e Ferreira (2011), que teve média de idade de 37,8 anos.

Com relação ao sexo, a maioria (91,5%) dos participantes é do sexo feminino, realidade encontrada também no estudo de Cipriano e Ferreira (2011), o que pode estar relacionado com o papel de cuidadora destinado a mulher na nossa sociedade e a crescente feminização da força de trabalho na saúde, dado este que foi encontrado, por outros autores, em outras pesquisas envolvendo os ACS (LUNARDELO, 2004; GALAVOTE et al, 2011; BAPTISTINI E FIGUEIREDO, 2014; ROCHA et al, 2013).

Os autores afirmam ainda que nas raízes do programa dos agentes comunitários em saúde se priorizava a contratação de mulheres por se considerar que estas teriam maior credibilidade e aceitação pela comunidade, por já ser destas o papel de educadora e cuidadora das crianças e da família em geral. Além disso, outra justificativa seria o fato deste ser um novo mercado de trabalho, próximo as residências e que traria uma mudança de perspectiva para essas mulheres através do aumento da renda familiar (LUNARDELO, 2004; GALAVOTE et al, 2011; BAPTISTINI E FIGUEIREDO, 2014).

Com relação à autodeclaração a respeito de sua cor ou raça 47,2% se autodeclararam pertencentes à raça branca, 34% a raça parda e 17% a preta e apenas 1,4% a amarela, o que coincide com os dados do censo de 2010, que revela uma alteração na composição racial brasileira, com uma redução na proporção de brancos passando de 53,7% em 2000 para 47,7% em 2010, pardos de 38,5% para 43,1% e de pretos de 6,2% para 7,6%.

Mostrando assim, o predomínio da população preta e parda no Brasil (50,7%) e do mesmo na nossa população de estudo (IBGE, 2010).

A maioria, 55,5% são casados ou vivem em união estável, corroborando o que foi descrito em estudos de Barcellos et al (2006), onde 45,21% dos entrevistados são casados; de Baptistini e Figueiredo (2014) com 62,5% casados e de Paula et al (2015) em que 55,32% eram casados ou viviam com companheiro.

Isso demonstra que atrelado ao trabalho formal como ACS, a maioria dos trabalhadores possuem ainda atividades inerentes ao seu papel de mulher, ocasionando um dupla ou tripla jornada de trabalho, pois estar trabalhando em uma atividade remunerada fora de casa não diminui suas responsabilidades no trabalho doméstico e cuidados com sua família, e sim se sobrepõe aumentando a sobrecarga de trabalho (BARBOSA et al, 2012; VASCONCELOS et al, 2011).

A escolaridade variou entre ensino fundamental incompleto à pós-graduação com predominância de 66% dos ACS com ensino médio completo, 7,1% com nível superior incompleto e 19,3% com superior completo. Como visto no estudo de Gouvêa (2015) em que 64,2% dos ACS possuem ensino médio completo e 26% referiram ter concluído ou estarem cursando o ensino superior, sendo que os cursos escolhidos em 15% dos casos são cursos da saúde.

Importante salientar que o projeto de Lei nº 3.604, de 1997, que dispõe sobre o exercício da profissão e a Lei n.º 11.350/2006 que dispõe sobre as atividades dos agentes comunitários de saúde, coloca como requisito para exercer a função apenas haver concluído o ensino fundamental e o curso introdutório de formação inicial e continuada sobre as funções e ações desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde. Ainda a este respeito, observa-se que hoje existem cursos de formação técnica de agente comunitário de saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006; PRONATEC, 2016).

Frente a este fato observa-se que os ACS estudados possuem qualificação acima do que a legislação exige, indicando a busca por estes profissionais de aprimoramento e ampliação dos conhecimentos, o que pode também ser decorrente da necessidade sentida devido à complexidade das atividades realizadas no trabalho (GOUVÊA et al, 2015).

Com relação à renda familiar 58,6% dos ACS possuem renda de até 3 salários mínimos, em estudo com ACS de Porto Alegre 81,5% possuíam renda menor que 3 salários mínimos, diferente do que foi encontrado em outros estudos com ACS de Uberlândia - MG e Piracicaba - SP em que 68,09% e 60,45%, respectivamente informaram renda familiar maior que 3 salários mínimos (PAULA et al, 2015; FERRAZ; AERTZ, 2005; GOUVÊA et al, 2015).

O fato da maioria dos ACS serem mulheres casadas, e de que o piso salarial desta categoria é de R\$ 1014,00 (hum mil e quatorze reais), indica que há participação, de forma complementar, do salário do ACS na renda familiar.

Na avaliação do Critério Brasil de 2013 houve uma predominância das classes c1 (38,2%), que equivale a uma renda bruta familiar de R\$1865,00, e B2 (34,4%) R\$3118,00. Em estudo realizado em outro município mineiro, Caetanópolis foi encontrado predomínio das classes C2 E C1 e respectivamente com 37,5% e 33,3%, a partir do Critério Brasil de 2010, que representava renda entre R\$ 933,00 e R\$ 1.391,00 (BARROSO; GUERRA, 2013).

As análises estatísticas demonstraram que as variáveis sociodemográficas não tem associação com relação ao ICT, mostrando independência dos fatores inclusive do sexo. Alguns estudos mostram diferença entre homens e mulheres, nas quais as mulheres têm menor capacidade de trabalho comparada aos homens. O que pode explicar essa diferença é o fato da mulher ter acrescida em sua carga de trabalho total, a jornada profissional somada aos seus afazeres domésticos (SILVA et al, 2011).

A diferenciação apontada nos estudos encontrados parece melhor explicada, quando há menor capacidade para o trabalho entre as mulheres, pela combinação entre trabalho profissional e doméstico sobrepôr às responsabilidades e cargas de trabalho e aumentar a quantidade de horas trabalhadas, relacionadas com papéis de gênero e as diversas funções desempenhadas pela mulher: mãe, esposa, chefe de família e trabalhadora (MUSSHAUSER et al.2006; ROTEMBERG et al, 2008; SILVA et al, 2011; BARBOSA et al, 2012).

Em nosso estudo não encontramos significância estatística ( $p=0,110$ ) entre a maior escolaridade e a capacidade para o trabalho, confirmando o estudo de Paula et al (2015), realizado também com ACS. Quanto ao estudo de Ferraz e Aerts (2005) houve significância, uma vez que quanto maior a escolaridade, maior foi o ICT encontrado.

No que diz respeito à idade não foi encontrada nenhuma significância estatística entre o aumento da idade e a diminuição do ICT como encontrado por diversos autores em estudos com enfermeiros e técnicos administrativos em educação (GODINHO et al 2016; SILVA, 2011).

No nosso estudo o menor índice foi entre trabalhadores na faixa etária de 30 a 39 anos, o que nos faz supor que esse dado tenha a ver com a realização profissional, uma vez que os trabalhadores dessa faixa etária são também os que apresentam maior qualificação profissional almejando colocações melhores no mercado de trabalho e permanecem como ACS devido à estabilidade.

As análises bivariadas não encontraram significância entre estado civil e ICT ( $p=0,220$ ), semelhante ao que foi encontrado em estudo com enfermeiros (HILLESHEIN; LAUTERT, 2012).

A renda per capita não teve correlação com o ICT ( $p=0,111$ ), visto que estamos trabalhando com profissionais que exercem a mesma função com salário regulamentado pelo Decreto Federal nº8474 de 2015 de R\$1014,00. Além disso, apenas 11,3% referiram possuir outro emprego ou atividade remunerada e quando questionados sobre quem exercia o papel de chefe da família 31,1% afirmaram compartilhar com o cônjuge igualmente essa responsabilidade. Podemos concluir que a renda per capita maior ou menor está relacionada com a contribuição da renda do cônjuge e por isso não interfere no ICT dos trabalhadores (BRASIL, 2015b).

Em estudo semelhante com ACS em que 65,96% apresentaram renda mensal maior que 3 salários mínimos não houve relação entre a renda e o ICT. E os autores também relacionaram esse valor com o estado civil e o incremento da renda pela presença do cônjuge (PAULA et al, 2015).

Em relação a autopercepção da saúde geral, os resultados encontrados mostram que a maior parte avaliam seu estado de saúde como bom (55,7%) e muito bom (23,6%) com percepção ruim em apenas 1,9% dos participantes. Diferentemente do observado na Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades (PDSO), um inquérito domiciliar de abrangência nacional realizado em 2008, onde foi encontrado autopercepção de saúde ruim em cerca de 40%. O que pode explicar essa diferença é que apesar da amostra do PDSO, também ser composta em sua maioria por mulheres, elas possuem escolaridade (31,1%) com 1 a 4 anos de estudo e cerca de 40% com renda menor que 1 salário mínimo e com menor participação no mercado de trabalho (PAVÃO et al, 2013).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 analisou o indicador de saúde “auto-avaliação de saúde” através de um inquérito na população geral, apresentando resultados semelhantes aos do nosso estudo, 51,56% dos entrevistados auto-avaliaram sua saúde como boa e 19,9% como muito boa e 3,9% definem como ruim seu estado de saúde (DACHS; SANTOS, 2006).

Já na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 com pessoas de 18 anos ou mais de idade, destas, 66,1% auto-avaliaram sua saúde como boa ou muito boa (IBGE, 2013).

Com relação à influência do sexo na percepção de saúde, em nosso estudo não encontramos significância estatística ao fazermos este cruzamento, a este respeito pesquisas realizadas no Canadá e Coréia mostraram que há divergências na influência do gênero na

autopercepção de saúde, que para serem analisados corretamente devem ser relacionadas com outros dados (SHOOSHTARI et al, 2007; SHIN et al, 2012).

Na autopercepção de saúde bucal encontramos como resultado que 50,9% consideram bom seu estado de saúde bucal e apenas 5,2 consideram ruim ou muito ruim. A saúde bucal influencia a capacidade para o trabalho, sendo percebida no nosso estudo que 62% dos trabalhadores que auto-referiram que, de modo geral, consideram o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva) muito bom, apresentam bom ICT. Ratificando este resultado, estudo realizado com trabalhadores administrativos de uma indústria têxtil, mostrou que pessoas com melhores condições de saúde bucal possuem um melhor ICT. Apresentando forte relação estatística entre o ICT e a saúde bucal. Esse achado evidencia a importância de incluir nos programas de saúde ocupacional ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal dos trabalhadores, além do fato, de que a avaliação da saúde bucal deveria ser incluída na rotina dos exames periódicos das empresas (BONFIM et al, 2015).

A análise dos dados mostraram que houve consistência interna do ICT ( $\alpha = 0,783$ ), o que é confirmado por outros estudos, como no de Peralta (2010) com trabalhadores da atenção primária da Argentina ( $\alpha = 0,80$ ) e em estudo realizado por Beltrame et al (2014) com trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza ( $\alpha = 0,73$ ).

O escore médio do ICT encontrado foi de 35,74 classificado como capacidade para o trabalho moderada, a classificação da capacidade para o trabalho após o cálculo do índice indicou 49,3% dos trabalhadores com capacidade inadequada para o trabalho ICT (baixo/moderado) e 50,7% (bom/ótimo), da mesma forma outro estudo realizado com ACS, encontrou média do ICT de 36,51 e 55,32% apresentaram capacidade inadequada para o trabalho e 44,68% adequada. Já em um estudo com profissionais de enfermagem de um hospital universitário em São Paulo foi encontrado ICT inadequado em apenas 22% dos trabalhadores (PAULA et al, 2015; FISCHER et al, 2006).

Os valores encontrados no cálculo do ICT mostraram a predominância entre os trabalhadores de boa capacidade para o trabalho 45,9%, seguido pela capacidade moderada (42%) e apenas 7,3 % com o resultado de baixa capacidade.

Esses dados apontam para a necessidade de discutir o processo de trabalho dos ACS visando ações e programas que estejam voltados para a proteção e promoção da saúde desses trabalhadores de modo há melhorar os valores de ICT baixo/ moderado e manter os valores de ICT bom/ótimo, prevenindo o adoecimento precoce e o envelhecimento funcional.

Em pesquisa com trabalhadores de uma universidade pública houve semelhança nos resultados obtidos (58,9%) com (ICT) bom; 37,8%, moderado; e 3,2%, baixo (MOURA et al, 2013).

Seguindo os resultados encontrados em estudos semelhantes com profissionais de saúde observamos boa auto-avaliação da capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida, com média de 8,0 (DP=1,61) em uma escala de 0 a 10 (HILLESHEIN, LAUTERT, 2012).

Ao somarmos os que apresentam boa capacidade para o trabalho (45,9%) com os que apresentam ótima capacidade para o trabalho (4,9%) obtemos 50,8% com capacidade adequada para o trabalho.

Em relação aos dados obtidos pela pergunta única sobre a auto-avaliação da capacidade para o trabalho em comparação com o ICT, encontramos significância entre os resultados que mostra a abertura de novas possibilidades de avaliar a capacidade de trabalho quando a forma original do índice não puder ser aplicada.

A este respeito, estudos feitos na Finlândia para avaliar a capacidade para o trabalho na população também encontraram convergência entre o ICT e a pergunta sobre a auto-avaliação da capacidade para o trabalho (EL FASSI, 2013; GOULD, 2008).

Do mesmo modo um estudo realizado em Luxemburgo avaliou a semelhança entre o ICT e a auto-avaliação da capacidade para o trabalho, essas pesquisas permitiram analisar a possibilidade de utilização da pergunta única para rastreamento sistemático da capacidade para o trabalho em trabalhadores (EL FASSI, 2013; GOULD, 2008).

Em relação, as respostas sobre a capacidade para o trabalho, as exigências físicas (50,5%) e mentais (56,6%), foram classificadas como boa, e apenas 1,9% (físicas) e 2,8% (mentais) avaliaram como baixa capacidade. Em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem houve resultado semelhante, com 44,4% (física) e 63,5% (mental) de boa avaliação pelo trabalhador e pequeno percentual com baixa capacidade física (6,3%) e mental (3,2%) (MAGNAGO et al, 2013).

Os trabalhadores referiram possuir 5 doenças ou mais (78,6%), apesar disso, 41% informaram que sua doença não lhe causa impedimento e 42,7% referem não ter falta no trabalho nos últimos 12 meses. Apenas 2,9% relataram não ter nenhuma doença

As 5 doenças mais relatadas pelos ACS são infecção do trato respiratório como amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda (28,8%), hipertensão arterial (23,6%), distúrbio emocional leve (23,6%), lesão nas costas (22,6%) e lesão em outras partes do corpo (22,2%).

No estudo de Fischer (2006) com trabalhadores de enfermagem, as doenças mais frequentes também estiveram relacionadas a infecções do trato respiratório (30,2%), a distúrbios osteomusculares como lesão nas costas (20,9%), distúrbio emocional leve (19%) e problemas de visão (19%).

Já em outro estudo também com profissionais da enfermagem as cinco principais doenças diagnosticadas por médicos foram as infecções do trato respiratório (11,6%), gastrite (10,5%), lesão nas pernas e no pé (9,6%) e lesões nas costas (9,4%). Quando referida como percepção dos profissionais há um aumento na frequência de doenças musculoesqueléticas e distúrbio emocionais sendo 30,3% distúrbio emocional leve, 17,2% lesão nas costas e 14,5% lesão na perna / pé (MAGNAGO et al, 2013; FISCHER et al, 2006).

A frequência de doenças músculo esqueléticas foi elevada, com predominância de lesão nas costas (22,6%) e lesão em outras partes do corpo (22,2%).

Em estudo realizado com trabalhadores de saúde de Belo Horizonte – MG, 59,6% dos ACS também referiram distúrbios musculoesqueléticos. Outro aspecto observado foi a relação entre tempo de trabalho (>10 anos) na função e maior prevalência do problema relatado (BARBOSA et al, 2012).

Em nosso estudo também encontramos que 56,9% dos ACS estudados, possuem tempo de trabalho superior a 10 anos, o que nos faz pensar que esse possa ser um dos aspectos a ser considerado na ocorrência de doenças músculo esqueléticas.

O distúrbio emocional leve que inclui depressão leve, tensão, ansiedade e insônia está presente em 23,6% dos trabalhadores. Algumas pesquisas fazem correlação entre a sobrecarga diferenciada de trabalho dessa classe, por viverem e trabalharem no mesmo local. Os momentos de descanso e lazer ficam comprometidos pela jornada de trabalho e responsabilidades, uma vez que a comunidade tem uma proximidade com estes trabalhadores que permite o contato com estes, mesmo fora do trabalho, o que pode aumentar a carga e as pressões por resultados, vindo dos moradores, que muitas vezes não respeitam os horários de folga ou período de férias (BARBOSA et al, 2012; DA SILVA; MENEZES, 2008).

A presença de hipertensão arterial (HAS) diagnosticada por médico foi de 23,6%, sendo que dados semelhantes foram encontrados em outros estudos e em pesquisas com a população geral.

Estudo realizado com trabalhadores da estratégia de saúde da família, onde 54,8% eram ACS, encontrou que 25,4% dos trabalhadores apresentavam diagnóstico de hipertensão arterial. Dados da PNS (2013) mostram que a prevalência de hipertensão foi de 21,4% na população geral, semelhante ao encontrado pelo sistema de vigilância de fatores de risco e

proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL-2013) que obteve prevalência de 24,1% em adultos nas capitais brasileiras e no distrito federal (OSHIRO et al, 2013; IBGE, 2013; BRASIL, 2014).

Em relação a ocorrência de diabetes, segundo diagnóstico médico, encontramos uma prevalência de 6,6%. Dados que se assemelham com aos da pesquisa nacional de saúde do IBGE em que 6,2% da população acima de 18 anos relataram diagnóstico médico de diabetes (IBGE, 2013).

Outro dado importante encontrado em nosso estudo foi a ocorrência de artrite reumatóide que apresentou prevalência de 3,8% maior do que a da população em geral que é em torno de 0,5 a 1%. Estudos mostram que a incapacidade para o trabalho continua a ser um problema considerável para muitos pacientes com artrite reumatóide (GOELDNER, 2011; MATILLA et al, 2014)

Em pesquisa realizada na Finlândia com 534 trabalhadores portadores de artrite reumatóide, a doença prejudicou o desempenho do trabalho em 47% e 15% precisaram de licença médica no mês anterior. Além dos trabalhadores na ativa 224 aposentados também participaram e desses 71% precisou se aposentar antes da idade esperada. O estudo mostrou que a partir da perspectiva do paciente, um dos sintomas da doença que é rigidez matinal, reduz a capacidade de trabalhar nesses pacientes e contribui para a redução da vida laboral (GOELDNER, 2011; MATILLA et al, 2014).

Entretanto os testes estatísticos não mostraram correlação entre a capacidade para o trabalho e autopercepção de saúde com a presença de artrite reumatóide, bem como, com o afastamento e relato de impedimento para o trabalho, o que difere do que é visto na realidade dos pacientes diagnosticados com essa doença, que tem sua vida profissional alterada pelo caráter incapacitante da mesma (GOELDNER, 2011; MATILLA et al, 2014).

Os dados de obesidade foram obtidos através do somatório de quem considera ter e quem tem diagnóstico médico de obesidade, ao relacionarmos este dado com a capacidade do trabalho, encontramos que 52% apresentam baixa capacidade para o trabalho, 35% moderada e 33% boa capacidade. Em estudo realizado na Finlândia, foi mensurado o IMC e a relação cintura-quadril, sendo observado que o IMC aumentado não está diretamente relacionado a incapacidade de trabalho, mas pode evidenciar prejuízos por aumento do stress e da secreção do hormônio cortisol, que por sua vez estão relacionados a obesidade (J LAITINEN et al, 2005).

No nosso estudo temos como um dificultador para traçar estas relações o fato da condição de obesidade ter sido referida e não mensurada.

A respeito do tempo de trabalho observamos que 56,8% dos agentes comunitários trabalham 10 anos ou mais, contrariamente ao que foi encontrado em outros estudos, como o de Paula (2015) em que 68,09% dos ACS estudados tinham até 3 anos de trabalho na função.

Isso se deve ao fato de todos os trabalhadores estudados serem concursados, o que garante estabilidade, favorecendo a continuidade do trabalho e o vínculo desses trabalhadores com sua área de cobertura, o que nesta profissão é imprescindível para realização de um trabalho com qualidade (FONSECA et al, 2013).

Quando relacionamos tempo de trabalho com o ICT encontramos que quanto maior o tempo de trabalho menor o percentual de pessoas com bom ICT, isto aliado ao fato de que o aparecimento de doenças ocupacionais tem seu surgimento em longo prazo indica que há necessidade de se investir em ações de promoção da saúde desses trabalhadores, para que estes possam se manter ativos e saudáveis no trabalho (ANCHIETA et al, 2011; THEISEN, 2004).

Frente ao grande número de doenças relatadas e dificuldades enfrentadas para realização do trabalho, observadas neste estudo, questionamos o que faz com que os ACS, continuem a desenvolver as atividades com baixa taxa de afastamentos e faltas no trabalho, sendo que 42,7% não tiveram falta ao trabalho no último ano, 41% não consideram que a sua doença causa impedimento para realização de seu trabalho e acreditam ser bastante provável serem capazes de realizar o mesmo daqui a 2 anos (73,3%) e apreciarem suas atividades sempre ou quase sempre (69,3%).

Apesar das dificuldades enfrentadas os agentes comunitários de saúde demonstram gostar da sua profissão e percebem sua importância na saúde da população e isso interfere positivamente na sua capacidade para o trabalho.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população deste estudo foi composta majoritariamente por mulheres, com idade entre 20 e 71 anos, média de 44 anos, casadas, da raça branca, a maioria com ensino médio completo, renda familiar líquida de 2 a 3 salários mínimos, pertencentes as classe B2 e C1 e apresentam boa percepção de saúde geral e saúde bucal.

Os ACS apresentam boa capacidade para o trabalho com relação ao ICT (45,9%) e apenas 7,3 % apresentam baixa capacidade para o trabalho. Na auto-avaliação da capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida 52,8% consideram boa e 18,9% estar na sua melhor capacidade para trabalho.

Ainda, em relação a capacidade para o trabalho dos 23,36% dos trabalhadores que consideram seu estado de saúde geral muito bom, 18,8% possuem um ICT entre bom e ótimo, no que diz respeito a avaliação da saúde bucal entre os 14,4% que consideram muito bom seu estado de saúde bucal, 9,75% apresentam ICT bom/ótimo.

Os trabalhadores acreditam ser bastante provável serem capazes de continuar a realizar suas atividades de trabalho daqui a 2 anos (73,3%). Apesar das doenças relatadas (78,6% possuem 5 doenças ou mais), 41% dos trabalhadores referem que sua doença não causa impedimento para realização de seu trabalho e somente 0,9% referem estar incapacitados para trabalhar. Os trabalhadores conseguem apreciar suas atividades de trabalho sempre (35,8%) ou quase sempre (33,5%).

Pelos resultados encontrados na avaliação da capacidade para o trabalho dos agentes comunitário de saúde de Juiz de Fora podemos recomendar que sejam traçadas medidas para promover e preservar a saúde desses trabalhadores.

Para os trabalhadores que apresentaram ótima capacidade, 4,9% da amostra, estes devem ser orientados quanto aos fatores relacionados ao seu trabalho que favorecem a manutenção dessa capacidade e quais podem ser maléficis e prejudiciais.

Trabalhadores com boa capacidade precisam manter as boas ações e serem apoiados e esclarecidos sobre características envolvidas no seu processo de trabalho que atuam na deterioração ou promoção da sua capacidade.

Quando a capacidade de trabalho é moderada, deve-se buscar o maior empoderamento do trabalhador resgatando e incentivando ações de promoção de sua capacidade como adoção de hábitos de vida saudáveis, reforço do apoio social, repouso e lazer, além disso, pode haver a necessidade de encaminhamento para reabilitação médica.

Já com os 7,3 % que obtiveram o resultado de baixa capacidade devem ser trabalhadas possibilidades para restauração de sua capacidade, observando seu ambiente de trabalho e fazendo adequações para redução de danos e riscos e possibilidades para reabilitação médica.

Assim, aqueles trabalhadores que apresentam índices baixos ou moderados merecem uma atenção especial no sentido de recuperar ou melhorar sua capacidade o mais rápido possível, através de medidas de intervenção ambientais coletivas e individuais.

Mas os trabalhadores que apresentam índices de capacidade bons ou ótimos não devem ser esquecidos, para estes devem ser fornecidas informações de como manter sua capacidade para o trabalho satisfatório, além de informações sobre os fatores no trabalho, relacionados ao estilo de vida e ambientais que levem à manutenção ou ao enfraquecimento de sua capacidade, visando prevenir sua diminuição.

É necessário promover espaços de discussão para que os trabalhadores coloquem suas dificuldades, incertezas e receios com relação ao desenvolvimento do seu trabalho e aos riscos que estão expostos, promovendo ambientes de trabalho saudáveis e promotores de boa capacidade para o trabalho para que essa profissão, que tem pouco tempo de atuação possa ser promotora de saúde, desenvolvimento e satisfação profissional e não seja sinônimo de uma atividade incapacitante, que possa promover o envelhecimento saudável e que o profissional possa construir sua carreira nessa profissão até sua aposentadoria.

Pensando nisso, essa pesquisa mostra através de seus resultados e discussões acerca da saúde do ACS e sua capacidade para o trabalho, que ações devem ser tomadas no sentido de possibilitar a melhoria das condições de trabalho e de vida desta população, buscando compreender o que os aproxima e os afasta para ter uma boa qualidade de vida no trabalho e capacidade para realizar suas atividades diárias, de forma a apreciá-las, ter prazer em realizá-las e ter esperança para um futuro melhor, com a manutenção da capacidade de trabalho de modo a que esse não lhe cause sofrimento físico ou mental.

Esse estudo não esgota as reflexões acerca deste tema, há muito que ser analisado e relacionado. Algumas respostas devem ser aprofundadas em outras pesquisas.

Pesquisas qualitativas com recortes mais delimitados em alguns aspectos se fazem necessárias para que algumas percepções e leituras dos trabalhadores sobre sua capacidade para o trabalho sejam reveladas com maior profundidade.

Além disso, é importante haver a interlocução entre a secretaria de saúde, os trabalhadores e os dados revelados por essa pesquisa, que certamente contribuirão para a melhoria e adequação dos processos de trabalho.

## 8 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D.; SANTOS, M. A. R. DOS; COSTA, A. F. B. Aplicação do coeficiente Alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. In: **XXX Encontro Nacional de engenharia de produção, anais da associação brasileira de engenharia de produção**. São Carlos - SP. p. 1 - 12. 2010.
- ALONSO, A. C. La salud no se vende ni se delega, se defiende. **El modelo obrero. Madrid: Fundación sindical de estudios y comisiones obreras de Madrid. Ediciones GPS, 2007**
- ANCHIETA, V. C. C. et al. Trabalho e riscos de adoecimento: um estudo entre policiais civis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 2, p. 199-208, 2011.
- ANDRADE, C. B; MONTEIRO, M. I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 237-244, 2007.
- ARANHA, M.L; MARTINS, M.H.P . **Filosofando introdução à filosofia** 4 ed. São Paulo: Moderna 2009
- ARENDT, H. **A condição humana**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2010
- ATLAS. **SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO**. 75a. Ed. São Paulo: equipe Atlas (ed.). Editora Atlas S.A., 2015. 1072p. (Manuais de Legislação Atlas).
- BAILER, C.; TOMITCH, L. M.B.; D'ELY, R. C. S. F. O planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em lingüística aplicada. **Intercâmbio. Revista do programa de estudos pós-graduados em linguística aplicada e estudos da linguagem**. V. 24, 2011.
- BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. D. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade** n São Paulo v. XVII, n. 2 n p. 53-70 n abr.-jun. 2014
- BARBOSA, R. E. C. et al. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 8, p. 1569-1580, aug. 2012.
- BARBOSA, R. H. S. et al. Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, p. 751-765, 2012.
- BARCELLOS et al. Perfil do agente comunitário de saúde ACS de Vitória-ES. **Brazilian Journal of Health Research**, 2006.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o sistema único de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. Supl 0, p. 1779-1790, 2007.
- BARROSO, S. M.; GUERRA, A. D. R. P. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis-MG. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n.

3, p. 338-345, sept. 2013 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1414-462x2013000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414-462x2013000300016). Acesso em: 22/01/2016

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BELLUSCI, SILVIA MEIRELLES; FISCHER, FRIDA MARINA. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 33, n. 6, p. 602-609, dec. 1999 .

BELTRAME, M. T. et al. Work ability in hospital housekeeping services and associated factors. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 4, p. 49-57, dec. 2014 .

BIRD. Envelhecendo em um Brasil mais velho implicações do envelhecimento populacional sobre crescimento econômico redução da pobreza finanças públicas prestação de serviços 2011 banco internacional para a reconstrução e o desenvolvimento / Banco Mundial 1818 h Street, n.w. Washington, d.c. 20433, EUA. Primeira impressão em março de 2011

BOMFIM, R. A. et al. Relations between oral health and work ability among administrative workers. **Braz. J. Oral Sci.**, Piracicaba , v. 14, n. 1, p. 41-45, mar. 2015 .

BRASIL. **Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015**. 2015b Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/decreto/d8474.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8474.htm). Acesso em: 06/01/2016

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. Vigitel Brasil 2013 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em saúde, Departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 20 set. 1990

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.602/2011, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 08 de novembro de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm)>. Acesso em 20/11/2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.192 p. II. – (Série A. Normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n. 19)

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional de 3 de setembro de 1926. Emendas à Constituição Federal de 1891. Disponível em :[http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon\\_sn/19201929/emendaconstitucional-35085-3-setembro-1926-532729-publicacaooriginal-15088-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon_sn/19201929/emendaconstitucional-35085-3-setembro-1926-532729-publicacaooriginal-15088-pl.html) Acesso em 26/11/2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. DATASUS. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2015. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/lista\\_es\\_municipio.asp?vestado=31&vcodmunicipio=313670](http://cnes.datasus.gov.br/lista_es_municipio.asp?vestado=31&vcodmunicipio=313670)  
Acesso em: 20/04/2015

\_\_\_\_\_. Presidência da República Casa Civil subchefia para assuntos jurídicos. Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)> acesso em 15/12/2014

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n.º 8.079 - de 11 de outubro de 1945. Disponível em <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1945/8079.htm> acesso em 26/11/2014

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; Senado Federal; 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm)>. Acesso em: 16/04/2015.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n.º 3.604, de 1997. Dispõe sobre o exercício da profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.camara.gov.br/proposicoesweb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=4b933d7228dfcdcd1eed8ac197e88cb36.proposicoesweb1?codteor=1130992&filename=avulso+-pl+3604/1997](http://www.camara.gov.br/proposicoesweb/prop_mostrarintegra;jsessionid=4b933d7228dfcdcd1eed8ac197e88cb36.proposicoesweb1?codteor=1130992&filename=avulso+-pl+3604/1997) Acesso em: 22/01/2016.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 11.350/2006, de 5.10.2006. Dispõe sobre as atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11350-5-outubro-2006-545707-normaatualizada-pl.pdf>. Acesso em 20/04/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso / Ministério da Saúde. – 2. Ed. Rev. – Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2009. 70 p. – (série e. Legislação de saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 260 p. : il. – (Série A. Normas e manuais técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009c 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e educação em saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias ; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. (Série A. Normas e manuais técnicos; n.114

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da atenção primária à saúde nos estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Mesa nacional de negociação permanente do SUS. Protocolo nº 008 /2011 da mesa nacional de negociação permanente do sistema único de saúde. Brasília: \Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. Área técnica de saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Departamento de atenção básica, Departamento de ações programáticas e estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 63p. : il. – (Cadernos de atenção básica. Programa saúde da família; 5)

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). 2011 a. Acesso em 04/11/2015

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) Acesso em: 01/04/2015

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Série A. Normas e manuais técnicos cadernos de atenção básica, n. 19 1.<sup>a</sup> edição 1.<sup>a</sup> reimpressão 2007

\_\_\_\_\_. Presidência da República Casa Civil Subchefia para assuntos jurídicos. Emenda Constitucional nº 26, de 14 de fevereiro de 2000 .altera a redação do art. 6o da Constituição Federal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc26.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc26.htm). Acesso em: 26/02/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário oficial da União 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html) Acesso em 01/12/2014

BRUNNER, R. Et al. (2013) Self-rated health and medical outcomes in the women's health initiative: the aging continuum, health, morbidity, mortality. **J Gerontol Geriat Res** 3:139.

CAMPOS, G. Apresentação in: SANTOS-FILHO. SERAFIM, BARROS, MARIA ELIZABETH. **Trabalhador da saúde muito prazer!** Ijuí, 2009 p 11-15

CARMO, I. C. Et al. Fatores associados à sintomatologia dolorosa e qualidade de vida em odontólogos da cidade de Teresina- PI. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.14, n.1, p. 141-50, 2011.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, M. I. C. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 45-66, apr. 2015 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1981-77462015000100045&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1981-77462015000100045&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06/04/2015.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? In: Silva, e. E. (org.). **Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. Lisboa: APMCG, 2008. P. 69-72.

CAVALCANTE, C.A.A.; NÓBREGA, J.A.B.; ENDERS, B.C; MEDEIROS, S.M. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Rev. Eletr. Enf.** [internet]. 2008; 10(1): 241-248. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>. Acesso em 20/03/2015

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A reconfiguração gerencial do estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de janeiro: EPSJV, p. 33-78, 2011.

CID 10. Classificação Internacional de Doenças. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em 13/11/2015

CIOSAK, S.I. ET AL. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. Spe2, p. 1763-1768, 2011.

CIPRIANO, F.G.; FERREIRA, L. P. Queixas de voz em agentes comunitários de saúde: correlação entre problemas gerais de saúde, hábitos de vida e aspectos vocais. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v. 16, n. 2, p. 132-139, 2011.

CONASS. Nota Técnica 45 2011 Brasília, 20 de outubro de 2011. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: [http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt%2045\\_2011%20%20pol%20c3%8dtica%20nacional%20de%20sa%20c3%9ade%20do%20trabalhador.pdf](http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt%2045_2011%20%20pol%20c3%8dtica%20nacional%20de%20sa%20c3%9ade%20do%20trabalhador.pdf) Acesso em 26/11/14

CONH, A; MARSIGLIA, R. G. Processo de organização do trabalho. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI (ORGS.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

DACHS, J.W;SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2006; 11:887-9

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

DE BARROS, R. B.; DE BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, S.B; BARROS, M.E.B. (ORGS.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: ed. Unijuí, 2009

DE FREITAS, L. G; FACAS, E. P. Vivências de prazer-sofrimento no contexto de trabalho dos professores. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 7-26, 2013.

DE MAESENEER, J. et al. A atenção primária à saúde como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura, iniciativa da rede de conhecimento em sistemas de saúde. **Rev Brasileira Saúde da Família** 2008; ano IX(19):46-72

DEJOURS, C., 1986. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de Saúde Ocupacional**, 54(14): 7-11.

\_\_\_\_\_. Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (ORGS.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília/Rio de Janeiro: Paralelo15/FIOCRUZ, 3 ed. 20011. P.47-104.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho**. Estudo de psicopatologia do trabalho tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira 6 edição 2015

**Descritores em Ciências da Saúde.** Disponível em: [http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?isisscript=../cgibin/decserver/decserver.xis&interface\\_languag e=p&previous\\_page=homepage&previous\\_task=null&task=start](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?isisscript=../cgibin/decserver/decserver.xis&interface_languag e=p&previous_page=homepage&previous_task=null&task=start) Acesso em: 29/11/2015.

DIAS, E. C. In: FERREIRA FILHO, MÁRIO (ORG.) **Saúde no trabalho**. São Paulo, Rocca, 2000. Disponível em:<[www.medicina.ufmg.br/dmps/textos.htm](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/textos.htm)> Acesso em 13/11/2014

EL FASSI, M. et al. Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of work ability index and work ability score.**BMC Public Health** , v. 13, n. 1, p. 1, 2013.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2006 julho agosto; 14(4):517-25.

FERRAZ, L; AERTS, D. R. G. D. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 347-355, 2005.

FISCHER, F. M. et al. Work ability of health care shift workers: what matters? **Chronobiology International**, v. 23, n. 6, p. 1165, 2006.

FRIAS JUNIOR, CARLOS ALBERTO DA SILVA. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 135 p.

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

GALAVOTE, H. S. et al . Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na estratégia saúde da família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 231-240, jan. 2011

GOELDNER, I. et al. Artrite reumatóide: uma visão atual. *J Bras Patol Med lab.* 2011;47(5):495-503

GOULD, R. et al. **Dimensions of work ability**. Results from the health 2000 survey. Helsinki (Finland): Finnish Centre for Pensions; 2008.

GOUVEA, G. R. et al . Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à estratégia saúde da família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1185-1197, apr. 2015 .

HARRIS, M.; HAINES, A. Brazil's family health programme [editorial]. **BMJ** 2010; 341:c4945. Disponível em <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945> Acesso em 02/04/2015

HILLESHEIN, E. F.; LAUTERT, L. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 3, june 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s010411692012000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s010411692012000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03/12/2014.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.20, supl. 2, 2005.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/sis\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/sis_2010.pdf)> acesso em 18/12/2014

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2ª edição. Disponível em: [Http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/sintese\\_de\\_faultxls.shtm](Http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/sintese_de_faultxls.shtm). Acesso em 09/11/2015.

\_\_\_\_\_.Ministério do Planejamento, orçamento e gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Diretoria de pesquisas coordenação de população e indicadores sociais estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica número 34 Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2013/acesso> em 04/01/2015

\_\_\_\_\_.Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.

JARDIM, T. D.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, mar. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1414-32832009000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414-32832009000100011). Acesso em: 23/11/2015.

JYLHA, M. **What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model.** *Soc Sci Med* 2009, **69**:307–316.

JÚNIOR, J. C. B. (Org.). **Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade** – 1.Ed - São Paulo: Editora Edicon, 2009, 500 p. Disponível em: <http://www.sfipec.org.br/artigos/social/empreendedorismo3aidade.pdf> acesso em: 12/01/2015

LAITINEN, J. et al. Body mass index and weight change from adolescence into adulthood, waist-to-hip ratio and perceived work ability among young adults. **International Journal of Obesity**, v. 29, n. 6, p. 697-702, 2005.

LANCMAN, S.; JARDIM, T.A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v.15, n.2, p.84-96, 2004.

LOPES, R. D.; HARRINGTON, R. A. **Compreendendo a pesquisa clínica.** Porto Alegre: AMGH, 2015. 256p.

LUNARDELO, S.R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto [tese].** São Paulo: Ribeirão Preto; 2004. [acessado 2006 jul 1º]. Disponível em:<http://www.teses.ensp.br/>.

MACKEY, A.; GASS, S. Common data collection measures. In: *Second language research: methodology and design.* Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2005. P. 43-99.

MADRID, C. **Manual para a aplicação ODK.** Editora: Húngara. Maio 2015. Disponível em: <http://www.ongawa.org/compromiso-y-desarrollo/files/2015/05/odk-portugues.pdf>. Acesso em: 25/11/2015

MAGNAGO, T.S.B.S. et al. Avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro **Rev. Eletr. Enf.** [internet]. 2013 abr/jun;15(2):523-32.

MARTINEZ, M. C. ; LATORRE, M. D. R. D. D. O. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do setor elétrico. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009 a, vol.25, n.4, pp. 761-772. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n4/07.pdf> . Acesso em 10/10/2015.

MARTINEZ, M.C. et al. Validade e confiabilidade da versão brasileira do índice de capacidade para o trabalho **Rev Saúde Pública** 2009 b;43(3):525-32

MARX, K. **O capital: crítica da economia política.** 33. Ed. Livro 1, v. 1. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2014. Disponível em: [http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer\\_fontes/acer\\_marx/ocapital-1.pdf](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/ocapital-1.pdf) acesso em 01/12/14

MATTILA, K. et al. Impact of morning stiffness on working behaviour and performance in people with rheumatoid arthritis. **Rheumatology International**, v. 34, n. 12, p. 1751-1758, 2014.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MEHRY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3<sup>a</sup> edição. Editora Hucitec. São Paulo, 2007

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1991, v. 25, n. 5, pp. 341-349.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920. Acesso em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/dawson.htm>> Disponível em: acesso em: 31 de março de 2015.

MOROSINI, M. V. G.; MATTA, G.C. . Dicionário da educação profissional em saúde. Atenção primária à saúde. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/atencao\\_primaria\\_a\\_saude\\_-\\_recortado.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/atencao_primaria_a_saude_-_recortado.pdf). Acesso em: 30 de março de 2015

MOURA, A.L. et al. Capacidade para o trabalho de funcionários da prefeitura de um campus universitário público. **Rev. Eletr. Enf.** [internet]. 2013 jan/mar;15(1): 1-30 disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.1>

MUNDSTOCK et al. Cadernos de matemática e estatística Série B: trabalho de apoio didático introdução à análise estatística utilizando o SPSS 13.0 Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Matemática Série B, número XX Porto Alegre - maio de 2006

MUNIZ, H. P. Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da saúde do trabalhador no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 38 (128): 280-291, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/15.pdf>. Acesso em: 07/12/2014

MUSSHAUSER D. et al. The impact of sociodemographic factors vs. Gender roles on female hospital workers' health: do we need to shift emphasis? **J Occup Health** 2006;48:383– 391. [pubmed: 17053305]

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia e sociedade**, 2007, vol. 19, edição especial 1, p. 14-20. Disponível em [Http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822007000400004&script=sci\\_arttext](Http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822007000400004&script=sci_arttext). Acesso em 23/02/2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Métodos de investigação epidemiológica em doenças transmissíveis Volume I Brasília; Funasa; 1997. 116 p.

OLIVEIRA, R. G. D. (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. /organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ : EAD/ENSP, 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Trabalhando juntos pela saúde** / Organização Mundial da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (série B. Textos Básicos de Saúde)

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração universal dos direitos humanos**. [internet]1948 [citado 2012 nov 03]. Disponível em: [http://unicrio.org.br/img/declu\\_d\\_humanosversointernet.pdf](http://unicrio.org.br/img/declu_d_humanosversointernet.pdf). Acesso em: 21/04/2015

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**, 6-12 set 1978, Alma-Ata. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/upload/arq/alma-ata.pdf>. Acesso em: 22/02/2015

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da saúde. **Sistemas de saúde com base na atenção primária: estratégias para o desenvolvimento de equipes de atenção primária em saúde (APS)**. Washington, d.c.:OPAS, 2009. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/apsestrategias\\_desenvolvimento\\_equipes\\_aps.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/apsestrategias_desenvolvimento_equipes_aps.pdf) acesso em:31/03/2015

OPENDAKIT. Disponível em: <https://opendatakit.org>. Acesso em: 28/11/2015

OSHIRO, M. L. et al. Hipertensão arterial em trabalhadores da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 11, nº 36, abr/jun 2013

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

PAZ, A. A. **Vigilância na saúde do trabalhador: fatores associados aos acidentes, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho**. 2014. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/101881?show=full> acesso em 01/12/2014

PEREIRA, I. V. S. et al . Morbidade auto-referidas por trabalhadores das equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 461-468, feb. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1413-81232014000200461&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232014000200461&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27/03/2015.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERGHER, M. L. Trabalho: origens, conceito e evolução. In: ALI, N. A. O. (ORG.) **Direito individual do trabalho**. 1ª ed. Canoas - RS: Editora da Ulbra, 2001, v. 1, p. 15-23. Disponível em: [http://books.google.com.br/direito individual do trabalho](http://books.google.com.br/direito+individual+do+trabalho). Acesso em: 21 abril 2014.

PINTO, G. A. **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.88p.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. E mov.**, Brasília, v.10, n.3, p. 49-54, jul. 2002.

PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. **Sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência** 2014.

PRAZERES, T.J, NAVARRO, V.L na costura do sapato, o desmanche das operárias: estudo das condições de trabalho e saúde das pespontadeiras da indústria de calçados de Franca, São Paulo, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(10):1930-1938, out, 2011

PRONATEC. Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos. Técnico em agente comunitário de saúde - 1.200 horas. Disponível em: [http://pronatec.mec.gov.br/cnct/et\\_ambiente\\_saude\\_seguranca/t\\_agente\\_comunitario\\_de\\_saud\\_e.php](http://pronatec.mec.gov.br/cnct/et_ambiente_saude_seguranca/t_agente_comunitario_de_saud_e.php) acesso em: 15/01/2016

RIBEIRO, R. P. et al . O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 495-504, apr. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0080-62342012000200031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0080-62342012000200031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28/03/2015

ROBAINA, C. M. V. Saúde mental e trabalho nas particularidades do serviço público. In: **Seminário do Trabalho** (9. : 2014 : Marília, SP) Anais do IX Seminário do Trabalho [recurso eletrônico]: Trabalho, educação e neo-desenvolvimentismo: 26 a 29 de maio de 2014

ROCHA, L.E. Vida, doença e trabalho no brasil. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI (orgs.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

ROCHA, N.H.N. et al. Identity of community health agents: composing emerging rationalities. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.47, p.847-57, out./dez. 2013.

RODRIGUES, L.B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde coletiva** [online]. 2014, vol.19, n.2, pp. 343-352

ROTENBERG et al. A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel. **Appl Ergon**. 2008 september ; 39(5): 646–652.

SAMPAIO, R. F.; AUGUSTO, V. G. Envelhecimento e trabalho: um desafio para a agenda da reabilitação. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos , v. 16, n. 2, p. 94-101, apr. 2012

SANTOS, A. A. P et al. O papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável. **Revista espaço para a saúde**. Londrina v. 15 n. 2 p. 21-28 jun. 2014 Disponível em: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/11761/pdf\\_27](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/11761/pdf_27) acesso em: 10/01/2015

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanisamus. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.B. (ORGS.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: ed. Unijuí, 2009.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. D. O processo de trabalho na estratégia saúde da família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2405-2414.

SHIN, H.Y. et al. Gender differences in the association between self-rated health and hypertension in a korean adult population. **Bmc Public Health**, v. 12, n. 1, p. 1, 2012.

SHOOSHTARI, S. et al. Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25-54) and older (55+) Canadian adults: a longitudinal study of well-being. *Res Aging* 2007; 29:512-55.

SILVA JUNIOR, S. H.A. D. et al. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, p. 1077-1087, junho 2011 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0102-311x2011000600005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2011000600005). Acesso em: 19/04/2015

SILVA, A.A. et al. Nursing work hours: individual needs versus working conditions. **Rev Saude Publica**. 2011 dec;45(6):1117-26. English, portuguese. Pubmed Pmid: 22124741

SILVA; S.A. et al. Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(esp):126-32. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf) acesso em 24/03/2015.

SILVEIRA, A. C.D et al. A atenção primária em saúde na agenda da Organização Pan-Americana de Saúde nos anos 2000. **Trab. Educ. Saúde** [online]. 2015, vol.13, n.1, pp. 31-44. Epub dec 16, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a21v17n9.pdf>. Acesso em 19/03/2015.

SOUZA, R.F. et al. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(6): 2835-2843 2010

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**. V. 80, p. 217-222. 2003.

THEISEN, N. I.D. S. Agentes comunitários de saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico. **Santa Cruz do Sul (RS) [Dissertação]. Santa cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul**, 2004.

TST. **Tribunal Superior do Trabalho**. Disponível em: [www.tst.jus.br/](http://www.tst.jus.br/) acesso em: 20/04/2015.

TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Tradução: FISCHER, F. M. (COORD.). São Carlos: EDUFSCAR, 2005.

VASCONCELLOS L. C. F. D. et al. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 445-462, nov.2009/fev.2010.

Disponível em <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r265.pdf>. Acesso em: 25/10/2015

VASCONCELLOS, L. C. F. D; OLIVEIRA, MHB (ORG). **Saúde, trabalho e direito – uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória (2011)**. Rio de Janeiro: UCAM

VASCONCELOS, S. P. et al. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia ocidental. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 14, n. 4, p. 688-697, dec. 2011

VIDAL, S. V. et al. Problemas bioéticos na estratégia saúde da família: reflexões necessárias. **Rev. Bioét. Brasília**, v. 22, n. 2, p. 347-357, aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. [Php?script=sci\\_arttext&pid=s1983-80422014000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo/Php?script=sci_arttext&pid=s1983-80422014000200017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18/04/2015.

(WHO) WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

## 9 APÊNDICES

### 9.1 APÊNDICE A – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Pró-reitoria de pesquisa

**Comitê de ética em Pesquisa em Seres humanos - CEP/UFJF**

**36036-900 Juiz de Fora - MG – Brasil**

#### **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. Nesta pesquisa pretendemos “conhecer as condições de vida e saúde de trabalhadores que atuam na atenção primária à saúde; descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde; analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde doença e contribuir para o desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde destes trabalhadores”. O motivo que nos leva a estudar as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da atenção primária à saúde é o fato de que não existem dados consolidados e estudos que revelem as condições de vida e de trabalho a que estão expostos os trabalhadores deste setor. Para esta pesquisa 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 equipamento eletrônico para posterior análise. . Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em 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. A pesquisa contribuirá para o diagnóstico das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores a APS de Juiz de Fora; o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas pelo perfil epidemiológico apresentado pelo estudo; a identificação de determinantes sociais do processo saúde doença dos trabalhadores; a melhoria da qualidade de vida no trabalho e a oportunidades de treinamento e estudo para alunos de graduação e pós-graduação na área de saúde do trabalhador. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará 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 (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na faculdade de enfermagem da UFJF e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa

ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (resolução nº 466/12 do conselho nacional de saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa 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. Recebi uma via original 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 2015.

---

Nome	assinatura participante	data
------	-------------------------	------

---

Nome	assinatura pesquisador	data
------	------------------------	------

---

Nome	assinatura testemunha	data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:  
**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos-UFJF** campus universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900 fone: (32) 2102- 3788 / e-mail: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

**Nome do pesquisador responsável: Profa. Dra Rosangela Maria Greco** endereço: Rua Luiz Perry, 458 CEP: 36015380/ Juiz de Fora MG fone: (32) 84048838 e-mail: [romagreco@gmail.com](mailto:romagreco@gmail.com)

## 9.2 APÊNDICE – B

## Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**Trabalhadores da atenção primária à saúde - condições de trabalho e de vida**

2015

Nome da UAPS: \_\_\_\_\_ data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Hora de início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ hora de término: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Bloco A**

**An1 - vamos começar, com perguntas sobre o seu estado de saúde.**

A1. De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

- 1 muito bom
- 2 bom
- 3 regular
- 4 ruim
- 5 muito ruim

A2. De modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?

- 1 muito bom
- 2 bom
- 3 regular
- 4 ruim
- 5 muito ruim

## Bloco H

**HN1 - Agora vamos fazer algumas perguntas sobre como você percebe a sua capacidade para o trabalho.**

1. Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com um x um número numa escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
estou incapaz para o trabalho					estou em minha melhor capacidade para o trabalho					

2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).

5 muito boa	4 boa	3 moderada	2 baixa	1 muito baixa
-------------	-------	------------	---------	---------------

3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação a exigências mentais de seu trabalho? (por ex: interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.)

5 muito boa	4 boa	3 moderada	2 baixa	1 muito baixa
-------------	-------	------------	---------	---------------

4. Em sua **opinião**, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente? Marque **também** aquelas que foram **confirmadas pelo médico**.

	Não tenho	Em minha opinião	Diagnostico médico
4.1. Lesão nas costas	0	1	2
4.2. Lesão nos braços/mãos	0	1	2
4.3. Lesão em outras partes do corpo	0	1	2
4.3.1. Onde? _____			
4.3.2. Que tipo de lesão? _____			
4.4. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	0	1	2
4.5. Doença da parte inferior das costas, com dores frequentes	0	1	2
	Não tenho	Em minha opinião	Diagnostico médico
4.6. Dor nas costas que se irradia para perna (ciática)	0	1	2
4.7. Doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	0	1	2
4.8. Artrite reumatóide	0	1	2
4.9. Outra doença músculo-esquelética	0	1	2
4.9.1. Qual? _____			
4.10. Hipertensão arterial (pressão alta)	0	1	2
4.11. Doença coronariana, dor no peito durante exercício (Angina Pectoris)	0	1	2
4.12. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	0	1	2
4.13. Insuficiência cardíaca	0	1	2
4.14. Outra doença cardiovascular	0	1	2
4.14.1. Qual? _____			

4.15. Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	0	1	2
4.16. Bronquite crônica	0	1	2
4.17. Sinusite crônica	0	1	2
4.18. Asma	0	1	2
4.19. Enfisema	0	1	2
4.20. Tuberculose pulmonar	0	1	2
4.21. Outra doença respiratória	0	1	2
4.21.1. Qual? _____			
4.22. Distúrbio emocional severo (depressão severa)	0	1	2
4.23. Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão ansiedade, insônia)	0	1	2
4.24. Problemas ou diminuição da audição	0	1	2
4.25. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	0	1	2
4.26. Doença neurológica (acidente vascular encefálico ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	0	1	2
4.27. Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido	0	1	2
4.27.1. Qual? _____			
	Não tenho	Em minha Opinião	Diagnóstico médico
4.28. Pedras ou doença da vesícula biliar	0	1	2
4.29. Doença do pâncreas ou do fígado	0	1	2
4.30. Úlcera gástrica ou duodenal	0	1	2
4.31. Gastrite ou irritação do cólon	0	1	2
4.32. Outra doença digestiva	0	1	2
4.32.1. Qual? _____			
4.33. Infecção das vias urinárias	0	1	2
4.34. Doença dos rins	0	1	2
4.35. Doença dos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou nas próstatas)	0	1	2
4.36. Outra doença geniturinária	0	1	2

4.36.1. Qual? _____			
4.37. Alergia, eczema	0	1	2
4.38. Outra erupção	0	1	2
4.38.1. Qual? _____			
4.39. Outra doença de pele	0	1	2
4.39.1. Qual? _____			
4.40. Tumor benigno	0	1	2
4.41. Tumor maligno (câncer)	0	1	2
4.41.1. Onde? _____			
4.42. Obesidade	0	1	2
4.43. Diabetes	0	1	2
4.44. Bócio ou outra doença da tireóide	0	1	2
4.45. Outra doença endócrina ou metabólica	0	1	2
4.45.1. Qual? _____			
4.46. Anemia	0	1	2
4.47. Outra doença do sangue	0	1	2
4.47.1. Qual? _____			
4.48. Defeito do nascimento	0	1	2
4.48.1. Qual? _____			
	Não tenho	Em minha Opinião	Diagnóstico médico
4.49. Outro problema ou doença	0	1	2
4.49.1. Qual? _____			

5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

6 não há impedimento/eu não tenho doenças.

5 eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele (o trabalho) me causa alguns sintomas

4 algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

3 frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

2 por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial  
1 em minha opinião, estou totalmente incapacitado (a) para trabalhar

6. Quantos **dias inteiros** você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

5 nenhum  
4 até 9 dias  
3 de 10 a 24 dias  
2 de 25 a 99 dias  
1 de 100 a 365 dias

7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, **daqui a 2 anos**, fazer seu trabalho atual?

1 é improvável  
4 não estou muito certo  
7 bastante provável

8. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias no trabalho?

4 sempre	3 quase sempre	2 às vezes	1 raramente	0 nunca
----------	----------------	------------	-------------	---------

9. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta no trabalho?

4 sempre	3 quase sempre	2 às vezes	1 raramente	0 nunca
----------	----------------	------------	-------------	---------

10. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

4 continuamente	3 quase sempre	2 às vezes	1 raramente	0 nunca
-----------------	----------------	------------	-------------	---------

**As próximas perguntas são sobre sua vida familiar, moradia e outros aspectos**

1. em que dia/mês/ano você nasceu? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Em que município, estado e país você nasceu?

N2.1. Município: \_\_\_\_\_

N2.2. Estado: \_\_\_\_\_

N2.3. País: \_\_\_\_\_

3. O censo brasileiro do IBGE, usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para

Classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

- 1 preta
- 2 parda
- 3 branca
- 4 amarela
- 5 indígena

4. Atualmente, você é...

- 1 casado (a) ou vive em união
- 2 separado (a), ou divorciado (a)
- 3 viúvo (a)
- 4 solteiro (a) (nunca casou ou viveu em união)

5. Qual o seu sexo?

- 1 masculino
- 2 feminino

6. O seu trabalho, na UAPS, exige que tipo de qualificação?

- 1 1º grau incompleto
- 2 1º grau completo
- 3 2º grau incompleto
- 4 2º grau completo
- 5 universitário incompleto
- 6 universitário completo
- 7 pós -graduação

7. Qual a sua formação profissional? \_\_\_\_\_

8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

- 1 católico
- 2 evangélico
- 3 espírita
- 4 testemunha de Jeová
- 5 muçulmano
- 6 budista
- 7 candomblé
- 8 não tenho religião
- 9 outra n8.1. Qual? \_\_\_\_\_

9. você tem filhos?

- 1 sim      n9.1 quantos? \_\_\_\_\_  
2 não

10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora?

- 1 menos de um ano  
2 de 1 a 3 anos  
3 de 4 a 6 anos  
4 de 7 a 9 anos  
5 10 ou mais anos

11. A residência onde você mora é?

- 1 própria já pago  
2 própria ainda pagando  
3 alugada  
4 cedida  
5 outra condição n11.1. Qual? \_\_\_\_\_

12. Quantas pessoas moram com você ? (inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa)

- 1 mora sozinho (a)  
2 de 1 a 3 pessoas  
3 de 4 a 6 pessoas  
4 de 7 a 9 pessoas  
5 10 ou mais pessoas

13. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- 1 eu mesmo (a)  
2 meu cônjuge ou companheiro (a)  
3 eu e meu cônjuge, igualmente  
4 meu pai ou minha mãe  
5 meu filho ou minha filha  
6 não tem chefe  
7 outra pessoa n13.1. Quem? \_\_\_\_\_

14. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?	
1	não frequentou escola
2	1º grau incompleto
3	1º grau completo
4	2º grau incompleto
5	2º grau completo
6	universitário incompleto
7	universitário completo
8	pós-graduação

15. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?	
1 sim, uma	
2 sim, mais de uma	
3 não	

16. Em relação aos bens abaixo, marque sim para os que existem na sua casa ou não para os que não existem. Para cada item, caso sim, diga qual a quantidade:	
16.1. Televisão	1 sim n16.1.1. Quantos? _____ 2 não
16.2. Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 sim n16.2.1. Quantos? _____ 2 não
16.3. Máquina de lavar roupa	1 sim n16.3.1. Quantos? _____ 2 não
16.4. Videocassete ou DVD ou blu-ray	1 sim n16.4.1. Quantos? _____ 2 não
16.5. Geladeira	1 sim n16.5.1. Quantos? _____ 2 não
16.6. Freezer	1 sim n16.6.1. Quantos? _____ 2 não
16.7. Microcomputador	1 sim n16.7.1. Quantos? _____ 2 não
16.8. Lava-louças	1 sim n16.8.1. Quantos? _____ 2 não
16.9. Microondas	1 sim n16.9.1. Quantos? _____ 2 não
16.10. Motocicleta	1 sim n16.10.1. Quantos? _____

	2 não
16.11. Secador de roupa	1 sim n16.11.1. Quantos? _____ 2 não
16.12. Banheiros	1 sim n16.12.1. Quantos? _____ 2 não
16.13. Automóveis	1 sim n16.13.1. Quantos? _____ 2 não

17. **No mês passado** qual foi aproximadamente sua renda familiar **líquida**, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1 até 1 salário mínimo
- 2 entre 1 e 2 salários mínimos
- 3 entre 2 e 3 salários mínimos
- 4 entre 3 e 4 salários mínimos
- 5 entre 4 e 5 salários mínimos
- 6 entre 5 e 6 salários mínimos
- 7 entre 6 e 7 salários mínimos
- 8 entre 7 e 8 salários mínimos
- 9 entre 8 e 9 salários mínimos
- 10 entre 9 e 10 salários mínimos
- 11 mais de 10 salários mínimos

18. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. \_\_\_\_\_ pessoas

**Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?**

---



---

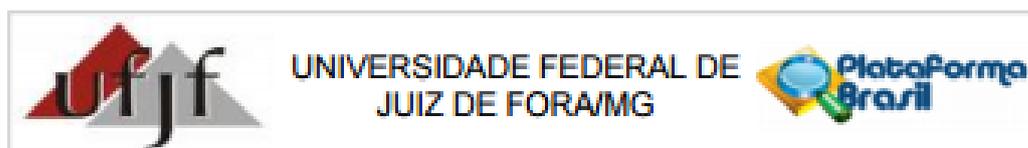


---

**Muito obrigado por sua colaboração!**

**10 ANEXOS**

## ANEXO – A Parecer do CEP



**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:** 932.705

**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, delineado 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 465/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 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 SN  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 000.790

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 SN  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.028-000  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

## 10.2 ANEXO – B TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE



Prefeitura de Juiz de Fora

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a realização da pesquisa “ **TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE : CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE VIDA** ” sob orientação da coordenadora Profª. Drª Rosângela Maria Greco, juntamente com os alunos pesquisadores nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) da Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde / PJF.

Ressaltamos que as unidades contam com infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que os dados deste estudo deverão ser utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e de pesquisa.

Juiz de Fora, 20 de outubro de 2014.

Cláudia Rocha Franco  
Chefe de Deptº de  
Atenção Primária à Saúde

---

Cláudia Rocha Franco  
Chefe do Departamento de Atenção Primária à SaúdeSecretaria da Saúde  
Rua Halfeld, 1.400 - Centro - CEP: 36.016-000 - Tel: (32) 3690-8387  
Juiz de Fora - MG