

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Amanda Ferreira de Araujo

CONDIÇÕES DE TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

JUIZ DE FORA
2018

Amanda Ferreira de Araujo

CONDIÇÕES DE TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosangela Maria Greco

JUIZ DE FORA
2018

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

Araujo, Amanda Ferreira de.
Condições de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde /
Amanda Ferreira de Araujo. -- 2018.
124 f.

Orientadora: Rosangela Maria Greco
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

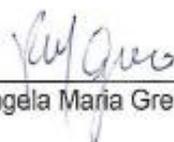
1. Condições de trabalho. 2. Saúde do trabalhador. 3. Agente Comunitário de Saúde. 4. Sofrimento mental. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Greco, Rosangela Maria, orient. II. Título.

AMANDA FERREIRA DE ARAUJO

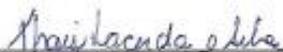
“Condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde”

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

Aprovado em 06/04/2018



Rosângela Maria Greco – UFJF



Thais Lacerda e Silva – ESP-MG



Marluce Rodrigues Godinho - UFJF

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre iluminar meus caminhos e por me permitir vencer mais esta etapa da minha caminhada.

À minha mãe Maristela e à minha irmã Patrícia, pela compreensão, força e carinho.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Rosangela Maria Greco pela paciência, ensinamentos, disposição, carinho e por estar junto durante este período.

Aos meus colegas de turma do mestrado, em especial ao *Coffee Friends*: Tati, Vivi, Leilanni e Márcio, pela cumplicidade, companheirismo e amizade.

Aos colegas da pesquisa e coleta de dados, em especial Rejane e Denise, pela disposição, troca de experiências, força e apoio.

Aos amigos que sempre estiveram próximos e me incentivando, especialmente à amiga Deíse, pelo apoio e atenção durante o processo de seleção do mestrado.

Aos meus “filhos caninos”, por sempre me ensinarem grandes lições de amor, respeito e fidelidade.

Aos professores do mestrado por todos os ensinamentos. Em especial ao professor Luiz Cláudio Ribeiro, pelo carinho e amizade.

Às professoras Elizabeth Costa Dias, Thaís Lacerda, Heloísa Paschoalin e Marluce Rodrigues pelas contribuições para enriquecimento do trabalho e pela disposição.

Ao amigo e estatístico Carlos Eduardo, pelo auxílio na análise estatística do trabalho.

A toda equipe técnica-administrativa do mestrado, em especial às queridas Elisângela e Patrícia pela disposição em ajudar.

À Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, por autorizar as coletas de dados nas unidades de saúde permitindo, assim, a concretização do estudo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, pela disposição em participar dessa pesquisa.

A todos que, de alguma forma, estiveram presentes e contribuíram para a concretização deste sonho.

Muito obrigada!

“A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso passará pela vida sem nada ver.”

Albert Einstein

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é fundamental no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e encontra-se envolvido em uma variedade de ambientes de trabalho e peculiaridades que justificam a realização de pesquisas referentes à saúde e condições de trabalho destes profissionais. Assim sendo, o objetivo deste estudo foi analisar e discutir as condições de trabalho dos ACS do município de Juiz de Fora e sua relação com as vivências de prazer, sofrimento e contexto de trabalho. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado com 400 ACS. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017 e foram utilizados como instrumentos dois questionários auto-preenchíveis e duas escalas do Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA). A população estudada foi predominantemente composta por mulheres (91,2%), com idade média de 46 anos (desvio padrão de 10,22), casadas ou em união estável (57,5%) e com ensino médio completo (76,4%). Nos resultados, a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) apresentou os seus três domínios avaliados como crítico, sendo que dois itens relativos às condições de trabalho foram classificados como grave. Na Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), os domínios que avaliam o prazer foram classificados como satisfatório. Dentre os itens destes domínios, ganham destaque os relativos à identificação com o trabalho e o orgulho de exercer a profissão, com médias altas de pontuação positiva, bem como os relativos à confiança entre os colegas, motivação, valorização e reconhecimento, classificados como críticos e sendo, portanto, fatores potencializadores de sofrimento. Os domínios relacionados ao sofrimento no trabalho apresentaram resultado crítico. O domínio *Esgotamento Profissional* foi o que apresentou a avaliação mais negativa, com todos os itens avaliados como críticos. Com relação às associações os dados sociodemográficos e as condições físico-estruturais do trabalho com os domínios da EACT e EIPST, temos que quanto maior for a idade do ACS, maior é sua realização profissional. Também foi verificada uma associação de vivências de sofrimento e o sexo feminino. Verificamos que a maioria dos itens pesquisados no questionário sobre condições físico-estruturais mostrou associação estatisticamente significativa com a EACT e a EIPST. Isso quer dizer que os ACS consideram suas condições de trabalho inadequadas, insatisfatórias ou ruins e que estas são geradoras de vivências de sofrimento no trabalho.

Palavras-chave: Condições de Trabalho. Saúde do Trabalhador. Agente Comunitário de Saúde. Prazer. Sofrimento mental. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

The Community Health Agent is paramount in the context of Primary Health Care in Brazil and this agent is currently involved in a variety of work environments and specialties that justify a specific research concerning the health and working conditions of these professionals. The aim of this study is to analyze and discuss the working conditions of the "ACS" (Community Health Agent) from the city of Juiz de Fora and the interconnection with their experiences of pleasure and suffering and pain in their work context. It is a cross-sectional, quantitative study with a number of 400 evaluated professionals. Data collection has been performed from October 2016 until February 2017 and two self-fulfilling surveys and two scales of the Work Inventory and Risk of Falling ill (ITRA) were used as instruments for the research. The population of the study is predominantly female (91.2%), around 46 years old in average (standard deviation of 10.22), married or in a stable relationship (57.5%) with a high school degree of education (76.4% %). Regarding the results, the Work Context Assessment Scale (EACT) has presented its three most important indicators as critical; two of them - related to working conditions – have been ranked as severe. Considering the Indicators of Pleasure and Pain at Work (EIPST), the indicators that evaluate pleasure have been ranked as satisfactory. Among all the items, the ones related to work recognition and the pride to work in the designated profession were the ones which have had the highest averages of positive scores. On the other hand, the ones related to trustfulness among work colleagues, work motivation and work recognition by their peers have been ranked as critical, hence, they have been considered as potential indicators of suffering and pain at the work environment. The indicators related to the suffering and pain at work have presented critical results. The indicator regarding Professional Burnout is the one that has presented the most negative evaluation, having had all of its items ranked as critical. Regarding the cross-sectional data, the sociodemographic data and the physical-structural conditions of work with the EACT and EIPST indicators, we understand that the older the ACS gets, the greater is his/her professional fulfillment . It has also been verified an association of experiences of pain and suffering with the female sex. We have noticed that most of the items in the survey concerning physical-structural conditions have shown a statistically significant association with EACT and EIPST. It means that the ACS consider their working conditions inadequate, unsatisfactory or even bad and that these conditions are helping develop experiences of suffering and pain at the work environment.

Keywords: Working Conditions. Worker's health. Community Health Agent. Pleasure. Mental suffering. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Care Professionals.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro esquemático com a relação dos riscos ocupacionais...	38
Quadro 2 - Relação das Unidades de Atenção Primária a Saúde – Modelo Estratégia de Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde.....	48
Quadro 3 - Caracterização socioeconômica e demográfica.....	51
Quadro 4 - Condições físico-estruturais de trabalho.....	52
Quadro 5 - Escala de Avaliação do Contexto de trabalho (EACT).....	56
Quadro 6 - Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST).....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde (n=400). Juiz de Fora, 2016/2017.....	60
Tabela 2: Condições de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (n=400). Juiz de Fora, 2016/2017.....	62
Tabela 3: Descrição dos dados do Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento de Agentes Comunitários de Saúde. Juiz de Fora, 2017.....	65
Tabela 4: Correlação da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) com as variáveis sociodemográficas, Juiz de Fora, 2017.....	67
Tabela 5: Correlação da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) – <u>domínios da Escala de Indicadores de Prazer</u> - com as variáveis sociodemográficas, Juiz de Fora, 2017.....	68
Tabela 6: Correlação da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) – <u>domínios da Escala de Indicadores de Sofrimento</u> - com as variáveis sociodemográficas, Juiz de Fora, 2017.....	69
Tabela 7: Correlação da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) com as variáveis físico-estruturais, Juiz de Fora, 2017.....	70
Tabela 8: Correlação da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) – <u>domínios da Escala de Indicadores de Prazer</u> - com as variáveis físico-estruturais, Juiz de Fora, 2017.....	73
Tabela 9: Correlação da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) – <u>domínios da Escala de Indicadores de Sofrimento</u> - com as variáveis físico-estruturais, Juiz de Fora, 2017.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS – Sistema Único de Saúde

ACS – Agente(s) Comunitário(s) de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

APS – Atenção Primária à Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PIB – Produto Interno Bruto

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

SESP – Serviço Especializado em Saúde Pública

SESI – Serviço Social da Indústria

ABMT – Associação Brasileira de Medicina do Trabalho

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

INST – Instituto Nacional de Saúde no Trabalho

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho

NOB – Norma Operacional Básica

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

PNPST – Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS

CNSTT – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

DMP – Departamento de Medicina Preventiva

CEBES – Centro de Estudos Brasileiros de Saúde

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CONASS – Conselho Nacional de Secretário de Saúde

HIV / SIDA – Human Immunodeficiency Virus / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

PAS – Programa de Agentes de Saúde

FNS – Fundação Nacional da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

NR – Norma Regulamentadora

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

OMS / WHO – Organização Mundial da Saúde / World Health Organization

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ITRA - Inventário sobre o Trabalho e o Risco de Adoecimento

EACT - Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho

EIPST - Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

ODK – Open Data Kit Colect

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 Contexto e evolução histórica da saúde do trabalhador – no mundo e no Brasil.....	19
3.2 Evolução histórica do sistema de saúde brasileiro.....	27
3.3 Os Agentes Comunitários de Saúde e suas condições de trabalho....	34
3.4 Condições de Trabalho e Saúde Mental: Conceitos e características da Psicodinâmica do Trabalho.....	40
4 MÉTODOS E TÉCNICAS.....	45
4.1 Delineamento metodológico.....	45
4.2 Aspectos éticos.....	45
4.3 Cenário.....	46
4.4 População de estudo.....	48
4.5 Processo de coleta dos dados.....	49
5 RESULTADOS.....	60
5.1 Caracterização da População de Estudo de acordo com dados sociodemográficos.....	60
5.2 Descrição das condições de trabalho segundo a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde.....	61
5.3 Descrição e Correlação dos Domínios da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) e da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST).....	65
5.4 Correlação da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) e da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) com as variáveis Sociodemográficas.....	67
5.5 Correlação da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) e da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) com as variáveis Físico-estruturais.....	70

6 DISCUSSÃO.....	80
7 CONCLUSÕES.....	94
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICE 1 - Resultados dos domínios das escalas do ITRA.....	110
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	112
ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP.....	114
ANEXO 2 – Instrumento de coleta de dados.....	116

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Condições de trabalho podem ser definidas como sendo as circunstâncias em que o trabalho é realizado e se referem à exposição aos riscos físicos, químicos, mecânicos e biológicos, além dos fatores sociais e administrativos que afetam o ambiente de trabalho e o trabalhador. Somado a esses fatores, a hipersolicitação das capacidades humanas que se origina nos ambientes de trabalho é uma causa agravante (ASSUNÇÃO; LIMA, 2012; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Ainda segundo Assunção e Lima (2012, p. 23), condições de trabalho se referem “às circunstâncias em que a atividade dos trabalhadores se desenvolve e em que estado eles se encontram para atender às demandas que lhes são apresentadas.”

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são trabalhadores do contexto do Serviço Único de Saúde (SUS) que possuem papel relevante e imprescindível tanto para as práticas de saúde quanto para o contexto social da população (LOTTA, 2015). De acordo com Kluthcovsky e Takayanagui (2006), esses atores operam nas posições técnica, política e de assistência social. Na primeira, utilizam-se de saberes epidemiológicos e clínicos; na segunda, lançam mão dos conhecimentos da saúde coletiva e, na terceira, trabalham com equidade e acesso aos serviços de saúde.

Esses trabalhadores, que têm como seu escopo de trabalho a promoção da saúde de indivíduos e coletividade, usualmente prejudicam sua própria saúde e qualidade de vida em virtude de condições de trabalho insalubres e inadequadas. E, não apenas existe o prejuízo individual, mas também o familiar, podendo vir a refletir, inclusive, em sua postura e desempenho profissional (DIAS, 2015).

Nesse contexto, o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) conta com a figura do ACS, dentro da vertente da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que esses trabalhadores são o elo entre comunidade e profissionais. São eles que levam o funcionamento das políticas públicas de saúde até a população e, ao mesmo tempo, trazem ideias, informações e necessidades do público beneficiário ao conhecimento dos serviços públicos. Ademais, esses profissionais frequentemente desenvolvem atividades que vão além de ações em saúde, como cadastro no

programa bolsa família, seleção de famílias para alfabetização, indicação de crianças para creche, entre outros (LOTTA, 2012).

A dificuldade de acesso à formação técnica adequada para prepará-los para o papel desempenhado também surge como grande entrave à fluidez do trabalho do ACS. Este profissional não possui uma formação específica na área da saúde, contando apenas com uma capacitação que, na maioria das vezes, continua centrada na prática do modelo biomédico, sendo esta insuficiente para sua atuação (GOMES et al., 2010). Além disso, desvios de função e inconformidades na sua contratação e direitos trabalhistas são problemas que podem gerar adoecimento e refletir diretamente na qualidade da assistência prestada (CARNEIRO; MARTINS, 2015; PEREIRA et al., 2014).

Outrossim, ainda precisam lidar com outros tipos de penosidades como condições climáticas adversas, caminhadas longas e extenuantes, visitas a famílias em estado de vulnerabilidade onde presenciam situações de violência, contato com áreas de risco, locais insalubres, pontos de tráfico de drogas, entre outros (BARALHAS; PEREIRA; 2013; COSTA et al., 2013). Todas essas dificuldades caracterizam as condições de trabalho inadequadas às quais esses profissionais estão expostos diariamente.

Hoje, o Brasil conta com 492.854 ACS distribuídos em 5.431 municípios, perfazendo uma cobertura de 65,20% da população ou cerca de 126,4 milhões de pessoas (BRASIL, 2017a). Através destes dados, percebe-se a grande incorporação e a crescente atuação do ACS na APS.

No Brasil, um dos modelos de assistência à saúde vigente tem como porta de entrada do sistema a APS. Na atenção primária, a ESF é considerada, atualmente, o modelo de reorientação da assistência utilizado para ampliação da APS. Hoje, a ESF cobre cerca de 60% da população brasileira e 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; CARVALHO JUNIOR, 2012).

O objetivo da ESF é promover uma atenção integral à saúde dos indivíduos e coletividades, atuando ativamente no processo saúde-doença, agindo de maneira a interagir constantemente com as famílias e comunidade local. A assistência em equipe prestada por profissionais com diferentes habilidades, competências e saberes é fundamental para o bom funcionamento dos serviços e permite, entre

outras atividades, agregar conhecimentos e buscar ações diferenciadas para problemas diversos, possibilitando uma visão mais completa de determinada área (PEREIRA et al., 2014; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

A expansão da ESF tem proporcionado o aumento do número de trabalhadores na APS criando um contingente importante, em números e responsabilidades, pois mais profissionais de categorias diferentes têm estado na ponta da atenção, e, conforme estão explícitas nas 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; CARVALHO JUNIOR, 2012; BRASIL, 2011b). Ademais, o funcionamento da ESF exige um trabalho interprofissional.

O modo como nos organizamos para trabalhar é fundamental para nossa saúde. De um modo geral, as pessoas não se sentem bem em um ambiente de trabalho inóspito, seja do ponto de vista físico-estrutural, seja no que diz respeito às relações interpessoais. Nesse contexto, condições saudáveis no ambiente de trabalho são decorrentes de um contexto coletivo, uma vez que são resultado de outros fatores, também envolvendo as relações interpessoais e o modo como elas acontecem (ASSUNÇÃO; LIMA, 2012; BRASIL, 2011a; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010; GASPARIINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

Da mesma forma, 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 (CARNEIRO; MARTINS, 2015; PEREIRA et al., 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) refere a necessidade de garantir uma adequada infraestrutura, equipamentos e disponibilização de insumos e materiais para possibilitar a prestação da assistência à população (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2012a). Por outro lado, o que existe é um ambiente com escassez de recursos físicos e materiais, o que proporciona o incremento da luta de classes por espaços de poder neste ambiente institucional do cuidado (PEREIRA et al. 2014; SHIMIZU, CARVALHO JUNIOR, 2012).

Com vistas a isso, é necessário que o trabalho na APS, de uma forma geral, e do ACS em particular, não seja um causador de doenças para os profissionais que ali atuam, uma vez que seu objetivo é justamente o de promover a saúde e o bem-

estar de indivíduos e coletividades. 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 (MS), de modo a contribuir para que os processos de trabalho sejam prazerosos e não desgastantes.

Nesse contexto laboral, estudar as condições de trabalho dos ACS se torna importante, pois estudos mostram que estes submetem-se, cotidianamente, a condições no trabalho que podem gerar acidentes ou doenças (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016). Assim, embora o trabalho possa trazer a possibilidade de realização, de relacionamento com os outros, de sentimento de utilidade e de satisfação das necessidades básicas, dependendo da forma como o trabalho é realizado, as condições de trabalho podem ser responsáveis pelo adoecimento e desgaste do trabalhador (OLIVEIRA et al., 2012; NAVARRO; PADILHA, 2007).

Portanto, acredita-se que as informações deste estudo possam dar sustentação ao desenvolvimento de políticas públicas destinadas à melhoria das condições de trabalho desses profissionais e, conseqüentemente, gerar um impacto positivo na saúde desse grupo de trabalhadores, assim como na população por eles assistida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar e discutir as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Juiz de Fora.

2.2 Objetivos Específicos

1. Traçar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos ACS;
2. Avaliar as condições de trabalho dos ACS e correlacionar com as características sociodemográficas e epidemiológicas;
3. Contribuir para o desenvolvimento de ações e programas de prevenção, promoção e recuperação da saúde destes trabalhadores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para que possamos analisar as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e suas implicações para a qualidade de trabalho e de vida dos mesmos é necessário que façamos uma reflexão, ainda que breve, sobre a construção da saúde do trabalhador no mundo e no contexto brasileiro, sobre a evolução histórica do Sistema Único de Saúde e de como está configurado o quadro atual deste, sobre o contexto de surgimento da categoria dos ACS e seus desdobramentos, bem como suas condições de trabalho física e mental.

3.1 CONTEXTO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR – NO MUNDO E NO BRASIL

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2013), as doenças profissionais continuam sendo as principais causas de mortes relacionadas com o trabalho. Estatísticas revelam que, de um total de 2,34 milhões de mortes relacionadas ao trabalho a cada ano, 321 mil se devem a acidentes. Os outros 2,02 milhões de mortes se devem a diversos tipos de enfermidades relacionadas ao trabalho, o que equivale a uma média diária de mais de 5.500 mortes.

Apesar de esforços, a literatura revela persistência, em âmbito mundial, de acidentes e doenças originadas nos processos de trabalho. Ainda segundo a OIT, ocorrem anualmente cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho no mundo, sendo que 2,3 milhões deles são fatais, 860 mil pessoas sofrem algum tipo de ferimento todos os dias no mundo e os custos, diretos e indiretos, chegam a 2,8 trilhões de dólares, ou quase sete trilhões de reais, que correspondem a 4% do Produto Interno Bruto mundial (PIB) (OIT, 2014).

Esse contexto tem sua origem com o advento da Revolução Industrial no século XVIII que trouxe, além da modernização e aprimoramento do processo produtivo, a divisão do trabalho, extensão da jornada, imposição de horário e surgimento do proletariado (DORIGON, 2006).

Em 1700, o médico Bernardino Ramazzini descreveu doenças que ocorriam em mais de 50 profissões e, devido à relevância de seu trabalho, o mesmo é considerado o Pai da Medicina do Trabalho (FRIAS JUNIOR, 1999). Com o

desenvolvimento da humanidade, cresceu a preocupação com o adoecimento dos indivíduos em decorrência da inserção no processo produtivo (ANDRIETTA, 2009).

A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica surge na Inglaterra em 1830, com Robert Dernham, preocupado porque seus operários não dispunham de nenhum cuidado médico. Tal fato poderia resultar na redução da produção ou morte de seus funcionários. Então, decide contratar um médico para atuar em sua fábrica. Este modelo de prevenção dos danos à saúde centrada na figura médica ganhou espaço em outros países com o avanço da industrialização (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1831, instalou-se uma comissão para analisar as condições dos trabalhadores ingleses. A conclusão do relatório demonstrou que estes estavam doentes, deformados e abandonados. O impacto desse relatório resultou, em 1833, na primeira legislação eficiente para a proteção do trabalhador, o “Factory Act”. Esta lei proibiu o trabalho noturno aos menores de 18 anos, restringiu o horário de trabalho para 12 horas diárias e 96 horas por semana, trouxe a obrigatoriedade de escolas nas fábricas para os menores de 13 anos, estabeleceu a idade mínima para o trabalho em nove anos e tornou obrigatória a presença de um médico nas fábricas (BOTELHO, 2011).

A Alemanha foi um dos países precursores na proteção social, com a aprovação, em 1883, do seguro doença. Em 1884 estabeleceu o seguro contra acidentes de trabalho, e em 1889 o seguro de invalidez e por idade, com financiamento tripartite entre empregado, empregador e Estado (ANDRIETTA, 2009).

Ainda naquela década, o Papa Leão XIII demonstrou ao mundo a urgente necessidade de repensar as condições de trabalho que repercutem na saúde do trabalhador através da *Encíclica Rerum Novarum* em 1891, onde alertava para a grande mudança ocorrida na relação do trabalho na sociedade e a tensão existente entre patrões e operários e convocava os povos para buscarem melhores condições baseadas na justiça e equidade (PAPA LEÃO XIII, 1891). O crescimento das reivindicações da classe operária e a difusão ideológica da necessidade de amparo aos trabalhadores possibilitaram o surgimento das normas de proteção à saúde do trabalhador, e passou-se a exercer influência nas relações trabalhistas (HOBSBAWUN, 1995).

Em 1919, após o fim da Primeira Guerra Mundial, foi criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT) como parte do Tratado de Versalhes. Já na 1ª

Conferência Internacional do Trabalho, realizada no mesmo ano de criação da organização, adotou-se seis convenções, quais sejam: a limitação da jornada de trabalho a oito horas diárias e 48 horas semanais, proteção à maternidade, luta contra o desemprego, idade mínima de 14 anos para o trabalho na indústria e a proibição do trabalho noturno de mulheres e menores de 18 anos (OIT, 2008).

O movimento sindical emergente começou a expressar o controle social que a força de trabalho necessitava. Ao mesmo tempo, o modelo capitalista criou a organização científica do trabalho, o *taylorismo* e o *fordismo*, com a finalidade principal de aumentar a produção (FRIAS JUNIOR, 1999).

O avanço da ciência e a incapacidade da medicina do trabalho de atuar de forma efetiva sobre os problemas de saúde causados pelo trabalho resultaram na criação da Saúde Ocupacional, baseada na interdisciplinaridade. Esta ampliou a atuação médica direcionada ao trabalhador, com intervenções no processo de trabalho e ambiente, que levam em conta a toxicologia e parâmetros de riscos ocupacionais (MENDES; DIAS, 1991).

Na América Latina, assim como em praticamente todos os países da América do Sul e Central, a Saúde do Trabalhador se configurou num contexto de profundas transformações político-sociais, tendo como pano de fundo a reforma sanitária e as lutas democratizantes. Na década de 70, a migração de indústrias para os países subdesenvolvidos, sobretudo aquelas que ocasionavam danos para a saúde ou o meio-ambiente (agrotóxicos, amianto, chumbo), assim como os processos de automação, informatização e terceirização, impuseram profundas transformações nas organizações e processos de trabalho, impactando sobre a saúde dos trabalhadores (FRIAS JUNIOR, 1999).

Na América Latina, a Saúde do Trabalhador se consolida nos anos 80, com a discussão das condições de trabalho e sua repercussão na saúde dos trabalhadores, além da proposição de referenciais dogmáticos que, nos anos 90, são questionados com propostas mais objetivas e menos ideológicas (FRIAS JUNIOR, 1999).

Numa escala global, a ausência de uma prevenção adequada das enfermidades profissionais tem profundos efeitos negativos não somente nos trabalhadores e suas famílias, mas também na sociedade devido ao enorme custo gerado, particularmente no que diz respeito à perda de produtividade e a sobrecarga dos sistemas de seguridade social. Nesse contexto, o Brasil aparece no ranking

mundial como quarto país com maior número de acidentes ocupacionais graves e fatais (OIT, 2013).

No ano de 2013, o Brasil registrou 717.911 acidentes, destes 2.797 foram fatais, com uma taxa de mortalidade de 6,53 por 100 mil segurados. Tais acidentes também acarretam em impacto orçamentário, tendo sido gastos em 2013, 11 bilhões de reais para pagamento de auxílio-doença e auxílio-acidente (BRASIL, 2015b). Além da subnotificação, constata-se aumento das Lesões por Esforços Repetitivos, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho e problemas de saúde mental (ZINET, 2012).

Esses índices se justificam pela história de nosso país, com a tardia e desgastante abolição da escravatura, que determinou o modelo de relação com o trabalho, sendo que o primeiro período industrial ocorreu com quase 100 anos de atraso (MOURA, 2001).

As transformações na Europa, a participação do Brasil na OIT e o aumento de movimentos operários com a industrialização levou o governo brasileiro a iniciar a regulação do trabalho (ANDRADE; MARTINS; MACHADO, 2012). Em 1923 é promulgada a primeira lei base da previdência social, Lei Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Na sequência, em 1930, é criado o Ministério do Trabalho. No ano de 1933, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), agora definidos não mais por empresas e sim por categorias profissionais (AGUIAR, 2011). Já no ano 1943, durante a ditadura do Estado Novo, foi estabelecida a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com o objetivo de reunir as leis existentes e estabelecer normas para regular as relações individuais e coletivas de trabalho que, quando criada, restringia-se a trabalhadores urbanos (ANDRADE; MARTINS; MACHADO, 2012).

Na década de 50, que representou o segundo período industrial do Brasil, e com ele o desenvolvimento técnico-científico da Medicina do Trabalho, houve a criação do Serviço Especializado de Saúde Pública (SESP) e do Serviço Social da Indústria (SESI). Foi então criada a Associação Brasileira de Medicina do Trabalho (ABMT), que aumentavam os serviços médicos de empresas, delineando o mercado de trabalho para médicos do país (ANDRADE; MARTINS; MACHADO, 2012).

No início dos anos 70, houve a imposição legal para criação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMTs, com a contratação de médicos do trabalho, enfermeiros do trabalho, auxiliares de

enfermagem, engenheiros e técnicos de segurança, com o dimensionamento de acordo com o grau de risco e o número de trabalhadores das empresas. A preocupação era exclusivamente em relação aos acidentes do trabalho, sem evidenciar as doenças do trabalho (BONCIANI, 1994).

Em 1978 foi estabelecida a Portaria nº 3214, que regulamentou limites de tolerância em atividades e operações insalubres relacionadas com a natureza e o tempo de exposição ao agente, bem como a utilização de equipamento de proteção individual (BRASIL, 1978).

Pode-se destacar neste período a criação do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e também a criação, em 1980, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), a partir de 48 entidades sindicais e seis federações de trabalhadores. Desde então, estes dois órgãos se tornaram importantes articuladores da luta pela Saúde do Trabalhador (SANTANA; SILVA, 2009).

Em 1986, realizou-se a 1ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, da qual participaram representações de 20 estados, com adesão ao projeto de construção do SUS por parte dos sindicatos. A discussão em torno da Saúde do Trabalhador, enquanto área da saúde pública no Brasil surgiu durante o processo de redemocratização do país. A nova temática trouxe ideologias com valores oriundos da reforma sanitária e dos núcleos de medicina preventiva (SANTANA; SILVA, 2009; ODDONE, 1986).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 destaca como direitos de cidadania a saúde e o trabalho. Isso marcou um avanço de transição democrática, ao confirmar o papel do Estado como responsável por condições dignas de saúde para os trabalhadores e o povo em geral. O Art. 196 diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988, p. 116), enquanto o art. 200 diz que compete ao SUS “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (BRASIL, 1988, p. 118).

De acordo com a Lei nº 8080/90, o trabalho é determinante e condicionante da saúde. O art. 6º define a Saúde do Trabalhador como integrante do campo de atuação do SUS e regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador, pois a define como um conjunto de atividades que se destina, através

das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990c).

Em 1994, realizou-se a 2ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador com a participação de quase todas as unidades da federação e da CUT. O foco da discussão foi a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (SANTANA; SILVA, 2009).

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 apresentou a necessidade do redimensionamento das atividades relativas à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1996). Em 2001, através da Portaria nº 1.969/GM/MS tornou-se obrigatório o preenchimento do campo “Ocupação” na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), nos casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho (BRASIL, 2001a).

No ano de 2002, foi instituída, no âmbito do SUS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), a ser implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2002a). Em 2004 entra em vigor a Política Nacional de Segurança e de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, que visa melhorar a qualidade de vida e de saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de governo no campo das relações de produção consumo, ambiente e saúde (BRASIL, 2004).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador trouxe a temática “Trabalhar sim, adoecer não”, como eixo para o debate em torno da garantia da integralidade e a transversalidade da ação do Estado na saúde dos trabalhadores, incorporação da saúde dos trabalhadores nas políticas de desenvolvimento sustentável no país e efetivação e ampliação do controle social na saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2011c).

Em 2011, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, publicou o Protocolo nº 008/2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS (PNPST), que “visa promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do SUS, por meio do enfrentamento [...] dos ambientes e organização do trabalho que possam propiciar a ocorrência de agravos à saúde, do empoderamento dos trabalhadores”,

considerados atores sociais dessas transformações (BRASIL, 2011e, p. 2). Este documento objetiva também fortalecer a implementação de programas de proteção à saúde dos trabalhadores de iniciativas próprias. O protocolo 008/2011 define que as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS serão regidas pelos princípios de universalidade, democratização das relações de trabalho, integralidade da atenção à saúde do trabalhador do SUS, intersetorialidade, qualidade no trabalho, humanização do trabalho em saúde, negociação do trabalho em saúde, valorização dos trabalhadores e educação permanente (BRASIL, 2011e).

No Art. 3º, a PNPST do SUS elenca, entre outras diretrizes, a de estimular: a inclusão das temáticas e questões pertinentes à saúde do trabalhador na grade curricular dos cursos de formação e capacitações de recursos humanos no SUS, incentivando a permanente atualização de conhecimentos; o debate sobre a formação dos trabalhadores do SUS, problematizando, em especial, as temáticas e questões pertinentes à saúde do trabalhador; os estudos e pesquisas sobre promoção da saúde do trabalhador do SUS de acordo com as necessidades loco-regionais e as ações de promoção da saúde do trabalhador, considerando os fatores que determinam o processo saúde-doença (BRASIL, 2011e).

Já a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT), realizada em 2014, teve como tema central “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e de todas, dever do Estado”, com objetivo de propor diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. O evento teve como um dos eixos de debate o tema “Saúde do trabalhador da saúde”, em que aborda, entre outros, a precarização como determinante no processo de adoecimento do trabalhador do SUS e vai além, citando o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) como exemplos de precarização do trabalho com formas diversas de contratação (BRASIL, 2015a).

A partir da 4ª CNSTT e através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) com a finalidade de definir princípios, diretrizes e as estratégias para o SUS no desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador.

A PNST segue os princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, controle social,

descentralização, hierarquização e, ainda, diretrizes da precaução e participação dos trabalhadores. A seguir apresentamos os principais aspectos da PNST:

Ela tem a finalidade de atualizar as ações relacionadas a esta área estratégica da saúde pública. Traz, de forma sumária, uma série de intenções que priorizam prevenção de acidentes e doenças crônico-degenerativas, promoção e educação em saúde, assistência de qualidade com fluxo padronizado com apoio especializado, controle ambiental, além de inclusão em garantias sociais. Os objetivos se dividem em sete grupos: vigilância da saúde, controle do ambiente, assistência das doenças, visão ampliada da associação trabalho e saúde, inclusão da saúde do trabalhador nos processos globais, equidade nos determinantes do trabalho, doença e qualidade de serviços ofertados que abrangem visão de saúde ampliada seguindo os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012b)

Com base no texto original de 2012, listam-se abaixo os principais objetivos da política em questão:

- I – Fortalecer e integrar a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT);
- II - Promover a saúde de ambientes e processos de trabalhos saudáveis;
- III - Garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador;
- IV – Visão ampliada;
- V – Inclusão do trabalhador;
- VI – Equidade nos determinantes trabalho e doença;
- VII – Direito a qualidade;

Tendo por base esses objetivos, a PNST apresenta, de forma detalhada, as propostas para a saúde do trabalhador e as estratégias para sua execução. Há uma demonstração teórica louvável de planejamento e gestão no sentido de se prever uma série de ações importantes à sociedade e de grande valor para desenvolvimento humano.

Assim, listam-se abaixo as ações publicadas no texto original de 2012 (BRASIL, 2012b):

- I – Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- II - Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores;
- III - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST);
- IV - Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial;
- V - Participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;

VI - Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos;

VII - Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;

Mesmo diante de um modelo ainda hegemônico de Saúde Ocupacional, que oculta a magnitude dos danos à saúde dos trabalhadores e ao ambiente, a participação conjunta de trabalhadores e técnicos da área otimizam esperanças de concretização de condições dignas de segurança e saúde, expressando, assim a qualidade de vida e os direitos de cidadania (AUGUSTO; FREITAS, 1998).

A pluralidade da área requer participação de setores públicos distintos, representados pelo Trabalho, pela Saúde e pela Previdência, que deveriam atuar de forma conjunta e complementar. Estes setores, entretanto, trabalham desarticulados, e a integração acontece apenas em intenções e discursos (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013).

Embora haja um número crescente de políticas relacionadas ao trabalho, muitos serviços funcionam com graves problemas estruturais quanto a recursos materiais, profissionais, salariais, dentre outros fatores (LACAZ, 2010).

Nesse sentido, inventário realizado no ano 2010/2011 apontou a existência de dificuldades importantes: impedimentos burocráticos no uso e na gestão de recursos; desafios na formação de profissionais; falta de parâmetros epidemiológicos, populacionais e de perfis produtivos na distribuição de recursos; queda da participação dos trabalhadores no controle social; precária democracia nos locais de trabalho (MACHADO; SANTANA, 2006).

Além disso, a crescente utilização de vínculos e contratos de trabalho precários, que ocorrem pela via das terceirizações, a elevada rotatividade da mão de obra, o aumento da informalidade, a adoção de trabalhos em tempo parcial e em domicílio são elementos que também estão na origem dos agravos relacionados ao trabalho (ALVES, 2011).

3.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O início da configuração do Sistema Único de Saúde remonta ao movimento da Reforma Sanitária. A origem desta se dá nos porões do período mais repressivo da ditadura militar (final dos anos 60 e início dos anos 70). Dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) - que funcionavam em todas as faculdades de medicina, por lei, desde a Reforma Universitária de 1968 – teve início

um movimento social, de base teórica e ideológica, que propunha uma grande transformação do sistema de saúde vigente (ESCOREL, 2012). Surgido nos Estados Unidos, o modelo preventivista visava alterar a prática médica sem alterar o arranjo liberal de organização da saúde (AROUCA, 2003).

A Reforma Sanitária mescla a produção de conhecimento e a prática política. Escorel (2012, p. 333) salienta que “sua organização transcenderia seu objetivo específico, ao envolver-se nas lutas mais gerais daquele momento: a democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil.” Ela engloba diversos atores da sociedade, tais como intelectuais, categorias e associações médicas, movimento popular em saúde, partidos de esquerda – ilegais à época, apoio da Igreja, parlamentares, entre outros que, articulados, conseguiram apresentar uma proposta consistente de reforma da saúde (MENICUCCI, 2014).

Em 1976, compondo o movimento da Reforma foi fundado o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES) com a proposta de criação da Revista *Saúde em debate*, cujo objetivo era divulgar a análise da saúde, que agora estava profundamente ligada aos fatores histórico-sociais. Além disso, o CEBES também buscava, sobretudo, a universalização e a equidade para o atendimento público de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; COHN, 1989).

Em 1979, houve a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), percorrendo trajetória semelhante. Tendo ambas as organizações como alavancas deu-se início ao movimento de Reforma Sanitária, esta se espalhou formando uma aliança com membros progressistas do Congresso, serviços municipais de saúde e outros movimentos sociais, o que constituiu, em 1980, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a saúde como direito do cidadão, estabelecendo, assim, as bases para a fundação do SUS (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; COHN, 1989).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco no processo da Reforma Sanitária. Pela primeira vez, desde o surgimento das Conferências Nacionais de Saúde, em 1937, além dos profissionais de saúde e quadro técnico e burocrático do serviço, contou com a presença dos usuários do sistema de saúde. Além disso, houve também ampla participação de representações sindicais, associações de profissionais da saúde, movimentos populares em saúde, do CEBES e da ABRASCO, reunindo mais de quatro mil pessoas, entre elas mil delegados, que

discutiram e aprovaram a unificação do sistema de saúde dentro do conceito mais amplo de saúde, sendo a mesma considerada direito de todos, dever do estado e aberta à participação social (ESCOREL, 2012).

Dentre os principais desdobramentos da 8ª Conferência Nacional de Saúde está a conformação da Plenária Nacional de Saúde, que apresentou no plenário da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988) a proposta de emenda popular assinada por mais de 50 mil eleitores, lida por Sergio Arouca. Na Constituinte houve aprovação para a reforma, apesar da forte oposição do setor privado que ainda era poderoso e mobilizado (ESCOREL, 2012).

A Constituição de 1988 (“Constituição Cidadã”, segundo Ulysses Guimarães) foi aprovada em um período conturbado e de instabilidade econômica, com retração de movimentos sociais, expansão da ideologia neoliberal e a população perdendo o poder de compra. A Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080, de setembro de 1990 e lei 8.142, de dezembro de 1990) foram promulgadas constituindo as bases legais para o novo sistema de saúde brasileiro, o SUS (ESCOREL, 2012; PAIM et al., 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) trata-se de um sistema universal por seguir os mesmos princípios de organização em todo o território nacional. É baseado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. No âmbito de sua organização, destaca-se a rede hierarquizada e regionalizada, com resolutividade e descentralização das ações, participação complementar da rede privada e controle pela participação popular (BRASIL, 1990b).

A universalidade é uma característica de sistemas organizados com base na solidariedade. Trata-se da garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, sem discriminação. A população tem direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como àqueles contratados pelo poder público (CARVALHO, 2013; PIOLA et al., 2009; BRASIL, 1990b).

A equidade é a garantia das ações e serviços em todos os níveis de assistência, de acordo com a complexidade de cada caso, sem barreiras ou privilégios. O princípio da equidade não consta na legislação federal, sendo citada no capítulo da seguridade social na Constituição Federal, como a forma de participação de seu custeio. Portanto, apesar de aparecer frequentemente nos princípios e diretrizes do SUS, não possui a mesma estatura jurídica dos demais. Com o SUS a exclusão formal aos serviços de saúde desapareceu, mas não a

iniquidade, que permanece seja por desinformação ou alterações em determinadas políticas públicas (CARVALHO, 2013; PIOLA et al., 2009; BRASIL, 1990b).

A integralidade por sua vez, é o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990b, p. 4) Dessa forma, tem-se o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e de que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, que não podem ser compartimentalizadas (BRASIL, 1990b).

A regionalização e a hierarquização, que fazem parte dos princípios de organização do SUS, determinam que os serviços devem ser organizados por níveis de complexidade tecnológica crescente e definição da área geográfica e população a ser atendida (BRASIL, 1990b).

O nível primário de atenção é a porta de entrada da rede, devendo estar qualificado para o atendimento e resolutividade dos principais problemas que demandam os atendimentos nos serviços de saúde (BRASIL, 1990b). É neste nível de atenção que ocorre a organização do uso dos recursos básicos e especializados. A atenção primária oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação da saúde e lida com o contexto sobre o qual a doença surge e influencia a resposta das pessoas sobre a saúde (STARFIELD, 2002). Os demais casos devem ser encaminhados para serviços de maior complexidade. Dessa forma, é possível favorecer as ações em saúde em todos os níveis de complexidade, proporcionando um maior conhecimento dos problemas de saúde da população (BRASIL, 1990b).

A resolutividade compreende a capacidade de resolução em todos os níveis de assistência, estando o serviço habilitado para enfrentar e resolver os problemas de saúde de acordo com sua competência e com menor custo. Porém, trata-se de uma situação complexa, dada a incorporação tecnológica cada vez maior e onde o sistema de encaminhamentos acaba por impedir a capacidade de ser resolutivo (BRASIL, 1990b; CARVALHO, 2013).

A descentralização é uma diretriz que consta na Constituição Federal e como princípio na Lei 8.080. Compreende a redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre a união, estados e municípios. Entende-se desta forma que, quanto mais perto da situação for tomada a decisão, maior a chance de resolutividade. Aos municípios, portanto, cabe a maior responsabilidade no

desenvolvimento de ações de saúde diretamente voltadas a sua população (CARVALHO, 2013; PIOLA et al., 2009; BRASIL, 1990b).

A descentralização tem ênfase na municipalização, com regionalização ascendente e gestor único em cada esfera de governo. Porém, enfrentam-se algumas dificuldades para o desenvolvimento deste princípio num país com as dimensões do Brasil: a diversidade de capacidade técnica, administrativa e financeira de cada município, resultando em soluções e estratégias diferentes em todo o país e a impossibilidade técnica e econômica da maioria dos municípios de terem subsistemas autossuficientes (CARVALHO, 2013; PIOLA et al., 2009; BRASIL, 1990b).

A participação popular foi garantida pela Constituição Federal (Art. 198, III), e compreende o envolvimento da população na formulação de políticas públicas de saúde e no controle de sua execução em todas as esferas de governo. A participação é feita através de instâncias participativas, que já existiam antes do SUS: os Conselhos e Conferências de Saúde (nacional, estadual e municipal). A mudança com o SUS foi regulamentada pela Lei 8.142/90 e ocorreu na composição de seus representantes, que passou a incluir os usuários de forma paritária em relação aos outros segmentos, a presença nas três esferas de governo. Importante ressaltar que, neste momento, os Conselhos passam a possuir caráter deliberativo, o que antes não acontecia; ou seja, anteriormente a 1990, os Conselhos possuíam caráter meramente consultivo (PIOLA et al., 2009; MERCADANTE, 2002; BRASIL, 1990b).

Ressalta-se ainda a importância de ser considerado como parte do processo participativo, o dever das instituições em fornecerem informações e conhecimentos necessários sobre questões relativas à saúde, para que a população possa se posicionar (PIOLA et al., 2009; MERCADANTE, 2002; BRASIL, 1990b). Entretanto, ainda hoje percebemos que os conselhos funcionam de forma bem variável entre os diversos estados e municípios. O caráter consultivo sobre o deliberativo predomina na política e ainda é observada em várias situações (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A complementariedade do setor privado é permitida dentro do sistema de saúde brasileiro, conforme preconizado pelo artigo 199 da Constituição Federal, nos casos em que, quando por insuficiência do sistema público, seja necessária a contratação de serviços privados. A instituição privada, contratada através de

contrato de direito público ou convênio, agirá de acordo com os princípios básicos e normas do SUS, tendo preferência, nestes casos, os serviços não lucrativos e filantropias. É permitido ainda o livre exercício de serviços privados de saúde e das profissões em consultórios e clínicas de forma suplementar (CARVALHO, 2013; BRASIL, 1990b).

Algumas dificuldades são encontradas nas relações público-privadas atualmente, tais como: o crescimento do setor privado supletivo subsidiado por renúncia fiscal, crescimento de novas formas de articulação público-privado com terceirizações, fundações, cooperativas, entre outros; regulação sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo sendo realizada de forma ainda iniciante (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo assistência integral e gratuita para toda a população, incluindo grupos como portadores de HIV (Human Immunodeficiency Virus, ou SIDA, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), pacientes renais crônicos e pacientes com câncer (SOUZA, 2002). O sistema de saúde brasileiro possui programas de referência internacional, tais como o Sistema Nacional de Imunização, Programa de Controle HIV/AIDS e o Sistema Nacional de Transplante de Órgãos. O SUS tem contribuído significativamente para a melhoria da saúde da população brasileira (MENDES, 2013). Como exemplo, a redução importante da taxa de mortalidade infantil (crianças até 1 ano) que, em 1990 era de 47,1%, e que em 2011 era de 15,3% (DATASUS, 2012).

Porém, a implantação desse sistema enfrenta diversos obstáculos estruturais e conjunturais, que, apesar dos avanços já obtidos, ainda apresentam aspectos que dificultam sua implementação conforme preconizado em lei (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). A limitação dos modelos de atenção presentes no sistema de saúde brasileiro são expressos por questões referentes ao acesso e qualidade das ações e dos serviços de saúde. Ambos são condicionados pela desigualdade na distribuição de infraestrutura, financiamento, organização e gestão do sistema de serviços de saúde (PAIM, 2006).

Quanto ao financiamento, apesar do aumento da participação dos municípios e estados e das transferências automáticas da União para os demais entes da federação, não houve implantação do orçamento da seguridade social, o volume de recursos para o setor é insuficiente e há baixa participação de investimentos no

gasto com saúde. Quando se avalia o percentual do gasto público, observa-se que o valor é muito baixo e incapaz de garantir o preconizado na constituição de modo a garantir o princípio da universalidade (MENDES, 2013; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A descentralização com a transferência progressiva de responsabilidades e estabelecimento de comissões intergestoras para negociação e decisão, foram avanços na implementação do sistema. Contudo, as indefinições que ainda existem quanto ao papel do gestor estadual, os conflitos entre gestores e a baixa institucionalidade das instâncias de negociação federativa em âmbito regional, tornam-se dificuldades ainda enfrentadas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Outra situação presente tanto no SUS quanto nos subsistemas privados do país, é a transição epidemiológica e nutricional aceleradas que vivenciamos atualmente. Este fato somado ao predomínio relativo de condições crônicas, com uma resposta social baseada num sistema de saúde fragmentado, voltado para a atenção às condições agudas e agudização das crônicas, é um problema que precisa ser revisto. É necessária a estruturação do sistema em redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária, que opere de forma contínua e seja capaz de responder com eficiência, efetividade e qualidade às condições agudas e crônicas (MENDES, 2013).

A atenção aos usuários obteve vários avanços desde a implantação do SUS. Houve ampliação do acesso às ações de saúde, experiências inovadoras na mudança do modelo de gestão, mudança de práticas de atenção à saúde em várias áreas, como, por exemplo, na saúde mental; expansão da estratégia de saúde da família e conseqüentemente, melhora nos indicadores de saúde em diversas partes do país. Entretanto, ainda convivemos com desigualdades no acesso, distorções no modelo de atenção com ênfase na medicalização e uso inadequado de tecnologias, além de problemas quanto à qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Verificamos, portanto, que a consolidação do SUS depende ainda da superação de complexos desafios, que exigem mudanças na estrutura do sistema e estratégias em longo prazo. A saúde como direito de cidadania é uma luta diária por um novo espaço para a proteção social e para política de saúde em um novo modelo de desenvolvimento para o país (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

3.3 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SUAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

No Brasil, a primeira experiência de Agente Comunitário de Saúde (ACS) nasceu com o novo modelo de atenção à saúde, que sofreu influência direta do Programa de Agentes de Saúde (PAS), instituído em 1987, pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, como parte de um programa que visava o combate à seca, a diminuição da mortalidade infantil e a priorização de ações de saúde da mulher e da criança (ÁVILA, 2011).

Em 1991, implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) concentrou-se inicialmente no combate e controle da epidemia do cólera, outras diarreias, orientações sobre vacinação e reidratação oral. Nesse momento, a implantação do PACS se deu para suprir uma demanda emergencial dando apoio à assistência básica nos locais onde não havia condições de interiorização da assistência médica. Os ACS eram selecionados informalmente através de processos locais, subordinados às unidades básicas administradas pela FNS e supervisionados pelos enfermeiros. Progressivamente os ACS foram sendo capacitados para outras funções, como cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher, entre outras (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os resultados positivos desse programa, sobretudo no que se refere à diminuição da mortalidade infantil no Estado, tiveram grande repercussão política e, por esse motivo, o programa foi ampliado para todo o país pelo Ministério da Saúde, quebrando o preconceito em relação à realização de serviços de saúde por pessoas da comunidade e sem formação específica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; ÁVILA, 2011).

Com a constituição do PACS ficou definido que os agentes deveriam ter moradia no mesmo local de trabalho, sendo este o mesmo ambiente da realização da promoção da saúde e educação (BRASIL, 2006).

A regulamentação da profissão teve um longo percurso, iniciando-se em 1997 (seis anos após a criação do PACS), com a definição de suas atribuições pela Portaria nº 1.886, que aprovou as normas e diretrizes para o PACS/PSF (BRASIL,

1997). Em seguida, o Decreto nº 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS (BRASIL, 1999a).

Porém, a regulamentação propriamente dita da profissão só aconteceu em 2002, com a promulgação da Lei nº 10.507 (BRASIL, 2002b). Posteriormente, as atividades do ACS passaram a reger-se pelo disposto na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, tendo como atribuições o exercício de atividades que envolvem a prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em consonância com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006). Atualmente, o PACS é um dos programas da atenção primária à saúde que faz parte das políticas públicas de saúde, assim como a Estratégia Saúde da Família (ESF), todos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Recentemente, entretanto, houve a aprovação da Lei nº 13.595 de 2018, que veio alterar o texto da Lei nº 11.350 de 2006, reformulando algumas atividades e competências exercidas por esses profissionais e ampliando o grau de formação profissional, estabelecendo a implantação de cursos técnicos de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias com carga horária mínima de quarenta horas, além da conclusão do ensino médio (BRASIL, 2018c).

Dados de janeiro de 2017 apontam que o Brasil tem 39.709 equipes de saúde da família implantadas em 5.398 municípios, com uma cobertura populacional de 63,26%, o que corresponde a cerca de 122,7 milhões de pessoas cobertas. Apontam, ainda, 492.854 ACS distribuídos em 5.431 municípios, perfazendo uma cobertura de 65,20% da população ou cerca de 126,4 milhões de pessoas (BRASIL, 2017a). Através destes dados, percebe-se a grande incorporação e a crescente atuação do ACS na Atenção Primária à Saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surge como parte do modelo de reformulação da assistência básica de saúde. Neste cenário, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada a grande porta de entrada no sistema de saúde, que passa a distinguir-se do modelo médico tradicional com ênfase ao cuidado no aspecto biológico e na atenção centrada no indivíduo. Identificados como modelos inovadores, tais programas direcionam suas ações ampliando o olhar para as questões da coletividade, no enfoque à saúde e aos fatores que a determinam (BARALHAS; PEREIRA, 2013).

Cada equipe da ESF é constituída minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é responsável pelo acompanhamento de todas as famílias de um território adstrito denominado Área, que é dividida em Microáreas, onde o ACS é responsável por até 750 pessoas (BRASIL, 2017b).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017b), as atribuições do ACS somam 23 itens, alguns dos quais também são atribuições do Agente de Combate à Endemias (ACE), compreendendo uma extensa lista em que são contempladas todas as situações e problemas de saúde que devem ser acompanhadas em sua rotina, tais como: adscrição e acompanhamento de famílias em sua microárea através de visita domiciliar mensal; orientar a comunidade sobre a forma adequada de utilização dos serviços de saúde; individualmente ou através de grupos, montar estratégias para desenvolver a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, assim como desenvolver atividades de vigilância à saúde.

O trabalho do ACS é considerado peculiar. Embora este profissional não tenha uma formação técnica científica da área da saúde, é ele que, em muitas ocasiões, leva informações sobre saúde, doença, educação, informação, prevenção, assistência, meio ambiente, saneamento básico e até primeiros socorros para a população. Portanto, o ACS é considerado um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas que não se restringem ao campo da saúde e que tem um perfil social de liderança e iniciativa, que o permite dialogar com a comunidade com maior facilidade (LOTTA, 2015; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). Ademais, Lotta (2015) acrescenta que esses profissionais são atores híbridos pelo fato de pertencerem, simultaneamente, ao Estado e à comunidade, servindo a ambos na mesma proporção.

Devido à grande responsabilidade que o trabalho do ACS representa, muitas são as expectativas depositadas neste profissional e, conseqüentemente, a pressão para que um bom trabalho seja desempenhado tornam o processo laboral difícil e penoso, trazendo sofrimento a este trabalhador. Além de riscos físicos, biológicos e ergonômicos aos quais são submetidos esses trabalhadores, como demanda excessiva de tarefas, cansaço físico com longas caminhadas, postura inadequada, contato com vetores, animais, agentes microbiológicos, intempéries, etc; ainda somam-se os fatores psíquicos, os quais podemos citar críticas, desqualificação do

seu trabalho, ansiedade, sentimento de inutilidade, entre tantos outros (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010; MARTINES; CHAVES, 2007).

Os riscos ocupacionais são condições do processo laboral capazes de causar danos em curto, médio ou longo prazo no trabalhador, afetando sua saúde física, mental ou social (BRASIL, 1995; BESSA et al., 2010). A Norma Regulamentadora (NR) nº 09 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) nos apresenta os riscos ocupacionais, que são classificados em físicos, químicos e biológicos (BRASIL, 1990a). A NR nº 05 acrescenta, em seu anexo IV, o mapa de risco, que abordará os riscos ergonômicos e de acidentes (BRASIL, 1999b). Posteriormente, devido à reorganização dos processos de trabalho e das conseqüentes doenças dele advindas, o risco psíquico passou a ser considerado um tipo extra de classificação (OPAS/OMS, 2001b; OMS, 1973). Sendo assim, classificam-se:

- **Riscos físicos:** se referem, por exemplo, as mudanças de temperatura, umidade, odores, vibrações, ruídos, radiações, ou seja, as variações presentes no ambiente de trabalho (TRINDADE et al., 2007; BRASIL, 2001c).

- **Riscos químicos:** são identificadas pelas poeiras, pós, fumaças, gases, vapores e produtos químicos, dentre outros, que os trabalhadores estão expostos (TRINDADE et al., 2007; BRASIL, 2001c).

- **Riscos biológicos:** são representadas pela exposição a fungos, bactérias, vírus, parasitas, animais domésticos, que incluem organismos animais e vegetais que prejudicam a saúde do trabalhador (TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013; TRINDADE et al., 2007; BRASIL, 2001c).

- **Riscos ergonômicos e psicossociais:** decorrem da organização e gestão do trabalho assim como das diversas formas de realizar a atividade ocupacional, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com condições de iluminação, ventilação e de conforto insuficientes, trabalho em turnos e noturno, monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, dificuldades no treinamento e supervisão dos trabalhadores, instabilidade no emprego, atenção e responsabilidade da tarefa exigida, falta de comunicação e relacionamento dos trabalhadores durante a jornada de trabalho, desgaste e sofrimento emocional, estresse e adoecimento do

trabalhador (TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013; SECCO et al., 2010; TRINDADE et al., 2007; BRASIL, 2001c).

- **Riscos mecânicos e de acidentes:** provenientes das tecnologias de trabalho seja devido a sua operação ou manutenção, aos materiais presentes no ambiente, às condições de instalação e manutenção dos meios de produção ligados à proteção das máquinas, organização física, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho (BRASIL, 2001c; LAURELL; NORIEGA, 1989).

A seguir apresentamos um quadro esquemático com os riscos:

Quadro 1 – Quadro esquemático com a descrição dos riscos ocupacionais

Riscos físicos	Riscos químicos	Riscos biológicos	Riscos ergonômicos e psicossociais	Riscos mecânicos e de acidentes
-mudanças de temperatura; -umidade; -odores; -vibrações; -ruídos; -radiações; dentre outros.	-poeiras; -pós; -fumaças; -gases; -vapores e produtos químicos; dentre outros.	-fungos; -bactérias; -vírus; -parasitas; -animais domésticos; dentre outros.	-utilização de equipamentos; -máquinas e mobiliário inadequados; -locais adaptados com condições de iluminação, ventilação e de conforto ruins, -trabalho em turnos e noturno; -monotonia ou ritmo de trabalho excessivo; -exigências de produtividade; -relações de trabalho autoritárias; -dificuldades no treinamento e supervisão dos trabalhadores;	-falta de manutenção do maquinário; -falta de organização física; -ordem e limpeza do ambiente de trabalho; -falta de sinalização; -rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho; dentre outros.

			-instabilidade no emprego; dentre outros.	
--	--	--	----------------------------------------------	--

Na APS temos uma equipe multiprofissional que acolhe os indivíduos em suas necessidades de saúde, em que a abordagem assistencial de um trabalhador da saúde junto ao usuário acontece através de um processo relacional, onde ocorrem falas, escutas, interpretações, responsabilização em torno do problema enfrentado, gerando, com isso, confiabilidade, vínculo e aceitação (MERHY, 1998).

De acordo com a World Health Organization (WHO) (2006), isso evidencia que os trabalhadores da APS apresentam uma gama importante de riscos psicossociais característicos da prestação de serviços básicos de saúde que preconiza o intenso relacionamento com os usuários, os quais demandam os mais variados tipos de problemas (SILVA; MENEZES, 2008).

Nesse sentido, o ACS é um profissional que, em decorrência de suas atividades, está submetido a todos os tipos de riscos, com predominância dos psicossociais, pois esta função é fundamental na ESF, por ser quem leva as necessidades da população até a equipe multiprofissional, para que esta possa intervir junto à comunidade. Sendo que o mesmo ocorre no fluxo inverso, onde o Agente transmite à população informações de saúde (COSTA et al., 2013).

Esses profissionais são o elo entre o saber científico e o popular, uma vez que permitem a troca de informações entre a equipe e a comunidade. Por residirem na mesma área onde trabalham, são facilitadores do acesso aos serviços de saúde. Por trabalharem como ponte entre equipe e comunidade, ambas depositam nos ACS grandes anseios e expectativas, os quais podem vir a tornar-se fortes estressores para a saúde desses profissionais (LOTTA, 2015; MOTA; DOSEA; NUNES, 2014)

Além disso, estudos apontam que

a penosidade do trabalho do ACS, os quais percorrem longas distâncias, sob condições climáticas adversas, visitam famílias em estado de vulnerabilidade, presenciando situações de violência, tomando contato com áreas de risco, locais insalubres, pontos de tráfico de drogas e residências com cães ferozes. A impotência e falta de apoio dos demais membros da equipe e da gestão, em relação a resolatividade dos problemas de saúde das famílias, mostra-se como um fator estressante, já que por ser um membro da comunidade e residir na área em que atua, a todo tempo interage com as famílias de sua microárea de abrangência, e é muitas

vezes cobrado por ações que fogem de sua governabilidade (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016, p. 96)

Embora o papel de mediador exercido pelo ACS seja consenso na literatura, isto gera algumas contradições: por um lado, o ACS detém prestígio junto à população de sua área de atuação, por outro, ocorre um desgaste ao absorver a pressão da comunidade insatisfeita com os serviços de saúde ou que procuram conseguir favorecimento em termos de acesso (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Bornstein e Stotz (2008) apontam também outra perspectiva em relação ao trabalho do ACS, que o desvia de sua função, no sentido de responsabilizá-lo pela realização de atividades burocráticas. Além de desvalorizar o seu trabalho como mediador no processo educativo, denota uma compreensão do seu trabalho como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação.

Dessa forma, podemos perceber que o trabalho na APS expõe os profissionais a riscos peculiares característicos deste nível de atenção, além dos riscos tradicionais. Ademais, muitos desses trabalhadores não têm consciência dos riscos ocupacionais a que estão expostos, o que torna importante ampliar a discussão sobre o assunto e levar informações a esses profissionais, de modo que os mesmos possam refletir sobre seu auto-cuidado e reivindicarem melhores condições de trabalho (ALMEIDA; TORRES; SANTOS, 2012).

Neste sentido, as implicações e sobrecargas aos quais os ACS são submetidos comprometem tanto sua vida profissional quanto pessoal, representando uma preocupante situação, potencialmente causadora de doenças, e que interfere diretamente na sua qualidade de vida.

3.4 CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE MENTAL: CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

O trabalho vai além de um meio de sustento, sendo, acima de tudo, uma forma de inserção social onde fenômenos físicos e psíquicos atuam e se entrelaçam. Por um lado, pode se constituir em fator de deterioração, envelhecimento precoce e doenças graves, por outro, pode ser fator de equilíbrio e desenvolvimento. Esta

situação está vinculada a um trabalho que permita a cada indivíduo aliar suas necessidades físicas ao desejo de executar suas tarefas (DEJOURS; DÉSSORS; DÉSRIAUX, 1993).

Na Antiguidade, o trabalho equiparava-se a um fardo, sofrimento, infortúnio ou mesmo à falta de independência e de liberdade. O significado de sofrimento e de punição perpassou pela história da civilização, se relacionando diretamente ao sentido do termo que deu origem à palavra trabalho. Essa vem do latim vulgar *tripalium*, embora seja, às vezes, associada a *trabaculum*. *Tripalum* era um instrumento feito de três paus aguçados, com ponta de ferro, no qual os antigos agricultores batiam os cereais para processá-los. Associa-se a palavra trabalho ao verbo *tripaliare*, igualmente do latim vulgar, que significava "torturar sobre o *trepalium*", mencionado como uma armação de três troncos, ou seja, suplício que substituiu o da cruz, instrumento de tortura no mundo cristão. Por muito tempo, a palavra "trabalho" significou experiência dolorosa, padecimento, cativeiro, castigo (BUENO, 1988).

Na atualidade, o sistema produtivo mundial tem passado por forte processo de reestruturação, incorporando diariamente novas tecnologias, principalmente as baseadas nas tecnologias de informação/comunicação, e novas formas de organização e de gestão do trabalho. Em muitos setores, essa forma de organização do trabalho aumentou as exigências psíquicas e os trabalhadores passaram a ser mais exigidos intelectualmente, estimulados a pensar, participar e tomar decisões, ter capacidade de autogestão e trabalhar em equipe. Porém, nem sempre a instituição fornece os subsídios adequados para que o trabalhador execute suas tarefas com excelência e eficiência, dentro do tempo que lhe é imposto, o que, por vezes, impede que seu trabalho seja desenvolvido com precisão e dentro dos padrões de qualidade exigidos pela organização do trabalho, causando mal estar e a sensação de trabalho mal feito (DEJOURS, 2004).

Nesse sentido, as doenças osteomusculares relacionadas aos movimentos repetitivos da Era Fordysta, que antes predominavam no contexto do trabalho (e que ainda ocorrem em grandes proporções), foram dando espaço para as doenças mentais, que têm aumentado sensivelmente e se desenvolvem a partir de diversos fatores: sofrimento psíquico, estresse laboral, depressão, doenças psicossomáticas, ansiedade, entre outras, podendo, inclusive, levar os indivíduos ao auto-extermínio (DEJOURS, 2004).

Foi a partir desse cenário que teve início os estudos sobre a Psicopatologia do Trabalho, hoje denominada Psicodinâmica do Trabalho, que busca identificar as formas de organização do trabalho e sua ligação com o prazer e o sofrimento que se traduz em adoecimento. Assim, a Psicodinâmica do Trabalho

É uma abordagem científica que investiga a saúde psíquica no trabalho. Privilegia a inter-relação entre o sofrimento psíquico, oriundo dos conflitos entre o sujeito e a realidade de trabalho, e as estratégias de mediação empregadas pelos trabalhadores para lidar com o sofrimento e transformar o trabalho fonte de prazer. Seu objetivo principal consiste em analisar as estratégias individuais e coletivas de mediação empregadas na busca da saúde psíquica, considerando a subjetividade do trabalhador, que articula as dimensões psíquica, social e objetiva do contexto de produção de bens e serviços (FERREIRA; MENDES, 2001, p. 31).

Podemos ainda definir a Psicodinâmica do Trabalho, segundo Dejours (2004, p. 28), como sendo

“... uma disciplina clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental; (...), é uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social (...)

A atividade laboral possui lugar de destaque na vida das pessoas. Não apenas por garantir a subsistência do indivíduo e de sua família, mas, acima de tudo, por ser o lugar de desenvolvimento da subjetividade humana, da cidadania, da criatividade, do convívio, do respeito pelo outro, onde se participa de forma ativa da sociedade e onde a vida se organiza (DEJOURS, 2004). Assim, o trabalho qualificado revela a subjetividade, enquanto que o trabalho desqualificado, repetitivo e desprovido de significado para o sujeito tem o poder de destruir sua subjetividade (FERREIRA et al., 2009).

A Psicodinâmica do Trabalho tem por objetivo compreender quais são os mecanismos utilizados pelo trabalhador para manter o equilíbrio mental frente às condições de trabalho adversas que vêm desestruturar seu aparelho psíquico, bem como as estratégias individuais e coletivas na transformação do sofrimento em prazer (DEJOURS, 1994). Seu cerne é a relação entre trabalhador e empresa abordando os fatores determinantes e condicionantes do sofrimento psíquico no que tange aos efeitos que essa estruturação produz sobre a subjetividade diante das

condições institucionais favoráveis ou não à saúde do trabalhador (DEJOURS, 2004).

Assim, Dejours afirma que a normalidade consistiria no precário equilíbrio entre as defesas psíquicas do trabalhador e as adversidades do trabalho, situação na qual o sujeito tem sua subjetividade tolhida pelo trabalho, tornando-se, assim, vítima do sistema laboral e gerando sofrimento (DEJOURS, 1994).

Além disso, outra importante contribuição da Psicodinâmica do Trabalho refere-se aos laços afetivos que são estabelecidos no ambiente de trabalho. Desse modo, quando são formados vínculos agradáveis e gratificantes, o trabalho gera bem-estar e prazer. Porém, quando acontece o oposto e os sentimentos de subjugação e desarmonia estão presentes, o resultado é a geração de sofrimento (DEJOURS, 2004).

Nesse contexto, no que diz respeito aos ACS, várias são as situações geradoras de sofrimento para este profissional: falta de reconhecimento e valorização pelo seu trabalho, sentimento de impotência, envolvimento afetivo com a população atendida, falta de identificação com seu trabalho, tímido prestígio social, baixa remuneração, formação profissional precária, pouco empoderamento político e técnico, entre outros que, além das dificuldades com a população atendida, são fatores causados por condições objetivas geradoras de sofrimento (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

Na situação de trabalho do ACS verifica-se o vínculo que o mesmo acaba por estabelecer com a comunidade, por conta de sua própria rotina de trabalho e pelo fato de ser parte integrante da comunidade que atende. Esse vínculo, em última instância, compromete sua liberdade e o adocece, causando sofrimento físico e psíquico (RIBEIRO, 2012).

A esse respeito, Dejours, Dessors e Desrioux (1993) refletem que o sofrimento é bom para o modo de produção capitalista, uma vez que, ao se irritar com o cliente, o trabalhador tende a querer sair da situação de incômodo o quanto antes, reduzindo o tempo de atendimento e, conseqüentemente, trabalhando mais depressa. Através do sofrimento do trabalhador, potencializa-se a produção.

Diante de tantas dificuldades singulares da categoria, observa-se uma busca por ajuda e formação para os trabalhadores, o que poderia ser um caminho para a minimização do sofrimento desse trabalhador (RIBEIRO, 2012).

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

Sendo assim, existem também, em contrapartida, diversas situações nas atividades laborais do ACS geradoras de prazer, tais como: possibilidade de ser reconhecido, ser resolutivo, trabalhar com os pares e usar a criatividade no trabalho (LOPES et al., 2012).

Ribeiro (2012) afirma que a saúde do ACS está num caminho que, embora penoso, vislumbra brechas para mudanças em sua conjuntura levando em conta fatores como criatividade, ações inovadoras e organização do trabalho.

4 MÉTODOS E TÉCNICAS

Esta pesquisa faz parte de um estudo mais amplo denominado “Trabalhadores da Atenção Primária a Saúde: Condições de Trabalho e de Vida”, que tem como finalidade analisar as condições de trabalho e de vida dos profissionais atuantes nas equipes das Unidades Básicas de Saúde de um Município da Zona da Mata Mineira.

4.1 Delineamento Metodológico

Trata-se de uma pesquisa quantitativa que utiliza o método exploratório transversal, também denominado de *survey* ou estudo seccional, que consiste em uma investigação com toda a população ou com uma amostra da população alvo da pesquisa. No caso de estudo amostral, os resultados são obtidos por meio da inferência e, dessa forma, representam a realidade de toda a população alvo (KLEIN; BLOCH, 2009).

O termo “seccional” faz referência ao prazo de observação ou coleta de informações entre a entrevista do primeiro participante até a do último, devendo ser o mais curto possível para que seja possível relacionar os dados coletados. O instrumento utilizado para a coleta de informações nos estudos seccionais é o questionário, podendo ser composto por perguntas fechadas, abertas ou mistas. O método exploratório transversal é uma estratégia de estudo epidemiológico que utiliza da observação de uma população específica em um tempo determinado (KLEIN; BLOCH, 2009).

4.2 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF (CAAE 40343414.0.0000.5147) em janeiro de 2015.

Foram seguidos os parâmetros contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 2) foi aplicado em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante e a outra foi

arquivada pelo pesquisador, com garantia do anonimato e da privacidade dos participantes quanto aos dados que foram coletados na pesquisa sendo respeitado o direito do sujeito de não participar ou de desistir de fazer parte da mesma em qualquer momento.

Além disso, os participantes foram informados de que a participação na pesquisa implica em risco mínimo, ou seja, o mesmo risco de conversar, tomar banho e ler, não havendo interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social, com respeito à intimidade do participante. Do mesmo modo, foi assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa (BRASIL, 2012c).

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

4.3 Cenário

Juiz de Fora é uma cidade localizada a sudeste do Estado de Minas Gerais, na mesorregião da Zona da Mata Mineira, microrregião Juiz de Fora. Com cerca de 500 mil habitantes, o que representa 2,63% da população do Estado de Minas Gerais, possui área total de 1.429,875 km², sendo que 446,551 km² correspondem a área urbana e 983,324 km² a área rural (JUIZ DE FORA, 2006).

Dispõe de um relevo bastante dissecado, com colinas côncavo-convexas e vales, com altitudes compreendidas entre 700 e 900 metros, característico do Vale do Paraíba do Sul e dos contrafortes da Serra da Mantiqueira. O rio Paraíba do Sul e seus afluentes, todos integrantes da Bacia do Paraíba do Sul, estão entre os rios de maior destaque na região (JUIZ DE FORA, 2006).

Segundo dados do Plano de Saúde de Juiz de Fora 2014-2017 (JUIZ DE FORA, 2013), a cidade é pólo assistencial da macrorregião sudeste (Plano Diretor de Regionalização/MG), composta de oito microrregiões, abrangendo noventa e quatro municípios. É também pólo microrregional Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim, constituído por vinte e cinco municípios, além de ser referência em procedimentos de média e alta complexidade para cerca de cento e sessenta municípios (JUIZ DE FORA, 2013).

Com relação aos fatores epidemiológicos referentes ao município, dentre as principais causas de óbitos, segundo grandes grupos de causas da CID 10, destacam-se como principais as doenças do aparelho circulatório com 24,8%, as neoplasias com 15,9%, as doenças do aparelho respiratório com 14,6% e as causas externas com 8,6%. Esta última foi maior em homens e a taxa foi de 9,5/10.000. Quanto à mortalidade proporcional por faixa etária, verifica-se alta concentração de óbitos em mulheres (89,4%), em homens (86,3%) acima de 50 anos de idade e um percentual pequeno de óbitos nas idades mais jovens (JUIZ DE FORA, 2013).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis respondem por 72% das causas de morte no Brasil (BRASIL, 2011d) e pela maior parte das despesas em assistência ambulatorial e hospitalar. Em Juiz de Fora, as doenças do aparelho circulatório respondem por 20,8/10.000 em homens e 17/10.000 em mulheres, seguidas das neoplasias, com 13,5/10.000 em homens e 10,7/10.000 em mulheres. As causas externas ocupavam a quinta posição em Juiz de Fora, mas em 2012 passaram a ocupar a quarta, sendo os homicídios a causa primeira deste grupo. A partir de 2012 iniciou-se uma investigação junto às UBS correspondentes às áreas de abrangência da residência do falecido para melhorar as informações sobre as causas de óbito mal definidas, com isto conseguiu-se redução de 10,2 em 2011 para 8,2 em 2012. Este fato possibilitou a correção de 21,3 das causas mal definidas (JUIZ DE FORA, 2013).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (JUIZ DE FORA, 2014), a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em Juiz de Fora em 1995 e apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos.

A cidade possui em sua rede de atenção à saúde 63 (sessenta e três) Unidades Básicas de Saúde (UBS) implantadas, 48 na zona urbana e 15 na zona rural. Entre as unidades da zona urbana, 35 seguem o modelo da ESF, 2 seguem o PACS ou Modelo Misto e 11 o modelo tradicional. Entre as unidades da zona rural da cidade, 4 são ESF e 11 tradicionais (JUIZ DE FORA, 2013).

Entre os aspectos que diferenciam a ESF de outros modelos de atenção (como, por exemplo, o modelo tradicional) está o fato de que a programação de serviços de saúde oferecidos pela ESF à comunidade e a grupos específicos obedece a recomendações e orientações do Ministério da Saúde. Isso quer dizer que a ESF veio para reorganizar prática multiprofissional comprometendo-se com a vigilância à saúde e a integralidade do cuidado da população adstrita ao seu

território de abrangência. Ações essas que não acontecem no modelo tradicional, onde ainda predomina o modelo hospitalocêntrico e de livre demanda (TOSIN et al., 2015; BRASIL, 1997).

As unidades estão distribuídas em áreas distintas do município, estando presentes tanto em área urbana como em área rural, configurando desse modo, diferentes perfis epidemiológicos. A cobertura populacional dos serviços que possuem ESF em dezembro de 2015 foi de 63,7% no Brasil, de 79,2% no Estado de Minas Gerais e de 59,7% no município em questão (JUIZ DE FORA, 2013).

Quadro 2 - Relação das Unidades de Atenção Primária a Saúde – Modelo Estratégia Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde

REGIÃO ADMINISTRATIVA	TOTAL DE UBS	TOTAL DE ACS
<i>NORTE</i>	13 UBS	163 ACS
<i>NORDESTE</i>	04 UBS	34 ACS
<i>LESTE</i>	08 UBS	128 ACS
<i>CENTRO</i>	01 UBS	14 ACS
<i>OESTE</i>	02 UBS	11 ACS
<i>SUL</i>	04 UBS	53 ACS
<i>SUDESTE</i>	07 UBS	83 ACS
<i>RURAL</i>	04 UBS	14 ACS
<u>TOTAL</u>	43 UBS	500 ACS

Fonte: Rocha, R. S., 2017 (modificado).

O município de Juiz de Fora é considerado de grande porte, sendo pólo de referência para atendimentos à saúde da região sudeste do estado de Minas Gerais com mais de 3 milhões de habitantes (JUIZ DE FORA, 2013).

4.4 População do Estudo

A população do estudo foram todos os ACS que estavam exercendo suas atividades laborais nas UBS de Juiz de Fora, onde ocorreram as investigações.

O número de ACS (totalizando 500), bem como a identificação dos mesmos e as UBS onde estes trabalham foram fornecidos pela Secretaria de Saúde do

município, para que assim fosse possível realizar contato para agendamento das entrevistas.

O critério de inclusão para participar da pesquisa foi: ser profissional da unidade escolhida. Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores que não foram encontrados após três tentativas de contato.

A abordagem aos participantes foi realizada de forma individual, momento em que foram explicados os objetivos do estudo e quando, aos que concordaram em participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do TCLE.

Sendo assim, de um total de 500 ACS, 82 foram excluídos pelos motivos que seguem: 24 estavam de licença para tratamento de doença, sendo 01 licença maternidade; 02 por desvio de função; 15 foram aposentados; 28 foram exonerados ou demitidos e 12 não foram encontrados após 3 tentativas de contato ou mais. Além disso, 18 ACS recusaram-se a participar da pesquisa. Portanto, 400 ACS participaram do estudo, o que correspondeu a 80% da população pretendida.

4.5 Processo de coleta de dados

Após a apreciação dos devidos órgãos para a realização desta pesquisa, foi realizada a coleta de dados piloto, em junho de 2015. O teste piloto contou com 22 trabalhadores da APS de um município vizinho com características semelhantes às do grupo investigado nesta pesquisa. O teste evidenciou pouca clareza e incapacidade para dar uma resposta a algumas questões. Essas dificuldades foram solucionadas e o instrumento foi considerado adequado.

A equipe de coleta de dados foi composta por discentes do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, discentes do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, que estão desenvolvendo suas dissertações e teses com base na pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – Condições de Trabalho e de Vida”, e graduandos da Faculdade de Enfermagem, Odontologia e Ciências da Computação da mesma universidade como voluntários.

Todos os integrantes da equipe de coleta de dados passaram por treinamento visando à padronização da forma de abordagem dos participantes, bem como a

unificação da forma que os dados foram coletados, com objetivo de minimizar os vieses.

Os ACS foram contatados para acordarem um melhor local e horário para que fosse realizada a entrevista. A infra-estrutura para tal foi mínima e simples. O local precisou, apenas, fornecer privacidade para que a coleta fosse realizada individualmente e duas cadeiras para que entrevistador e entrevistado pudessem se acomodar.

A coleta de dados foi dividida em dois períodos: o primeiro se deu entre os meses de julho a outubro de 2015 e o segundo de outubro de 2016 a fevereiro de 2017. No primeiro período ocorreu abordagem de uma amostra da população pretendida e, diante da percepção quanto à importância da participação dos demais ACS do município no estudo, decidiu-se pela inclusão dos demais neste.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário auto-preenchível (ANEXO 2), instrumento este que fez parte, conforme citado anteriormente, de um projeto de pesquisa mais amplo, que possui aprovação do Comitê de Ética. Para este estudo, foram utilizadas questões sobre a situação socioeconômica e demográfica dos participantes, como por exemplo: idade, sexo, há quanto tempo está inserido na UBS, renda, escolaridade, dentre outros que caracterizaram os participantes e questões sobre as condições de trabalho dos ACS, que responderam aos objetivos desse estudo. Além deste questionário, foram utilizadas também duas escalas do Inventário sobre o Trabalho e o Risco de Adoecimento (ITRA): Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) e Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) (MENDES, 2007).

Os dados foram digitados durante a entrevista em um dispositivo portátil que possui sistema de operação android. Para isso, foi utilizado o aplicativo Open Data Kit (ODK), contendo o instrumento da pesquisa.

O ODK é um programa de código aberto desenvolvido por um grupo multidisciplinar dos Departamentos de Ciência da Computação e de Engenharia da Universidade de Washington, que exploram o uso da tecnologia na melhoria da vida nos países em desenvolvimento (JEFFREY-COKER; BASINGER; MODI, 2010; ODK, 2017). O questionário a ser utilizado é inserido no programa, o que viabiliza a coleta de dados, pois os mesmos são digitalizados de forma imediata, eliminando o uso de papéis e reduzindo o tempo da pesquisa (ODK, 2017).

A partir da coleta ocorreu a construção do banco de dados que, posteriormente, foi processado e analisado por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15. Foi considerada a simetria e assimetria, a média e a mediana, o desvio-padrão e a amplitude total com a intenção de identificar as condições de trabalho e o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes, por meio de análise estatística descritiva, para que pudéssemos descrever a realidade da população estudada.

As variáveis do estudo estão apresentadas nos quadros 3, 4, 5 e 6 que seguem. As variáveis independentes são aquelas que não são modificáveis e exercem influência sobre outra variável, enquanto as variáveis dependentes são aquelas que sofrem modificação quando se correlacionam com as variáveis independentes (KMETEUK FILHO, 2005). Neste estudo, as variáveis independentes são aquelas relacionadas à caracterização socioeconômica e demográfica da população e as variáveis dependentes são as relacionadas às condições de trabalho.

Quadro 3 - Caracterização socioeconômica e demográfica

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
VARIÁVEL	TIPO DA VARIÁVEL	AGRUPAMENTO
Idade (IBGE)	Numérica discreta (posteriormente categorizada)	1. 20 a 39 anos 2. 40 a 59 anos 3. 60 anos ou mais
Cor da pele (IBGE)	Categórica nominal	1. Preta/Parda 2. Branca 3. Amarela/Indígena
Situação conjugal	Categórica nominal (posteriormente categorizada)	1. Casados ou vivendo em união estável 2. Separados, divorciados ou viúvos 3. Solteiros
Sexo	Categórica nominal dicotômica	1. Masculino 2. Feminino
Escolaridade (REZENDE, 2016)	Categórica ordinal (posteriormente categorizada)	1. Ensino fundamental 2. Ensino médio 3. Ensino superior
Religião	Categórica nominal (posteriormente categorizada)	1. Católico 2. Evangélico 3. Outras
Filhos	Categórica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não
Classe socioeconômica (ABEP, 2015)	Numérica contínua (posteriormente categorizada)	1. Classe A 2. Classe B 3. Classe C/D 4. Classe E

Fonte: A autora

Quadro 4 - Condições físico-estruturais de trabalho

VARIÁVEIS DEPENDENTES		
VARIÁVEL	TIPO DA VARIÁVEL	AGRUPAMENTO
<i>Número de empregos</i>	Categórica nominal dicotômica	1. Um 2. Mais de um
<i>Trabalha durante a noite?</i>	Categórica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não
<i>Horas trabalhadas por semana</i>	Numérica discreta (posteriormente categorizada)	1. 40 horas 2. Mais de 40 horas
<i>Exposição a riscos físicos durante o trabalho</i>	Categórica nominal	1. Ruído muito elevado 2. Ruído constante ou incômodo 3. Vibrações 4. Radiações 5. Calor intenso 6. Frio intenso
<i>Exposição a riscos químicos durante o trabalho</i>	Categórica nominal	1. Poeiras ou gases 2. Agentes químicos
<i>Exposição a riscos biológicos durante o trabalho</i>	Categórica nominal	1. Agentes biológicos
<i>Exposição a riscos ergonômicos durante o trabalho</i>	Categórica nominal	1. Movimentos repetitivos 2. Posturas penosas 3. Esforços físicos intensos 4. Permanecer muito tempo de pé na mesma posição 5. Permanecer muito tempo de pé com deslocamento 6. Permanecer muito tempo sentado 7. Permanecer muito tempo no mesmo local 8. Subir e descer com muita frequência
<i>Exposição a riscos mecânicos durante o trabalho</i>	Categórica nominal	1. Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza 2. Mobiliário adequado 3. Equipamentos e ferramentas adequados
<i>Instalações no ambiente de trabalho (UBS)</i>	Categórica nominal	1. Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados 2. Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos
<i>Condições de higiene e conforto no ambiente de trabalho (UBS)</i>	Categórica nominal	1. Água potável 2. Álcool gel para higienização das mãos 3. Papel higiênico nos banheiros 4. Papel toalha nos banheiros 5. Sabonete líquido para higienização das mãos
<i>Acidente de trabalho nos últimos 12 meses</i>	Categórica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não
<i>Possui disponível equipamento de proteção individual no ambiente de trabalho (UBS)?</i>	Categórica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não

Possui disponível equipamento de proteção coletiva no ambiente de trabalho (UBS)?	Categórica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não
Há quanto tempo trabalha na APS?	Numérica discreta (posteriormente categorizada)	1. Menos de 5 anos 2. De 6 a 20 anos 3. Há mais de 20 anos
Já trabalhava antes de exercer suas funções na UBS?	Categórica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não
Recebe adicional de insalubridade?	Categórica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não

Fonte: A autora.

O desfecho estudado foi a condição de trabalho, sendo, para tanto, utilizado o questionário *Condições físico-estruturais de trabalho* (quadro 4) e duas das quatro escalas do *Inventário sobre o Trabalho e Risco e Adoecimento* (ITRA). O ITRA foi elaborado e validado por Mendes e Ferreira em 2003 e, após passar por adaptações, foi novamente validado por Mendes et al. em 2005, tendo sua terceira versão (utilizada neste estudo), apresentada em 2007. É composto por quatro escalas interdependentes do tipo Likert (MENDES, 2007):

1. *Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho - EACT* (Bloco I1 - ANEXO 2): É composta pelos itens organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais, construídos com itens negativos, eigenvalues de 1,5, variância total de 38,46%, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,93 e correlações acima de 0,25 (MENDES, 2007):

Organização do trabalho – Definida como a divisão e conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho. Tem confiabilidade de 0,72 e possui 11 itens, sendo eles: o ritmo de trabalho é excessivo; as tarefas são cumpridas sob pressão de prazos; existe forte cobrança por resultados; as normas para execução das tarefas são rígidas; existe fiscalização do desempenho; o número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas; os resultados esperados estão fora da realidade; existe divisão entre quem planeja e quem executa; as tarefas são repetitivas; falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho; as tarefas executadas sofrem descontinuidade (MENDES, 2007).

Condições de trabalho – Definido como a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos, e materiais disponibilizados para execução do trabalho.

Com confiabilidade de 0,89, possui 10 itens: as condições de trabalho são precárias; o ambiente físico é desconfortável; existe muito barulho no ambiente de trabalho; o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado; os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas; o posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas; os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários; o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado; as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas; o material de consumo é insuficiente (MENDES, 2007).

Relações Socioprofissionais – São os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional. Possui confiabilidade de 0,87 e 10 itens: as tarefas não estão claramente definidas; a autonomia é inexistente; a distribuição das tarefas é injusta; os funcionários são excluídos das decisões; existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados; existem disputas profissionais no local de trabalho; falta integração no ambiente de trabalho; a comunicação entre funcionários é insatisfatória; falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional; as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso (MENDES, 2007).

Considera-se como resultado para a Escala *Contexto de Trabalho*, ponderando um desvio padrão para cada média (MENDES, 2007):

Acima de 3,7 = Avaliação mais negativa, grave

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

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

2. *Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho - EIPST* (Bloco I2 – ANEXO 2): apresenta questões relativas às vivências de prazer e sofrimento no trabalho e descreve o sentido deste. É composta por quatro domínios: dois para avaliar prazer (realização profissional e liberdade de expressão), sendo estes itens positivos; e dois para avaliar o sofrimento no trabalho (esgotamento profissional e falta de reconhecimento) apresentando itens negativos; eigenvalues de 1,0, variância total de 59,80%, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,92 e 50% das correlações acima de 0,30 (MENDES, 2007). Os itens de cada domínio estão a seguir:

Realização Profissional – Definida como a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz. Tem confiabilidade de 0,93 e 9 itens: satisfação; motivação; orgulho pelo que faço; bem-estar; realização profissional; valorização; reconhecimento; identificação com as minhas tarefas; gratificação pessoal com as minhas atividades (MENDES, 2007).

Liberdade de Expressão – Vivência de liberdade para pensar, organizar e falar sobre o seu trabalho. Apresenta confiabilidade de 0,80 e 8 itens: liberdade com a chefia para negociar o que precisa; liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas; solidariedade entre os colegas; confiança entre os colegas; liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho; liberdade para usar a minha criatividade; liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias; cooperação entre os colegas. (MENDES, 2007)

Esgotamento Profissional – Vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho. Confiabilidade de 0,89 e 7 itens: esgotamento emocional; estresse; insatisfação; sobrecarga; frustração; insegurança; medo (MENDES, 2007).

Falta de Reconhecimento – Vivência de injustiça, indignação e desvalorização pelo não-reconhecimento do seu trabalho. A confiabilidade é de 0,87 e são 8 itens: falta de reconhecimento do meu esforço; falta de reconhecimento do meu desempenho; desvalorização; indignação; inutilidade; desqualificação; injustiça; discriminação (MENDES, 2007).

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

Acima de 4,0 = Avaliação mais positiva, satisfatório;

Entre 3,9 e 2,1 = Avaliação moderada, crítico;

Abaixo de 2,0 = Avaliação para mais negativa, grave.

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

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

Dentro do ITRA ainda existem mais duas escalas: *Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)*, composta por três fatores (custo físico, cognitivo e afetivo); e *Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)*, composta também por três fatores (danos físicos, psicológicos e sociais) (MENDES, 2007). Porém, nesta pesquisa não utilizaremos estas escalas em virtude de não se adequar ao escopo do trabalho.

Quadro 5 – Escala de Avaliação do Contexto de trabalho (EACT)

VARIÁVEIS DEPENDENTES				
1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
VARIÁVEL		QUESTÃO	TIPO DA VARIÁVEL	
<i>O ritmo de trabalho é excessivo?</i>		I1.1	Numérica categorizada	
<i>As tarefas são cumpridas com pressão de prazos?</i>		I1.2	Numérica categorizada	
<i>Existe forte cobrança por resultados?</i>		I1.3	Numérica categorizada	
<i>As normas para execução das tarefas são rígidas?</i>		I1.4	Numérica categorizada	
<i>Existe fiscalização do desempenho?</i>		I1.5	Numérica categorizada	
<i>O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas?</i>		I1.6	Numérica categorizada	
<i>Os resultados esperados estão fora da realidade?</i>		I1.7	Numérica categorizada	
<i>Existe divisão entre quem planeja e quem executa?</i>		I1.8	Numérica categorizada	
<i>As tarefas são repetitivas?</i>		I1.9	Numérica categorizada	
<i>Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho?</i>		I1.10	Numérica categorizada	
<i>As tarefas executadas sofrem descontinuidade?</i>		I1.11	Numérica categorizada	
<i>As condições de trabalho são precárias?</i>		I1.12	Numérica categorizada	
<i>O ambiente físico é desconfortável?</i>		I1.13	Numérica categorizada	

<i>Existe muito barulho no ambiente de trabalho?</i>	I1.14	Numérica categorizada
<i>O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado?</i>	I1.15	Numérica categorizada
<i>Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas?</i>	I1.16	Numérica categorizada
<i>O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização das tarefas?</i>	I1.17	Numérica categorizada
<i>Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários?</i>	I1.18	Numérica categorizada
<i>O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado?</i>	I1.19	Numérica categorizada
<i>As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas?</i>	I1.20	Numérica categorizada
<i>O material de consumo é insuficiente?</i>	I1.21	Numérica categorizada
<i>As tarefas não estão claramente definidas?</i>	I1.22	Numérica categorizada
<i>A autonomia é inexistente?</i>	I1.23	Numérica categorizada
<i>A distribuição das tarefas é injusta?</i>	I1.24	Numérica categorizada
<i>Os funcionários são excluídos das decisões?</i>	I1.25	Numérica categorizada
<i>Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados?</i>	I1.26	Numérica categorizada
<i>Existem disputas profissionais no local de trabalho?</i>	I1.27	Numérica categorizada
<i>Falta integração no ambiente de trabalho?</i>	I1.28	Numérica categorizada
<i>A comunicação entre funcionários é insatisfatória?</i>	I1.29	Numérica categorizada
<i>Falta apoio das chefias para meu desempenho profissional?</i>	I1.30	Numérica categorizada
<i>As informações de que preciso para executar minha tarefa são de difícil acesso?</i>	I1.31	Numérica categorizada

Fonte: A autora

Quadro 6 – Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)

VARIÁVEIS DEPENDENTES						
0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis ou mais vezes
VARIÁVEL		QUESTÃO		TIPO DA VARIÁVEL		
<i>Satisfação</i>		I2.1		Numérica categorizada		
<i>Motivação</i>		I2.2		Numérica categorizada		
<i>Orgulho pelo que faço</i>		I2.3		Numérica categorizada		
<i>Bem-estar</i>		I2.4		Numérica categorizada		
<i>Realização profissional</i>		I2.5		Numérica categorizada		
<i>Valorização</i>		I2.6		Numérica categorizada		
<i>Reconhecimento</i>		I2.7		Numérica categorizada		
<i>Identificação com as minhas tarefas</i>		I2.8		Numérica categorizada		
<i>Gratificação pessoal com as minhas atividades</i>		I2.9		Numérica categorizada		
<i>Liberdade com a chefia para negociar o que precisa</i>		I2.10		Numérica categorizada		
<i>Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas</i>		I2.11		Numérica categorizada		
<i>Solidariedade com os colegas</i>		I2.12		Numérica categorizada		
<i>Confiança entre os colegas</i>		I2.13		Numérica categorizada		
<i>Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho</i>		I2.14		Numérica categorizada		
<i>Liberdade para usar minha criatividade</i>		I2.15		Numérica categorizada		
<i>Liberdade para falar sobre meu trabalho com as chefias</i>		I2.16		Numérica categorizada		
<i>Cooperação entre os colegas</i>		I2.17		Numérica categorizada		
<i>Esgotamento emocional</i>		I2.18		Numérica categorizada		
<i>Estresse</i>		I2.19		Numérica categorizada		
<i>Insatisfação</i>		I2.20		Numérica categorizada		
<i>Sobrecarga</i>		I2.21		Numérica categorizada		
<i>Frustração</i>		I2.22		Numérica categorizada		

<i>Insegurança</i>	I2.23	Numérica categorizada
<i>Medo</i>	I2.24	Numérica categorizada
<i>Falta de reconhecimento do meu esforço</i>	I2.25	Numérica categorizada
<i>Falta de reconhecimento do meu desempenho</i>	I2.26	Numérica categorizada
<i>Desvalorização</i>	I2.27	Numérica categorizada
<i>Indignação</i>	I2.28	Numérica categorizada
<i>Inutilidade</i>	I2.29	Numérica categorizada
<i>Desqualificação</i>	I2.30	Numérica categorizada
<i>Injustiça</i>	I2.31	Numérica categorizada
<i>Discriminação</i>	I2.32	Numérica categorizada

Fonte: A autora

5 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentadas as análises estatísticas dos dados dos questionários sobre Caracterização da População de Estudo de acordo com dados sociodemográficos, com as Condições de Trabalho, com a Escala de Avaliação do Contexto de trabalho (EACT) e Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST).

5.1 Caracterização da População de Estudo de acordo com dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos estão na tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde (n=400). Juiz de Fora, 2016/2017

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Perdas
IDADE			1
20 a 39 anos	112	28,1	
40 a 59 anos	237	59,4	
60 anos ou mais	50	12,5	
COR DA PELE			1
Preta/Parda	208	52,1	
Branca	185	46,4	
Amarela/Indígena	6	1,5	
SITUAÇÃO CONJUGAL			1
Casado ou vivendo em união estável	230	57,5	
Separado, divorciado ou viúvo	84	21	
Solteiro	85	21,3	
FILHOS			1
Sim	310	77,5	
Não	89	22,3	
RELIGIÃO			4
Católica	233	58,8	
Evangélica	111	28,1	
Outras	52	13,1	

(conclusão)

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Perdas
SEXO			1
Masculino	35	8,8	
Feminino	364	91,2	
ESCOLARIDADE			19
Ensino Fundamental	15	3,9	
Ensino Médio	291	76,4	
Ensino Superior Completo	75	19,7	
CLASSE SOCIOECONÔMICA (critério ABEP**)			3
Classe A/B (mais de 10 SM*)	5	1,3	
Classe C (de 4 a 10 SM*)	77	19,4	
Classe D/E (de 2 a 4 SM*)	204	51,4	
Classe E (até 2 SM*)	111	28	

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017.

Nota: *SM: Salários Mínimos / **ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Os dados da tabela 1 mostram que 59,4% dos ACS têm idade entre 40 e 59 anos, sendo que a média de idade da população estudada foi de 46 anos, com um desvio padrão de 10,22, em que a idade mínima encontrada foi de 25 e a máxima de 74 anos. A maioria dos pesquisados se auto-declaram de cor preta ou parda (52,1%), são casados ou vivem em união estável (57,5%), têm filhos (77,5%) e se intitulam católicos (58,8%). Chama à atenção a grande quantidade de ACS do sexo feminino (364), totalizando 91,2% de toda a população pesquisada. Com relação à escolaridade, 80,3% possuem nível fundamental ou médio. Dentro do censo da pesquisa, a maior parte se insere nas classes socioeconômicas D e E, perfazendo um total de 79,4% dos estudados.

5.2 Descrição das condições de trabalho segundo a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde

Na tabela 2, a seguir, estão descritos os dados relativos às Condições de Trabalho dos ACS.

Tabela 2: Condições de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (n=400). Juiz de Fora, 2016/2017

Variáveis	Frequência absoluta (n)		Frequência relativa (%)	
NÚMERO DE EMPREGOS				
Um	349		87,3	
Mais de um	51		12,7	
TRABALHO NOTURNO				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	49	351	12,2	87,8
HORAS TRABALHADAS POR SEMANA				
40 horas	337		84,3	
Mais de 40 horas	63		15,8	
TRABALHO ANTERIOR				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	351	49	87,8	12,3
TEMPO DE TRABALHO NA APS				
Menos de 5 anos	99		24,7	
De 6 a 20 anos	300		75,1	
Há mais de 20 anos	1		0,2	
EXPOSIÇÃO A RISCOS FÍSICOS DURANTE O TRABALHO				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Ruído muito elevado	92	308	23,0	77,0
Ruído constante ou incômodo	155	245	38,8	61,3
Vibrações	19	381	4,8	95,3
Radiações	6	394	1,5	98,5
Calor intenso	229	171	57,3	42,8
Frio intenso	145	255	36,3	63,8
EXPOSIÇÃO A RISCOS QUÍMICOS DURANTE O TRABALHO				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Poeiras ou gases	233	167	58,3	41,8
Agentes químicos	26	374	6,5	93,5

(continuação)

Variáveis	Frequência absoluta (n)		Frequência relativa (%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
EXPOSIÇÃO A RISCOS MECÂNICOS DURANTE O TRABALHO				
Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza	176	233	43,0	57,0
Mobiliário adequado	136	260	34,3	65,7
Equipamentos e ferramentas adequadas	71	325	17,0	82,1
EXPOSIÇÃO A RISCOS ERGONÔMICOS DURANTE O TRABALHO				
Movimentos repetitivos	211	189	52,8	47,3
Posturas penosas	151	249	37,8	62,3
Esforços físicos intensos	107	293	26,8	73,3
Permanecer muito tempo de pé na mesma posição	129	271	32,3	67,8
Permanecer muito tempo de pé com deslocamento	324	76	81,0	19,0
Permanecer muito tempo sentado	56	346	13,5	86,5
Permanecer muito tempo no mesmo local	79	321	19,8	80,3
Subir e descer com muita frequência	321	79	80,3	19,8
DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NO TRABALHO (UBS)				
	42	358	10,5	89,5
DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA NO TRABALHO (UBS)				
	84	313	21,2	78,8
INSTALAÇÕES NO AMBIENTE DE TRABALHO (UBS)				
Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados	249	151	62,3	37,8
Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos	206	194	51,5	48,5
CONDIÇÕES DE HIGIENE E CONFORTO NO AMBIENTE DE TRABALHO				
Água potável	359	40	90,0	10,0
Álcool gel para higienização das mãos	241	157	60,6	39,4
Papel higiênico nos banheiros	198	200	49,7	50,3
Papel toalha nos banheiros	208	188	52,5	47,5
Sabonete líquido para higienização das mãos	259	136	65,6	34,4
ACIDENTE DE TRABALHO NOS ÚLTIMOS 12 MESES				
	34	366	8,5	91,5

(conclusão)

Variáveis	Frequência absoluta (n)		Frequência relativa (%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	397	3	99,3	0,7

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017.

Com relação aos dados da tabela 2, pode-se perceber que a maioria possui apenas um vínculo empregatício (87,3%), não acumulando trabalho durante a noite (87,8%) e somando até 40 horas trabalhadas por semana (84,3%). A maioria também relata que já trabalhou antes de exercer suas funções na APS (87,8%), sendo que a maior parte trabalha como ACS entre 6 e 20 anos (75,1%).

No que se refere às condições físico-estruturais do ambiente de trabalho, a maioria não se considera exposta a riscos físicos, exceto calor intenso (57,3%). No que diz respeito aos riscos químicos, se consideram expostos, essencialmente, às poeiras e gases (58,3%). A maioria também se considera exposta a riscos biológicos (60%), ao contrário do que acontece com os riscos mecânicos, em que a maioria não se considera exposta a nenhum deles. Já em se tratando dos riscos ergonômicos, a maioria da população do estudo se considerou exposta aos itens “movimentos repetitivos” (52,8%), “permanecer muito tempo de pé com deslocamento” (81%) e “subir e descer com muita frequência” (80,3%).

Na população estudada, 89,5% apontam que não possuem equipamento de proteção individual no ambiente de trabalho e 78,8% dizem que não possuem equipamento de proteção coletiva.

No que concerne às condições de higiene e conforto, a maior parte dos pesquisados se considera atendida em todos os tópicos, exceto no item “papel higiênico nos banheiros” (49,7%). Predominou também, na população estudada, aqueles que referiram contar com instalações adequadas no ambiente de trabalho, que disseram que não haviam sofrido acidente de trabalho nos últimos 12 meses e que recebiam adicional de insalubridade.

5.3 Descrição e Correlação dos Domínios da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) e da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) do ITRA

A seguir, na Tabela 3, apresentamos os dados descritivos e correlacionais encontrados em cada domínio das escalas do ITRA.

Tabela 3: Descrição dos dados do Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento de Agentes Comunitários de Saúde. Juiz de Fora, 2017

INVENTÁRIO SOBRE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO							
Escalas e Domínios	Alfa de Cronbach	Média	dp	Md	Min	Máx	Avaliação
EACT	0,897						
Organização do Trabalho	0,765	3,44	0,49	3,58	2,43	4,34	Crítico
Condições de Trabalho	0,876	3,43	0,40	3,56	3,02	4,09	Crítico
Relações Socioprofissionais	0,835	2,54	0,24	2,51	2,28	2,94	Crítico
EIPST	0,778						
Realização Profissional	0,899	4,07	0,70	3,99	3,04	4,96	Satisfatório
Liberdade de Expressão	0,862	4,507	0,44	3,99	3,71	5,03	Satisfatório
Esgotamento Profissional	0,858	3,384	0,43	3,80	2,57	3,80	Crítico
Falta de Reconhecimento	0,894	2,51	0,81	2,45	1,53	3,29	Crítico

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017. Abreviaturas: DP = desvio-padrão, Md = mediana, Min = mínima, Max = máxima.

Os dados presentes na tabela 3 revelam que todos os domínios da EACT foram avaliados como críticos. Alguns itens se destacaram por terem apresentado resultados considerados graves: no domínio Organização do Trabalho, os itens “Existe fiscalização do desempenho” (média 3,71 + 1,194 dp), “Existe divisão entre quem planeja e quem executa” (3,8 + 1,275) e “As tarefas são repetitivas” (4,34 +

0,875); e no domínio Condições de Trabalho, os itens “Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas” (4,03 + 1,125) e “O material de consumo é insuficiente” (4,1 + 1,019).

No domínio Relações Socioprofissionais, dá-se destaque aos itens considerados satisfatórios, como distribuição justa das tarefas (2,28 + 1,145) e acesso às informações necessárias para execução das tarefas (2,28 + 1,067). Os demais itens foram avaliados como críticos, porém nenhum com média acima de 3,00.

Em relação aos domínios relacionados ao prazer na EIPST, dentro de Realização Profissional, a maioria dos itens foram classificados como satisfatórios: “Satisfação” (4,35 + 1,635), “Orgulho pelo que faço” (4,96 + 1,491), “Bem-estar” (4,43 + 1,565), “Realização Profissional” (4,00 + 1,858), “Identificação com as minhas tarefas” (4,68 + 1,513), “Gratificação pessoal com as minhas atividades” (4,55 + 1,667).

No domínio Liberdade de Expressão, todos os itens foram considerados satisfatórios, com exceção do item “Confiança entre os colegas” (3,71 + 1,764), que foi classificado como crítico.

Nos domínios da EIPST associados ao sofrimento, todos os itens do domínio Esgotamento Profissional foram avaliados como críticos. Já no domínio Falta de Reconhecimento, tivemos três itens classificados como satisfatórios: sentem-se úteis (1,6 + 1,851), qualificados (1,59 + 1,87) e não discriminados (1,52 + 1,983). Os demais itens foram classificados como críticos.

As escalas apresentaram boa consistência interna para a população em estudo. O alfa de Cronbach variou entre 0,765 e 0,899. A relação com as médias, medianas e desvio padrão de cada item utilizado do ITRA se encontra no apêndice 1.

5.4 Correlação da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) e da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) com as variáveis Sociodemográficas

Para avaliar a diferença média da EACT e da EIPST (indicadores de prazer e indicadores de sofrimento) em cada variável, fez-se uso do Teste Kruskal-Wallis, onde indicado, e do Teste U de Mann-Whitney nos outros casos.

Tabela 4: Correlação da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) com as variáveis sociodemográficas, Juiz de Fora, 2017

EACT			
Variáveis		Médias	p
Idade*	20 a 39 anos	3,19	0,356
	40 a 59 anos	3,15	
	60 anos ou mais	3,01	
Cor da pele*	Preta/Parda	3,18	0,306
	Branca	3,11	
	Amarela/Indígena	2,87	
Situação Conjugal*	Casados/União estável	3,16	0,458
	Separados/Divorciados/Viúvos	3,09	
	Solteiros	3,16	
Sexo	Masculino	3,02	0,295
	Feminino	3,16	
Escolaridade*	Ensino Fundamental	3,18	0,315
	Ensino Médio	3,12	
	Ensino Superior	3,23	
Religião*	Católica	3,13	0,271
	Evangélica	3,1	
	Outras	3,26	
Filhos	Sim	3,14	0,600
	Não	3,16	
Classes socioeconômicas*	A/B	3,42	0,727
	C	3,09	
	D	3,14	
	E	3,17	

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017.

*Teste de Kruskal-Wallis

Como observado na tabela 4, não se pôde constatar nenhuma associação entre o EACT e as variáveis socioeconômicas. Ou seja, as categorias de cada variável não diferenciaram estatisticamente entre si, e, com isso, podemos dizer que a condição de trabalho não está relacionada com nenhuma das variáveis socioeconômicas.

Tabela 5: Correlação da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) – domínios da Escala de Indicadores de Prazer - com as variáveis sociodemográficas, Juiz de Fora, 2017

EIPST (Indicadores de Prazer)			
Variáveis		Médias	p
Idade*	20 a 39 anos	4,14	0,001
	40 a 59 anos	4,23	
	60 anos ou mais	4,79	
Cor da pele*	Preta/Parda	4,27	0,847
	Branca	4,28	
	Amarela/Indígena	4,46	
Situação Conjugal*	Casados/União estável	4,31	0,121
	Separados/Divorciados/Viúvos	4,43	
	Solteiros	4,04	
Sexo	Masculino	4,33	0,991
	Feminino	4,27	
Escolaridade*	Ensino Fundamental	4,94	0,000
	Ensino Médio	4,32	
	Ensino Superior	3,89	
Religião*	Católica	4,35	0,121
	Evangélica	4,26	
	Outras	3,97	
Filhos	Sim	4,34	0,040
	Não	4,04	
Classes socioeconômicas*	A/B	3,93	0,855
	C	4,28	
	D	4,30	
	E	4,25	

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017.

*Teste de Kruskal-Wallis

Os indicadores de prazer, um dos domínios do EIPST, apresentaram associação com três das variáveis socioeconômicas: idade ($p=0,001$), escolaridade ($p=0,000$) e filhos ($p=0,040$). Observando que há diferenças entre as médias das categorias destas variáveis, foi necessária a utilização do teste de Tukey para verificarmos onde essas diferenças acontecem. O teste indicou que o item “60 anos ou mais” se difere estatisticamente dos demais, portanto, pode-se afirmar que com 60 anos ou mais experimenta-se maior sensação de prazer do que em outras idades, muito embora todos os itens tenham obtido avaliação satisfatória.

O mesmo acontece com o nível de escolaridade e a presença de filhos. Os ACS que possuem filhos e um menor nível de escolaridade demonstraram um leve aumento na média da vivência de prazer, sendo mais satisfatória do que aqueles que não possuem filhos e possuem uma escolaridade superior.

Tabela 6: Correlação da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) – domínios da Escala de Indicadores de Sofrimento - com as variáveis sociodemográficas, Juiz de Fora, 2017.

EIPST (Indicadores de Sofrimento)			
	Variáveis	Médias	p
Idade*	20 a 39 anos	2,88	0,803
	40 a 59 anos	2,95	
	60 anos ou mais	2,91	
Cor da pele*	Preta/Parda	2,98	0,488
	Branca	2,83	
	Amarela/Indígena	3,04	
Situação Conjugal*	Casados/União estável	2,93	0,425
	Separados/Divorciados/Viúvos	3,04	
	Solteiros	2,75	
Sexo	Masculino	2,39	0,017
	Feminino	2,96	
Escolaridade*	Ensino Fundamental	2,72	0,935
	Ensino Médio	2,92	
	Ensino Superior	1,42	
Religião*	Católica	2,89	0,550
	Evangélica	2,85	
	Outras	3,09	

(conclusão)

EIPST (Indicadores de Sofrimento)			
Variáveis		Médias	p
Filhos	Sim	2,94	0,522
	Não	2,83	
Classes socioeconômicas*	A/B	3,33	0,238
	C	2,65	
	D	2,92	
	E	3,05	

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017.

*Teste de Kruskal-Wallis

Apenas a variável “sexo” se associou aos indicadores de sofrimento. Ambos os gêneros mostraram sofrimento crítico em suas vivências no trabalho, porém, as mulheres tiveram uma média mais elevada.

5.5 Correlação da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) e da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) com as variáveis Físico-estruturais

Para realizarmos a correlação entre os domínios da EACT e da EIPST com as variáveis físico-estruturais deste estudo, também fizemos uso do Teste Kruskal-Wallis, onde indicado, e do Teste U de Mann-Whitney nos outros casos.

Tabela 7: Correlação da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) com as variáveis físico-estruturais, Juiz de Fora, 2017

EACT			
Variáveis		Médias	p
Número de empregos	Um	3,14	0,728
	Mais de um	3,17	
Trabalho noturno	Sim	3,3	0,048
	Não	3,12	
Horas trabalhadas por semana	Até 40 horas	3,13	0,396
	Mais de 40 horas	3,21	

(continuação)

EACT			
Variáveis		Médias	p
Exposição a riscos físicos durante o trabalho			
Ruído muito elevado	Sim	3,31	0,003
	Não	3	
Ruído constante ou incômodo	Sim	3,31	0,000
	Não	3	
Vibrações	Sim	3,39	0,251
	Não	3,13	
Radiações	Sim	3,45	0,207
	Não	3,14	
Calor intenso	Sim	3,17	0,296
	Não	3,11	
Frio intenso	Sim	3,23	0,045
	Não	3,1	
Exposição a riscos químicos durante o trabalho			
Poeira ou gases	Sim	3,25	0,000
	Não	2,99	
Agentes químicos	Sim	3,28	0,078
	Não	3,14	
Exposição a riscos biológicos durante o trabalho			
Agentes biológicos	Sim	3,19	0,266
	Não	3,1	
Exposição a riscos ergonômicos durante o trabalho			
Movimentos repetitivos	Sim	3,24	0,001
	Não	3,04	
Posturas penosas	Sim	3,32	0,000
	Não	3,04	
Esforços físicos intensos	Sim	3,44	0,000
	Não	3,04	
Permanecer muito tempo em pé na mesma posição	Sim	3,23	0,044
	Não	3,1	
Permanecer muito tempo de pé com deslocamento	Sim	3,19	0,002
	Não	2,94	
Permanecer muito tempo sentado	Sim	3,1	0,778
	Não	3,15	
Permanecer muito tempo no mesmo local	Sim	3,22	0,251
	Não	3,13	
Subir e descer com muita frequência	Sim	3,2	0,000
	Não	2,93	

(conclusão)

EACT			
Variáveis		Médias	p
Exposição a riscos mecânicos durante o trabalho			
Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza	Sim	2,82	0,000
	Não	3,4	
Mobiliário adequado	Sim	2,83	0,000
	Não	3,31	
Equipamentos e ferramentas adequados	Sim	2,58	0,000
	Não	3,27	
Instalações no ambiente de trabalho (UBS)			
Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados	Sim	3,01	0,000
	Não	3,37	
Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos	Sim	2,94	0,000
	Não	3,36	
Condições de higiene e conforto no ambiente de trabalho			
Água potável	Sim	3,14	0,466
	Não	3,22	
Álcool Gel para higienização das mãos	Sim	3,08	0,017
	Não	3,25	
Papel higiênico nos banheiros	Sim	3,02	0,000
	Não	3,28	
Papel Toalha nos banheiros	Sim	3,06	0,003
	Não	3,25	
Sabonete líquido para higienização das mãos	Sim	3,08	0,004
	Não	3,27	
Acidente de trabalho nos últimos 12 meses	Sim	3,19	0,522
	Não	3,14	
Disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual (EPI) no Trabalho (UBS)	Sim	3,1	0,664
	Não	3,15	
Disponibilidade de Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) no Trabalho (UBS)	Sim	3,09	0,558
	Não	3,16	
Tempo de trabalho na APS*	Menos de 5 anos	3,11	0,191
	De 6 a 20 anos	3,15	
	Mais de 20 anos	3,9	
Trabalho anterior	Sim	3,15	0,633
	Não	3,11	
Adicional de insalubridade	Sim	3,15	0,280
	Não	3,48	

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017.

*Teste de Kruskal-Wallis

A condição de trabalho mostrou associação com vários grupos de variáveis, como por exemplo, o fato de o ACS trabalhar a noite ($p=0,048$) sugerir uma condição

de trabalho mais crítica. Com relação aos riscos físicos, a exposição a ruídos ($p=0,003$ e $p=0,000$) e ao frio intenso ($p=0,045$) mostrou associação com uma condição ruim de trabalho, bem como o trabalho exposto a poeiras e gases ($p=0,000$) dentro dos riscos físicos. Alguns riscos ergonômicos também estiveram relacionados com a menor qualidade das condições de trabalho, como movimentos repetitivos ($p=0,001$), posturas penosas ($p=0,000$), esforços físicos intensos ($p=0,000$), permanecer muito tempo de pé na mesma posição ($p=0,044$), permanecer muito tempo de pé com deslocamento ($p=0,002$) e subir e descer com muita frequência ($p=0,000$).

Todos os itens abordados na variável “Exposição a riscos mecânicos” se relacionaram com uma piora nas condições de trabalho: falta de espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza ($p=0,000$), falta de mobiliário adequado ($p=0,000$) e falta de equipamentos e ferramentas adequados ($p=0,000$). O mesmo aconteceu com a variável “Instalações no ambiente de trabalho”, onde verificou-se que os vestiários e banheiros não são suficientes e/ou adequados ($p=0,000$) e os espaços são inadequados para pausas, lanches ou repousos ($p=0,000$).

No que tange às condições de higiene e conforto no ambiente de trabalho, constatou-se que falta de álcool gel e sabonete líquido para higienização das mãos ($p=0,017$ e $p=0,004$, respectivamente) e papel higiênico e papel toalha nos banheiros ($p=0,000$ e $p=0,003$, respectivamente) igualmente se relacionaram com piores condições de trabalho.

Tabela 8: Correlação da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) – domínios da Escala de Indicadores de Prazer - com as variáveis físico-estruturais, Juiz de Fora, 2017.

EIPST (Indicadores de Prazer)			
Variáveis		Médias	p
Número de empregos	Um	4,25	0,182
	Mais de um	4,44	
Trabalho noturno	Sim	4,29	0,967
	Não	4,28	
Horas trabalhadas por semana	Até 40 horas	4,26	0,252
	Mais de 40 horas	4,39	

(continuação)

EIPST (Indicadores de Prazer)			
Variáveis		Médias	p
Exposição a riscos físicos durante o trabalho			
Ruído muito elevado	Sim	4,07	0,007
	Não	4,34	
Ruído constante ou incômodo	Sim	4,06	0,002
	Não	4,41	
Vibrações	Sim	4,16	0,752
	Não	4,28	
Radiações	Sim	4,09	0,612
	Não	4,28	
Calor intenso	Sim	4,2	0,089
	Não	4,38	
Frio intenso	Sim	4,19	0,238
	Não	4,32	
Exposição a riscos químicos durante o trabalho			
Poeira ou gases	Sim	4,21	0,121
	Não	4,37	
Agentes químicos	Sim	4,38	0,592
	Não	4,27	
Exposição a riscos biológicos durante o trabalho			
Agentes biológicos	Sim	4,16	0,008
	Não	4,44	
Exposição a riscos ergonômicos durante o trabalho			
Movimentos repetitivos	Sim	4,28	0,865
	Não	4,27	
Posturas penosas	Sim	4,11	0,007
	Não	4,38	
Esforços físicos intensos	Sim	4,09	0,009
	Não	4,35	
Permanecer muito tempo em pé na mesma posição	Sim	4,09	0,010
	Não	4,37	
Permanecer muito tempo de pé com deslocamento	Sim	4,25	0,283
	Não	4,39	
Permanecer muito tempo sentado	Sim	4,3	0,920
	Não	4,27	
Permanecer muito tempo no mesmo local	Sim	4,25	0,753
	Não	4,28	
Subir e descer com muita frequência	Sim	4,21	0,007
	Não	4,55	
Exposição a riscos mecânicos durante o trabalho			
Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza	Sim	4,48	0,000
	Não	4,11	

(conclusão)

EIPST (Indicadores de Prazer)			
Variáveis		Médias	p
Mobiliário adequado	Sim	4,43	0,017
	Não	4,18	
Equipamentos e ferramentas adequados	Sim	4,59	0,004
	Não	4,2	
Instalações no ambiente de trabalho (UBS)			
Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados	Sim	4,4	0,002
	Não	4,07	
Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos	Sim	4,43	0,002
	Não	4,11	
Condições de higiene e conforto no ambiente de trabalho			
Água potável	Sim	4,27	0,739
	Não	4,27	
Álcool Gel para higienização das mãos	Sim	4,37	0,025
	Não	4,13	
Papel higiênico nos banheiros	Sim	4,4	0,032
	Não	4,14	
Papel Toalha nos banheiros	Sim	4,35	0,226
	Não	4,18	
Sabonete líquido para higienização das mãos	Sim	4,34	0,087
	Não	4,13	
Acidente de trabalho nos últimos 12 meses	Sim	4,33	0,677
	Não	4,27	
Disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual (EPI) no Trabalho (UBS)	Sim	4,35	0,627
	Não	4,27	
Disponibilidade de Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) no Trabalho (UBS)	Sim	4,32	0,737
	Não	4,26	
Tempo de trabalho na APS*	Menos de 5 anos	4,09	0,082
	De 6 a 20 anos	4,34	
	Mais de 20 anos	3,23	
Trabalho anterior	Sim	4,27	0,955
	Não	4,3	
Adicional de insalubridade	Sim	4,28	0,878
	Não	4,45	

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017.

*Teste de Kruskal-Wallis

No que se refere aos Indicadores de Prazer observamos associações com alguns riscos ocupacionais, instalações e condições de higiene e conforto. Em relação aos riscos físicos, constatou-se que quanto menor forem os ruídos ($p=0,007$ e $p=0,002$), maior será a sensação de prazer no ambiente de trabalho. O mesmo ocorreu para os riscos biológicos ($p=0,008$), verificando-se que quanto mais estes

forem minimizados, mais significativa será a sensação de prazer. As variáveis que correspondem aos riscos ergonômicos também tiveram relação com a sensação de prazer no trabalho, como diminuição de posturas penosas ($p=0,007$) bem como diminuição da realização de esforços físicos intensos ($p=0,009$). Evitar permanecer muito tempo em pé na mesma posição ($p=0,010$) e evitar subir e descer com muita frequência ($p=0,007$) igualmente se relacionaram com o aumento da sensação de prazer.

Todas as variáveis referentes aos riscos mecânicos tiveram associação com a sensação de prazer no trabalho: presença de espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza ($p=0,000$), mobiliário adequado ($p=0,017$) e equipamentos e ferramentas adequados ($p=0,004$). Dentro das condições de higiene e conforto, a presença de álcool gel para higienização das mãos ($p=0,025$) e papel higiênico nos banheiros ($p=0,032$) também se relacionaram com uma melhora na sensação de prazer no ambiente de trabalho.

Porém, com relação às instalações no ambiente de trabalho, a falta de vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados ($p=0,002$) e a falta espaço adequado para pausas, lanches ou repousos ($p=0,002$) se mostraram significativos para a diminuição da sensação de prazer.

Tabela 9: Correlação da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) – domínios da Escala de Indicadores de Sofrimento - com as variáveis físico-estruturais, Juiz de Fora, 2017.

EIPST (Indicadores de Sofrimento)			
Variáveis		Médias	p
Número de empregos	Um	2,90	0,685
	Mais de um	3,00	
Trabalho noturno	Sim	3,25	0,084
	Não	2,87	
Horas trabalhadas por semana	Até 40 horas	2,92	0,673
	Mais de 40 horas	2,87	
Exposição a riscos físicos durante o trabalho			
Ruído muito elevado	Sim	3,2	0,016
	Não	2,83	
Ruído constante ou incômodo	Sim	3,07	0,101
	Não	2,81	

(continuação)

EIPST (Indicadores de Sofrimento)			
Variáveis		Médias	p
Vibrações	Sim	3,37	0,159
	Não	2,90	
Radiações	Sim	3,11	0,857
	Não	2,91	
Calor intenso	Sim	2,94	0,578
	Não	2,88	
Frio intenso	Sim	2,97	0,660
	Não	2,88	
Exposição a riscos químicos durante o trabalho			
Poeira ou gases	Sim	3,11	0,002
	Não	2,64	
Agentes químicos	Sim	3,08	0,614
	Não	2,9	
Exposição a riscos biológicos durante o trabalho			
Agentes biológicos	Sim	3,03	0,025
	Não	2,72	
Exposição a riscos ergonômicos durante o trabalho			
Movimentos repetitivos	Sim	3,04	0,057
	Não	2,77	
Posturas penosas	Sim	3,21	0,002
	Não	2,73	
Esforços físicos intensos	Sim	3,33	0,000
	Não	2,76	
Permanecer muito tempo em pé na mesma posição	Sim	3,27	0,001
	Não	2,74	
Permanecer muito tempo de pé com deslocamento	Sim	2,98	0,077
	Não	2,64	
Permanecer muito tempo sentado	Sim	3,04	0,563
	Não	2,89	
Permanecer muito tempo no mesmo local	Sim	3,25	0,023
	Não	2,83	
Subir e descer com muita frequência	Sim	3,04	0,000
	Não	2,38	
Exposição a riscos mecânicos durante o trabalho			
Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza	Sim	2,70	0,007
	Não	3,08	
Mobiliário adequado	Sim	2,72	0,038
	Não	3,02	
Equipamentos e ferramentas adequados	Sim	2,31	0,000
	Não	3,04	

(conclusão)

EIPST (Indicadores de Sofrimento)			
Variáveis		Médias	p
Instalações no ambiente de trabalho (UBS)			
Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados	Sim	2,8	0,024
	Não	3,1	
Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos	Sim	2,84	0,220
	Não	2,99	
Condições de higiene e conforto no ambiente de trabalho			
Água potável	Sim	2,89	0,490
	Não	3,11	
Álcool Gel para higienização das mãos	Sim	2,8	0,069
	Não	3,07	
Papel higiênico nos banheiros	Sim	2,68	0,001
	Não	3,15	
Papel Toalha nos banheiros	Sim	2,78	0,023
	Não	3,09	
Sabonete líquido para higienização das mãos	Sim	2,79	0,013
	Não	3,17	
Acidente de trabalho nos últimos 12 meses	Sim	3,19	0,215
	Não	2,89	
Disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual (EPI) no Trabalho (UBS)	Sim	2,73	0,328
	Não	2,93	
Disponibilidade de Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) no Trabalho (UBS)	Sim	2,57	0,022
	Não	3	
Tempo de trabalho na APS*	Menos de 5 anos	2,67	0,029
	De 6 a 20 anos	2,98	
	Mais de 20 anos	5	
Trabalho anterior	Sim	2,92	0,892
	Não	2,89	
Adicional de insalubridade	Sim	2,91	0,299
	Não	3,6	

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017.

*Teste de Kruskal-Wallis

No que se refere aos Indicadores de Sofrimento no ambiente de trabalho, a presença de exposição a alguns riscos ocupacionais teve associação com o aumento da sensação de sofrimento no trabalho: ruído muito elevado ($p=0,016$), poeiras e gases ($p=0,002$), agentes biológicos ($p=0,025$), posturas penosas ($p=0,002$), esforços físicos intensos ($p=0,000$), permanecer muito tempo de pé na mesma posição ($p=0,001$), permanecer muito tempo no mesmo local ($p=0,023$), subir e descer com muita frequência ($p=0,000$), espaço de trabalho inadequado para

a tarefa que se realiza ($p=0,007$), mobiliário ($p=0,038$) e equipamentos e ferramentas ($p=0,000$) inadequados.

Com relação às instalações, os vestiários e banheiros insuficientes e/ou inadequados apresentaram associação com a sensação de sofrimento no trabalho. O mesmo ocorreu com algumas variáveis de higiene e conforto: falta de papel higiênico ($p=0,001$) e papel toalha ($p=0,023$) nos banheiros e falta de sabonete líquido para higienização das mãos ($p=0,013$).

A ausência de equipamento de proteção coletiva ($p=0,022$) no ambiente de trabalho também contribuiu para o aumento de sensação de sofrimento, bem como o maior tempo de trabalho na APS ($p=0,029$).

6 DISCUSSÃO

Com relação à idade a população estudada foi constituída por trabalhadores com média de 46 anos, desvio padrão de 10,22, em que a idade mínima foi de 25 e a máxima de 74 anos. Esses dados se aproximam do censo demográfico de 2010 (BRASIL, 2018a), que mostra que 68,9% da população de Juiz de Fora tinham idade entre 20 e 74 anos. A mesma média de idade foi encontrada nos estudos de Lopes et al. (2012), com faixa etária de 31 a 40 anos, Lino (2013) com média de 39 anos e desvio padrão de 9, Barbosa (2014) com média de 38,5 anos e desvio padrão de 8,14.

Vale destacar um estudo desenvolvido pela Universidade Federal da Bahia em que se avaliou o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Neste foram encontrados dados semelhantes no que diz respeito à média de idade dos ACS, sendo que esta foi 39 anos, corroborando com os resultados encontrados na presente pesquisa (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2015).

A idade média encontrada neste estudo indica que os ACS são adultos jovens, no auge da capacidade produtiva da vida, o que mostra a necessidade de que se tenha uma atenção para as condições de trabalho de modo a que eles possam estar saudáveis durante toda sua vida laboral. Isso fica ainda mais evidente com a perspectiva de mudança na previdência social com a ampliação da idade e tempo de trabalho para aposentadoria.

Kluthcovsky et al. (2007) e Ferraz e Aertz (2005) acreditam que agentes com mais idade tendem a ter mais vínculos e amizades na comunidade, porém podem ter também algumas inimizades e conflitos por já possuírem conceitos mais arraigados do que seja o processo saúde-doença, sendo, portanto, mais resistentes às novas concepções relacionadas à promoção da saúde.

Quanto à cor da pele, 52,1% se auto-declararam pretos ou pardos, demonstrando a diminuição da rejeição com relação às raças historicamente mais susceptíveis ao preconceito racial, fato também abordado no relatório final da Universidade Federal da Bahia (2015) e nos estudos de Osório (2013).

No que tange ao gênero, a predominância do sexo feminino também foi encontrada em outros estudos (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2015;

BARBOSA, 2014; LINO, 2013; MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013; LOPES et al., 2012; MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011). Embora o homem tenha dominado o mercado de trabalho ao longo dos anos, o aumento da presença da mulher neste nicho é um fenômeno que vem crescendo (BRUSCHINI, 2007; ELIAS; NAVARRO, 2006). Ademais, a classe dos ACS é dominada pelo sexo feminino pelo fato de que é uma profissão onde impera o cuidado e, historicamente, a sociedade atrela o papel de cuidador à mulher, refletindo a feminização dos profissionais da saúde – constituídos em sua maioria pelo sexo feminino – e explicitando a divisão sexual do trabalho (LINO et al., 2012; MACHADO, 2006; HIRATA, 2002).

A maioria dos pesquisados eram casados ou viviam em união estável (57,5%), possuíam filhos (77,5%) e professavam a religião católica (58,8%). Esses dados corroboram com os estudos de, Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013) e Lopes et al. (2012), no que diz respeito à situação conjugal. Já Lino (2013), em seu estudo, encontrou dados semelhantes em relação à situação conjugal e presença de filhos, sendo que em outros estudos encontrou-se semelhança no que se refere às três variáveis citadas (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2015; LINO et al., 2012).

Vale ressaltar a importância da religiosidade no contexto histórico-social, influenciando também na concepção de saúde dos indivíduos. Tal fato permite ao ACS uma maior interação com a comunidade, em que a religião serve de elo e o ACS, católico em sua maioria, deverá respeitar os demais credos (LINO et al., 2012; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010), e, se possível, fazer uso desta ferramenta para criar laços de confiança com a comunidade.

Quanto à família, a maioria dos ACS já havia passado pela experiência da maternidade ou paternidade, o que pode contribuir para que eles tragam vivências pessoais sobre saúde infantil oriundas dos cuidados com seus filhos. Se por um lado isso gera um conhecimento prévio que pode facilitar e dar mais segurança no trabalho junto às famílias, por outro os ACS não devem confundir as experiências pessoais com as profissionais, pois o que foi adequado para um caso pode não o ser para o outro. Por isso a importância da educação permanente e da supervisão de seu trabalho pela equipe de saúde (FERRAZ; AERTZ, 2005).

Com relação à escolaridade, 76,4% dos profissionais pesquisados possuíam o ensino médio e 19,7% o ensino superior, sendo que apenas 3,9% cursaram até o ensino fundamental. Dados semelhantes foram encontrados no relatório final da

Universidade Federal da Bahia (2015) e nos estudos de Barbosa (2014), Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013) e Lino (2013), o que demonstra que os ACS possuem formação educacional superior à que é preconizada pela Lei 11.350/2006, que regulamentava a profissão e apontava como exigência para exercê-la apenas o ensino fundamental (BRASIL, 2006). Este estudo não nos revela o motivo para tal fato, porém, pode-se supor que isso se deve, em parte, à dedicação desses profissionais ao trabalho fazendo-os sentirem necessidade de estarem mais bem preparados para exercerem o seu ofício. Por outro lado, a carreira de ACS tem se mostrado como uma possibilidade para aqueles que, muitas vezes, não conseguem se inserir no mercado.

Ferraz e Aertz (2005) apontam que quanto maior o nível de escolaridade, mais preparado o ACS se sente para atender e auxiliar a comunidade na solução de seus problemas.

Ainda a esse respeito, é importante destacar que os ACS envolvidos nesta pesquisa foram contratados seguindo a Lei 11.350/2006. Entretanto, no dia 09 de janeiro de 2018 foi publicada no Diário Oficial da União a Lei 13.595/18, que reformula algumas atividades e competências exercidas por esses profissionais, entre elas estão as que tratam de sua formação. A nova lei preconiza, em seu artigo 6º, cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, que poderão ser ministrados nas modalidades presencial e semipresencial e seguirão as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2018c).

Já em seu artigo 7º, a nova lei define que o ACS precisa ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas, além de ter concluído o ensino médio. Quando não houver candidato inscrito que preencha este requisito, a nova lei autoriza a contratação de candidato com ensino fundamental, que deverá comprovar a conclusão do ensino médio no prazo máximo de três anos (BRASIL, 2018c).

Além disso, no dia 10 de janeiro de 2018 foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria nº 83, que institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS, para a oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Agentes de Combate à Endemias – ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019 (BRASIL, 2018d).

Em relação à classificação econômica, a maioria dos trabalhadores referiu receber entre dois e quatro salários mínimos (51,4%), considerando que o valor do salário mínimo no ano de 2017 foi de R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais) e no ano de 2016 correspondeu a R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais).

Segundo informações de pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018b), de abrangência nacional, o rendimento médio real de todos os trabalhos, habitualmente recebidos por mês, pelas pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, com rendimento de trabalho foi estimado, nos meses de setembro, outubro e novembro de 2017, em R\$ 2.142,00, considerando que o salário mínimo neste período foi de R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), significa que a renda média desses trabalhadores foi 2,28 salários mínimos. Fazendo uma comparação com os trabalhadores de nosso estudo, podemos dizer que a renda média mensal destes está dentro da média geral de renda da população do país, porém estamos nos referindo à média salarial familiar e não ao salário da categoria, o qual, de fato, é baixo perante a realidade em que este trabalhador se insere e aos riscos aos quais está sujeito (SANTANA et al., 2009).

A maioria dos ACS referiu possuir apenas um vínculo empregatício (87,3%) e não trabalhar em período noturno (87,8%), perfazendo, assim, 40 horas de trabalho semanal (84,3%). Predominaram também os pesquisados que já trabalhavam antes de exercer suas funções na APS (87,8%) e os que trabalham na função entre 6 e 20 anos (75,1%). Foram encontrados dados semelhantes nos estudos de Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013), que referem que 76,6% dos trabalhadores não exercem outra atividade remunerada e que trabalham na função de 2 a 14 anos (média de 8,91); Lino (2013), que aponta que 54,9% dos ACS permaneciam há mais de 10 anos no cargo; Rossi e Contrera-Moreno (2006) que sinalizam que os ACS trabalhavam em um regime de 40 horas semanais e Ursine, Trelha e Nunes (2010) que mencionam que 90,4% dos pesquisados exerciam ocupação anterior ao trabalho como ACS.

Esses dados nos mostram que essa não é a primeira ocupação para a maioria dos ACS e isso pode indicar uma certa persistência de permanecerem e se dedicarem à função, apesar de todas as dificuldades encontradas no mercado de trabalho.

No que se refere aos riscos ocupacionais aos quais esses trabalhadores estão expostos, todos os riscos aparecem, em maior ou menor grau, presentes no cotidiano laboral dos indivíduos pesquisados, o que vem a demonstrar a necessidade do desenvolvimento de estudos que possam apontar quais são esses riscos e quais medidas podem e devem ser tomadas para a melhoria de suas condições de trabalho.

Dentro dos riscos físicos, o item “calor intenso” (57,3%) foi o que se sobrepôs aos demais, seguido dos itens “ruído muito constante ou incômodo” (38,8%) e “frio intenso” (36,3%). A exposição a temperaturas extremas são fatores identificados pelos ACS como prejudiciais tanto ao seu trabalho como à sua saúde. Isso talvez seja uma consequência do tipo de trabalho que exige a exposição às intempéries do tempo. Como precaução, alguns fazem uso de bonés, botas, protetores solares, entre outros, que são adquiridos com recursos do próprio trabalhador. Além disso, os ruídos aos quais se submetem como barulho do trânsito e pessoas falando alto, segundo eles, são fatores geradores de desgaste (VOGT et al., 2012; BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010; SANTANA et al., 2009; TRINDADE et al., 2007).

Quanto aos riscos químicos, a maioria se percebe exposta apenas ao item “poeiras ou gases” (58,3%). Os riscos de poeiras e gases se traduzem em ruas não pavimentadas, consumo de cigarros pela população, fumaça proveniente do escapamento de automóveis, entre outros, que causam desconforto e repercutem diretamente na qualidade de vida e na saúde desses trabalhadores (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016; NASCIMENTO; DAVID, 2008; TRINDADE et al., 2007).

A maioria dos ACS se considera exposta aos riscos biológicos (60%). Trindade et al. (2007) referem que esses trabalhadores se submetem a matérias orgânicas tais como fungos, bactérias, vírus, parasitas, entre outros que circulam entre a comunidade atendida e animais domésticos criados por esta. Em muitas residências as condições de higiene são precárias, vindo a aliar-se ao risco da própria visita domiciliar em que, na maior parte dos casos, já os coloca em condições de risco pela saúde debilitada de alguns moradores. Almeida, Baptista e Silva (2016); Brand, Antunes e Fontana (2010), Santana et al. (2009), Nascimento e David (2008) também citam a associação dos riscos biológicos envolvendo os ACS em seus estudos, sobretudo relacionadas às doenças infecciosas (ALMEIDA; TORRES; SANTOS, 2012).

No que tange aos riscos ergonômicos, sobressaíram os itens “movimentos repetitivos” (52,8%), “permanecer muito tempo de pé com deslocamento” (81%) e “subir e descer com muita frequência” (80,3%). Esses resultados fazem sentido uma vez que a atividade do ACS se traduz basicamente em caminhadas da unidade de saúde até a casa da população adstrita. Porém, é notório e crescente o desvio desse profissional para funções administrativas (atendimento no balcão, serviços de digitação, entre outros) quando este assume que trabalha frequentemente realizando movimentos repetitivos (ALMEIDA; TORRES; SANTOS, 2012; NASCIMENTO; DAVID, 2008; TRINDADE et al., 2007).

Entre os riscos mecânicos, os três itens abordados mostraram resultados significativos. Os ACS consideraram não haver espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza (57%), e que o mobiliário (65,7%) e os equipamentos e ferramentas (82,1%) também não são adequados. Esses resultados convergem com os estudos de Almeida, Torres e Santos (2012), Vogt et al. (2012) e Trindade et al. (2007).

Apesar do trabalho do ACS ser realizado predominantemente fora da Unidade de Saúde, há a necessidade de manter uma organização antes de sair para suas visitas para que quando ele retorne com as informações coletadas possa repassar para as equipes. São nesses momentos que este profissional se depara com a falta de espaço, de mobiliário e de equipamentos e ferramentas.

Vale ressaltar aqui que uma parcela significativa dos pesquisados, embora não atinja a maioria, não se considerou exposta aos riscos ocupacionais, o que sinaliza que muitos profissionais ainda não têm consciência e nem se percebem diante desses problemas (ALMEIDA; TORRES; SANTOS, 2012; BESSA et al., 2010; NASCIMENTO; DAVID, 2008).

Com relação às instalações e condições de higiene e conforto, a maioria considerou que os itens abordados são satisfatórios. Apenas o item “papel higiênico nos banheiros” (49,7%) chamou atenção por ter sido apontado por quase metade dos ACS. Esses dados demonstram que, de modo geral, existe uma condição de higiene e conforto relativamente adequada dentro das unidades de saúde. Contudo, é preciso levar em consideração que muitos dos itens investigados na pesquisa (álcool gel, papel toalha, papel higiênico e sabonete líquido) são providenciados pelos próprios profissionais das unidades para uso comum.

Assim como nos estudos de Lino (2013) e Brand, Antunes e Fontana (2010), a maioria dos ACS relatou não receberem equipamentos de proteção individual (EPI) no ambiente de trabalho (89,5%). Trindade et al. (2007) abordam o problema da desvalorização que esses profissionais sentem ao receberem EPI em desacordo com seu tamanho, o que gera a ausência desses equipamentos ou a aquisição destes com recursos próprios do trabalhador. A maioria dos ACS pesquisados também não tinha acesso a equipamentos de proteção coletiva (EPC) no ambiente de trabalho (78,8%), e grande parte dos pesquisados nem sabia do que se tratava esse termo. Porém, apesar da falta de acesso aos EPI e EPC, a maioria dos profissionais relata não ter sofrido acidente de trabalho nos últimos 12 meses (91,5%) e receber adicional de insalubridade (99,3%).

E esse, talvez, seja um dos grandes problemas, pois muitas vezes os governantes e empregadores se consideram desobrigados a oferecerem condições saudáveis e seguras de trabalho, uma vez que já pagam o adicional de insalubridade ao trabalhador.

Ao analisarmos o tempo em que os ACS desempenham suas atividades na APS, observamos que 79% o fazem entre 6 e 20 anos. Esses dados convergem com os estudos de Vogt et al. (2012); Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013) e LINO (2013), e divergem de dados do relatório da Universidade Federal da Bahia, em que a maioria dos ACS atuava na APS entre 2 a 5 anos.

Este fato pode ser explicado pela estabilidade no emprego desses profissionais – já que todos possuem vínculos efetivos -, o que contribui para maior segurança, experiência e domínio no desenvolvimento de suas ações. Além disso, 87,8% dos ACS já trabalhavam antes de exercerem a função atual, assim como nos estudos de Castro et al., 2017 e Ursine, Trelha e Nunes, 2010, o que provavelmente confere uma certa maturidade e o fato de que esses profissionais tenham escolhido, desejado ser ACS.

Com relação aos resultados encontrados através do ITRA, iniciamos a discussão pela EACT, onde todos os domínios foram classificados como críticos, sendo que os domínios *Organização do Trabalho* e *Condições de Trabalho* se destacam do item *Relações Socioprofissionais* por apresentarem maior média.

Os itens mais pontuados no domínio *Organização do Trabalho* foram: "Existe fiscalização do desempenho", "Existe divisão entre quem planeja e quem executa" e "As tarefas são repetitivas", avaliados como grave. Tais itens também foram

classificados como graves ou críticos em outros estudos (MAISSIAT, 2013; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Em relação ao item “Existe fiscalização do desempenho”, é importante ressaltar que avaliação das tarefas enquanto levantamento de dificuldades visando à solução das mesmas é algo interessante e deve acontecer, porém a fiscalização tem um sentido negativo quando denota apontar os defeitos com objetivos de punição sem oferecer formas de superar as dificuldades. Sobre o item “Existe divisão entre quem planeja e quem executa”, salienta-se que a divisão é importante e necessária, desde que todos tenham o conhecimento de todo o processo e que este não seja algo fragmentado. Sobre o último item, as tarefas repetitivas são sempre deletérias para a saúde do trabalhador, uma vez que não possibilita o exercício da criatividade e sufoca a alma.

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

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

De acordo com os estudos de Maissiat (2013) e Shimizu e Carvalho Junior (2012), que trabalharam com vários profissionais da ESF, o ACS foi a classe profissional que apresentou mais alto percentual de insatisfeitos com a organização do trabalho, em comparação com as demais categorias de trabalhadores da ESF.

Segundo Lopes et al. (2012), os ACS afirmaram que recebiam um tratamento hierárquico, como subordinados imediatos de diversos integrantes da equipe de saúde. Os autores sugerem que é necessário um melhor relacionamento entre os membros das equipes, de modo que todos participem na formulação de projetos,

tomada de decisões e no desenvolvimento de medidas, visando a superação dos obstáculos na operacionalização do trabalho. Para Dejours (2004), o prazer é uma consequência da organização do trabalho desenvolvido coletivamente, respeitando cada ser humano, com as suas particularidades.

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

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

O domínio *Realização Profissional* apresentou como destaque na pontuação positiva os itens "Satisfação", "Orgulho pelo que faço", "Bem-estar", "Realização Profissional", "Identificação com as minhas tarefas" e "Gratificação pessoal com as minhas atividades", sendo importantes fatores causadores de vivências de prazer no trabalho dos ACS. Tais itens também foram bem avaliados no estudo de Glanzner (2014). Isso demonstra muito claramente que, apesar de todas as dificuldades, os ACS gostam do seu ofício e se sentem bem em poder atuar junto à comunidade e desenvolver suas tarefas da melhor forma possível.

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

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

domínio *Realização Profissional* apresentou itens que podem desencadear uma vivência de sofrimento nestes trabalhadores.

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

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

Trataremos agora sobre os domínios relacionados ao sofrimento. O sofrimento se localiza no hiato entre o trabalho prescrito, como uma rotina pré-estabelecida, por exemplo, e o trabalho real, a realização do trabalho propriamente dito, cujo intervalo se caracteriza pela restrição, bloqueando a contravenção, em alguns momentos e, em outros, pela tolerância, onde é possível a utilização da criatividade (DEJOURS, 2004).

No domínio *Esgotamento Profissional*, todos os itens foram classificados como críticos: "Esgotamento emocional", "Estresse", "Insatisfação", "Sobrecarga", "Frustração", "Insegurança" e "Medo". Outros estudos apresentaram resultados semelhantes em relação a esse domínio do EIPST (GLANZNER, 2014; MAISSIAT, 2013; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012;).

Os itens "Esgotamento emocional", "Estresse", "Insatisfação" e "Frustração" denotam, talvez, a angústia de estarem lidando diariamente com problemas e sofrimento humano em que, muitas vezes, esses profissionais não têm alcance para resolver. Os itens "Insatisfação" e "Frustração" também podem representar como os ACS se sentem em relação aos processos e relacionamentos no trabalho. O item "Sobrecarga" pode significar o excesso de atividades desenvolvidas pelos ACS. Os itens "Insegurança" e "Medo" caracterizam o receio que esses trabalhadores sentem ao ter que lidar diariamente com áreas de risco, pontos de tráfico de drogas, bandidos, entre outros.

O domínio *Falta de Reconhecimento* não apresentou nenhum item classificado como grave, sendo que três itens foram avaliados como satisfatórios,

podendo afirmar, assim, que os ACS não se consideram inúteis, desqualificados ou discriminados. Os demais itens foram classificados como críticos. No estudo de Glanzner (2014) este domínio foi classificado como satisfatório e os itens negativos foram: "Indignação" e "Falta de reconhecimento de meu esforço". Tais itens também foram classificados com avaliação negativa em nosso estudo, tendo sido avaliados como crítico. No estudo de Lopes et al. (2012), os ACS relataram que as suas atribuições não são conhecidas nem pela comunidade, nem pela equipe de saúde, o que acaba gerando um excesso de funções que repercutem, de forma negativa, no reconhecimento profissional da classe.

Com relação à análise bivariada, não se observou associações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e a EACT (Tabela 4). Observa-se que independente das variáveis, a maioria dos ACS avaliou as condições de trabalho como críticas na APS do município em estudo, o que também foi observado no estudo desenvolvido por Maissiat (2013).

Já a EIPST (indicadores de prazer) mostrou associação significativa com as variáveis "idade", "escolaridade" e "filhos" (Tabela 5). No caso da variável "idade", houve a utilização do teste de Tukey para comparar as diferenças entre as médias das categorias desta variável e o que se observou foi que o item "60 anos ou mais" se difere estatisticamente dos demais, demonstrando, assim, que quanto maior a idade, maior a sensação de prazer. O mesmo acontece com a presença de filhos e o inverso com o nível de escolaridade. Os ACS que possuem filhos e um menor nível de escolaridade demonstraram um leve aumento na média da vivência de prazer, sendo mais satisfatória do que aqueles que não possuem filhos e possuem uma escolaridade superior. Outros estudos apresentaram resultados semelhantes (GLANZNER, 2014; MAISSIAT, 2013) para "idade" e "escolaridade".

Podemos inferir que os ACS com mais escolaridade possuem mais segurança, como decorrência de maior conhecimento, o que auxilia também na capacidade de iniciativa e tomada de decisão, sendo que o mesmo pode-se inferir em relação aos filhos, o que confere uma experiência que muitas vezes é significativa.

Anchieta et al. (2011) refere que os trabalhadores com menos idade e que estão iniciando a vida profissional têm muitas expectativas em relação ao trabalho e, quando estas expectativas não são atendidas, pode ser um fator gerador de sofrimento e adoecimento se não forem criadas estratégias defensivas.

A EIPST (indicadores de sofrimento) mostrou associação significativa apenas com a variável “sexo” (Tabela 6), demonstrando que as mulheres tendem a ter uma vivência mais expressiva de sofrimento que os homens. Segundo Mascarenhas, Prado e Fernandes (2012), isso acontece devido à dupla jornada de trabalho da mulher, tendo que trabalhar e cuidar da casa e dos filhos, o que acaba gerando uma série de conflitos uma vez que o excesso de atividades limita o tempo de estar com a família e de desenvolver atividades que a realize pessoalmente, prejudicando seu desempenho como mãe, esposa, filha e amiga.

O cruzamento dos dados das condições físico-estruturais de trabalho com a EACT (Tabela 7) mostrou associação significativa com grande parte dos itens estudados. A presença de trabalho noturno, de todos os riscos ocupacionais (físicos, químicos, ergonômicos e mecânicos) com exceção do risco biológico, de instalações precárias e de condições ruins de higiene e conforto no ambiente de trabalho, em maior ou menor grau, estiveram atreladas a avaliação de condições de trabalho deficientes pelos ACS. Nos estudos de Maissiat (2013), Shimizu e Carvalho Junior (2012) e Trindade et al. (2007) podemos encontrar resultados semelhantes.

Trindade et al. (2007) referem que de uma maneira geral, estes trabalhadores possuem um escasso conhecimento acerca dos efeitos que a exposição prolongada às cargas físicas pode causar à sua saúde, além de desconhecerem os procedimentos para a sua proteção. A esse respeito, podemos sugerir que o mesmo se dá com os demais riscos ocupacionais.

Com relação ao trabalho noturno, é importante ressaltar que segundo Zarpelão e Martino (2014), este acarreta prejuízos à saúde do trabalhador, como por exemplo, interferências no ciclo circadiano, incompatibilidade de horários com família e amigos, isolamento social, desgaste físico e mental. Os indivíduos que trabalham em horários não usuais podem ter um desempenho pior de suas atividades, estarem mais expostos a riscos de acidentes de trabalho e mais susceptíveis a estressores ambientais, podendo ter como consequências a incapacidade funcional precoce (MORENO; FISCHER; ROTENBERG, 2003).

As condições de trabalho abrangem a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais para desenvolver as tarefas (CAMPOS; DAVID, 2011) e a falta de condições adequadas pode gerar sofrimento à medida que impede a realização de um bom trabalho (ATHAYDE; HENNINGTON, 2012).

Por fim, o cruzamento das condições físico-estruturais de trabalho com a EIPST (indicadores de prazer) (Tabela 8) e com a EIPST (indicadores de sofrimento) (Tabela 9) demonstrou basicamente os mesmos itens como estatisticamente significativos.

Na primeira situação (Tabela 8), todos os riscos ocupacionais, as instalações e condições de conforto e higiene no ambiente de trabalho, em maior ou menor grau, mostraram-se definidoras de vivências de prazer quando da sua presença (no caso das instalações e condições de higiene e conforto apropriadas no ambiente de trabalho) ou ausência (no caso dos riscos ocupacionais). Já na segunda situação (Tabela 9), as vivências de sofrimento ocorrem quando da presença dos riscos ocupacionais e da ausência de instalações e condições de higiene e conforto apropriadas no ambiente de trabalho. No caso da tabela 9, com acréscimo dos itens falta de equipamento de proteção coletiva e maior tempo de trabalho na APS como fatores significativos de vivências de sofrimento.

Isso faz com que essas tabelas sejam complementares, em que os itens que causam prazer na tabela 8 são os mesmos que causam ausência de sofrimento na tabela 9, e os itens que geram sofrimento na tabela 8 são os mesmos que provocam ausência de prazer na tabela 9.

Lucca (2012) refere que um ambiente desconfortável, com presença de barulho, insumos insuficientes, equipamentos precários, presença de riscos à segurança, além do esforço físico, mobiliário e local de trabalho inadequados para desenvolver suas atividades são fatores que contribuem para condições de trabalho desfavoráveis e desconfortáveis, podendo, assim, constituir riscos ocupacionais e psicossociais aos trabalhadores. Estes riscos podem gerar doenças, acidentes, monotonia e ritmo excessivo nos trabalhadores da ESF.

Trindade et al. (2007) nos alerta sobre a necessidade de conhecer os vários riscos ocupacionais a que estes trabalhadores estão expostos para efetuar um planejamento e organização do trabalho com medidas de promoção e proteção que envolva a eliminação, controle ou minimização dos riscos, adaptando as características individuais e coletivas em condições que favoreçam a saúde e promovam o bem-estar (LUCCA, 2012).

As condições precárias de trabalho que acometem o serviço público no Brasil e a falta de recursos materiais e humanos, seja nas unidades básicas ou hospitalares, decorrem por vezes da má administração recursos, falta de

planejamento do orçamento e organização do trabalho por parte dos gestores, que desconhecem o real processo de trabalho e as necessidades dos serviços (TRINDADE, 2007).

Além disso, os recursos investidos no setor público são escassos, dificultando a aquisição de novos equipamentos, materiais, medicamentos, insumos e pessoal que demanda do crescimento das tecnologias e expansão dos programas de saúde necessários para atender a toda a população, como observado no presente estudo e também nos estudos de Maissiat (2013).

Para enfrentarem toda essa dificuldade das condições de trabalho que possuem efeitos desestabilizantes, os profissionais utilizam de estratégias de defesa (DEJOURS, 1994) que os auxiliam na luta subjetiva contra as inadequações ocupacionais e nos problemas de gestão na organização do processo de trabalho (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

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

Segundo Mendes (2007), o ITRA, quando utilizado para estudos sobre saúde e trabalho, apresenta um cenário, capaz de capturar a realidade representada na sua versão mais exposta e divulgada pela maioria dos trabalhadores de um determinado grupo profissional, ganhando dados gerais (objetivos, quantitativos), mas perdendo as observações específicas (subjetivas, qualitativas). Para isso, faz-se necessário, posteriormente, realizar um estudo qualitativo abordando a mesma temática.

8 CONCLUSÕES

O presente estudo buscou analisar e discutir as condições de trabalho dos ACS de Juiz de Fora, município de grande porte do estado de Minas Gerais. Para tanto, traçamos um perfil sociodemográfico e de condições físico-estruturais de trabalho da população estudada e utilizamos o ITRA como instrumento complementar.

A população estudada foi de 400 profissionais, predominantemente composta por mulheres (91,2%), com idade média de 46 anos (desvio padrão de 10,22), casadas ou em união estável (57,5%) e com ensino médio completo (76,4%).

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

Os resultados do estudo foram demonstrados através dos questionários sociodemográfico e das condições físico-estruturais do trabalho, onde foi possível identificar as condições de trabalho nas quais esses profissionais estão inseridos.

Além disso, foram utilizadas duas das quatro escalas do ITRA (EACT e EIPST), onde foi possível verificar as relações das condições físico-estruturais de trabalho com o contexto de trabalho (EACT) e com as vivências de prazer e sofrimento (EIPST) dos ACS estudados.

Observa-se que as condições físico-estruturais de trabalho, de um modo geral, foram consideradas insatisfatórias pelos ACS e, quando cruzadas com as escalas do ITRA, mostraram que a maioria dos itens apresentou significância estatística. Isso quer dizer que os profissionais estudados consideram suas condições de trabalho como insuficientes, inadequadas ou ruins.

Percebemos também, através das análises estatísticas, a significativa relação existente entre a falta de condições de conforto e higiene adequadas com as vivências de sofrimento. Porém, com relação à exposição aos riscos ocupacionais, embora sejam fatores geradores de vivências de sofrimento quando estão presentes, grande parte dos ACS não sabe ou não consegue identificar esses riscos

como prejudiciais à sua saúde nem conseguem prever as consequências destes ao longo do tempo.

Constitui ponto positivo desta investigação o fato dos ACS possuírem estabilidade no emprego, o que contribui com a possibilidade de monitoramento do trabalhador em longo prazo, além de ser um fator de valorização do profissional, diminuindo a precarização do trabalho e aumentando as vivências de prazer desses funcionários.

Dentre as limitações deste estudo podemos citar o fato de que a população pesquisada se restringe aos limites do município de Juiz de Fora, com todas as suas particularidades e peculiaridades, não permitindo que os dados sejam estendidos a todo o país. Porém, pode ser comparado com populações com características semelhantes.

Outra limitação se refere ao fato desta pesquisa ser delineada por um estudo transversal que tem a finalidade de fazer um recorte de uma determinada realidade, para que a mesma possa ser analisada, explorada. Devido a estas características do estudo transversal não nos é possível acompanhar as condições de trabalho desses trabalhadores ao longo dos anos ou mesmo avaliar condições anteriores. Além disso, o instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário autopreenchível, que apesar de ser adequado a este tipo de delineamento, não expressa todas as questões que envolvem o ser humano.

Outro fator dificultador da utilização do questionário se refere ao fato das respostas serem dependentes do que o indivíduo quer relatar naquele momento, tendo como influencia a memória, a compreensão e a disposição em preencher adequadamente o questionário.

Um fato importante a ser mencionado é sobre a recente aprovação da Lei nº 13.595/18, que reformula as atribuições, a jornada e as condições de trabalho dos ACS, bem como o grau de formação profissional e os cursos de formação técnica e continuada; e da Portaria nº 83/18 que prevê formação técnica em enfermagem para os ACS. Essa nova legislação certamente terá grande repercussão no trabalho e na vida desses profissionais e, apenas daqui a alguns anos poderemos observar e estudar tais impactos na saúde, qualidade de vida e trabalho desta população.

Como contribuições da saúde coletiva para a melhoria das condições de trabalho desses profissionais, sugerimos uma readequação dos postos de trabalho, além de fornecimento de informações a respeito dos riscos ocupacionais a que

esses trabalhadores estão submetidos para que estes tomem consciência dos danos que podem ser ocasionados ao longo do tempo e, conseqüentemente, realizem a prevenção adequada. Com relação ao poder público e gestores, sugerimos maiores investimentos na força de trabalho para que possa se adequar ao que está preconizado na PNST.

Torna-se importante também que mais estudos sejam direcionados à saúde dos trabalhadores e mais pesquisas sejam desenvolvidas para avaliar e propor intervenções para promover a saúde destes.

Para superar estas dificuldades, pode ser indicada a realização de estudos longitudinais, para acompanhar as condições de trabalho e de vida destes trabalhadores ao longo dos anos e avaliar o desenvolvimento de exposições e desfechos a saúde e condições de trabalho destes.

A realização de outras pesquisas com abordagens qualitativas podem ser úteis e adequadas para verificar a percepção dos trabalhadores sobre suas condições de trabalho e para tentar dar conta de todas as questões que envolvem a complexidade que é o ser humano verticalizando em aspectos subjetivos.

Consideramos importante também a comunicação dos resultados deste estudo aos profissionais estudados e à Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, para que se possa pensar em políticas públicas de trabalho neste contexto.

REFERÊNCIAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. [S.l.: s.n.], 2015.

AGUIAR, Z.N. **SUS: Antecedentes, Percurso, Perspectivas e Desafios**. Ed. Martinari. São Paulo, 2011.

ALMEIDA, M.C.S.; BAPTISTA, P.C.P.; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 95-103, fev. 2016.

ALMEIDA, L.G.N.; TORRES, S.C.; SANTOS, C.M.F. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, vol 1, n. 1, p. 142-154, 2012.

ALVES, G. **Trabalho flexível, vida reduzida e precarização do homem-que-trabalha**: perspectivas do capitalismo global no século XXI. IN: VIZZACCARO-AMARAL, A.L; MOTA, D.P.; ALVES, G (orgs.). **Trabalho e Saúde: A precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI**. Ed. Ltda. São Paulo, 2011.

ANCHIETA, V. C. C.; GALINKIN, A. L.; MENDES, A. M. B.; NEIVA, E. R. Trabalho e Riscos de Adoecimento: Um Estudo entre Policiais Civis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 27, n. 2, p. 199-208, abr./jun. 2011.

ANDRADE, E.T.; MARTINS, M.I.C.; MACHADO, J.H. O processo de construção da política de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público. **Rev. Sociologia Configurações**, Maranhão, n.10, 2012.

ANDRIETTA, S.A.O. **Acidente do trabalho. Histórico legislativo e a proteção dos direitos do cidadão**. 291f. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Metodista de Piracicaba. São Paulo, 2009.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Editora Fiocruz, 2003.

ASSUNÇÃO, A.A.; LIMA, C.R.(orgs.). **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**: Cadernos de Textos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

ATHAYDE, V.; HENNINGTON, É.A. A saúde mental dos profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012.

AUGUSTO, L.G.S; FREITAS, C.M. O princípio da precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em saúde do trabalhador. **Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 85-95, 1998.

ÁVILA, M.M.M. Origem e Evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.24, n.2, p. 159-168, 2011.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M.A.O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.66, n3, p. 358-65, mai-jun, 2013.

BARBOSA, A.M. **Análise das Condições de Saúde de Agentes Comunitários de Saúde:** relação com perfil nutricional e capacidade para o trabalho. 55f. Monografia (graduação) – Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Nutrição. João Pessoa – PB, 2014.

BESSA, M.E.P.; ALMEIDA, M.I.; ARAÚJO, M.F.M.; SILVA, M.J. Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, vol 18, n. 4, p. 644-49, 2010.

BONCIANI, M. Contrato coletivo e saúde dos trabalhadores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.45, p. 53-58, 1994.

BORNSTEIN, V.J., STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BOTELHO, I.V. **Segurança no Trabalho:** atuação preventiva e repressiva do direito. 130f. Dissertação (Mestrado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

BRAND, C. I., ANTUNES, R. M., FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enferm.** Vol. 15, n.1, p. 40-7, Jan-Mar, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades - Juiz de Fora e IBGE Estados - Minas Gerais.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em 12 jan. 2018a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Mensal – PNAD Contínua mensal.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/rendimento-despesa-e-consumo/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?&t=destaques>>. Acesso em 13 jan. 2018b.

_____. Lei nº. 13.595, de 05 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**, 09 de janeiro de 2018c.

_____. Portaria nº. 83, de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS, para a oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Agentes de Combate à Endemias – ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. **Diário Oficial da União**, 10 de janeiro de 2018d.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, 2017a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 28 fev. 2017.

_____. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 22 de setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. **Estratégia Nacional para Redução dos Acidentes do Trabalho 2015-2016**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, 24 de agosto de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 12 Dezembro de 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Programa de Formação em Saúde do Trabalhador**. Brasília: Série B – Textos Básicos em Saúde: 2011a.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 de junho de 2011b.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 de junho de 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 160 p.:il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. 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 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP – SUS. **Protocolo – Nº 008 /2011e**. Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Protocolo_008_Diretrizes_PNPST.pdf. Acesso em 19 ago. 2017

_____. Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 06 de outubro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, 2004.

_____. Portaria n.º 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 27 de setembro de 2002a.

_____. Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. Regulamenta a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 11 de julho de 2002b.

_____. Portaria n.º 1.969, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho. **Diário Oficial da União**, 20 de dezembro de 2001a.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: OPAS/OMS; 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana de Saúde **Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114, Brasília, 2001c.

_____. Decreto nº 3.189, de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 05 de outubro de 1999a.

_____. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978. NR 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. Texto alterado pela Portaria SSST nº 08, de 23 de fevereiro de 1999. **Diário Oficial da União**, 10 de maio de 1999b.

_____. Portaria n.º 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS (NOB-SUS 96). **Diário Oficial da União**, 06 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Departamento de normas técnicas. **Segurança no ambiente hospitalar**. Brasília; 1995.

_____. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978. NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Texto alterado pela Portaria SSST nº 25, de 29 de dezembro de 1994. **Diário Oficial da União**, 30 de dezembro de 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990b.

_____. Presidência da República. Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 de setembro de 1990c.

_____. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, 05 de outubro de 1988.

_____. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília. **Diário Oficial da União**, 06 de julho de 1978.

BRUSCHINI. M.C.A. Trabalho e Gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 537-72, 2007.

BUENO, F.S. **Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa**. São Paulo: Lisa, 1988.

CAMPOS, J.F.; DAVID, H.S.L. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 363-368, 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, abr. 2015.

CARVALHO, G. A. Saúde pública no Brasil. **Estud. Av.**, São Paulo, v.27, n.78, p. 7-26, 2013.

CASTRO, T.A.; DAVOGLIO, R.S.; NASCIMENTO, A.A.J.; SANTOS, K.J.S.; COELHO, G.M.P.; LIMA, K.S.B. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017.

CHIAVEGATTO, C.V.; ALGRANTI, E. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, vol.38, n.127, p.11-30, 2013.

CHIAVENATO, I. **Administração Geral e Pública** (Série Provas e Concursos). Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

COHN, A. **Caminhos da Reforma Sanitária**. Lua Nova, São Paulo, n.19, p. 124-40, 1989.

COSTA, S.M.; ARAÚJO, F.F.; MARTINS, L.V.; NOBRE, L.L.R.; ARAÚJO, F.M.; RODRIGUES, C.A.Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Cien Saúde Colet**, vol.18, n.7, pp.2147-2156, 2013.

DATASUS. Indicadores de Saúde e Pactuações. Indicadores e Dados Básicos. **Indicador de Mortalidade Infantil**, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01.htm>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

DEJOURS, C.A. **Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade**. In: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. Diálogos em psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo; 2007.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C.; DÉSSORS, D.; DÉSRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, RAE, [s.l.], v.33, n.3, p. 98-104, 1993.

DIAS, E.C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 13, n. 2, p. 60-8, 2015.

DORIGON, N.G. **Educação e Trabalho: A convocação das Workhouses.** 101f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

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. Lat. Am. Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.

ESCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; et al (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2ª ed – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 323-63.

FERRAZ, L.; AERTZ, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Cien Saúde Colet**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Natal: Revista Estudos de Psicologia.** v. 6, n. 1, p. 97-108, 2001.

FERREIRA, E. M.; FERNANDES, M.F.P.; PRADO, C.; BAPTISTA, P.C.P.; FREITAS, G.F.; BONINI, B.B. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. esp., p. 1292-1296, 2009.

FRIAS JUNIOR, C.A.S. **A Saúde do Trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação.** 1999. 137f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999.

GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, maio/ago. 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; et al (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2ª ed – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 493-545, 2012.

GLANZNER, C.H. **O descompasso entre o trabalho real e o prescrito: prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de saúde da família no Grupo Hospitalar Conceição.** 217 f. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre - RS, 2014.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; MITRE, S.M.; BATISTA, R.S.; CHERCHIGLIA, M.L. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2010.

HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 17-18, 2002.

HOBBSAWM, E. **Era dos Extremos: O breve século XX.** Companhia de Letras. São Paulo, 1995.

JEFFREY-COKER, F.; BASINGER, M.; MODI, V. **Open Data Kit: Implications for the Use of Smartphone Software Technology for Questionnaire Studies in International Development, 2010.** Disponível em: <<http://qsel.columbia.edu/assets/uploads/blog/2013/06/Open-Data-Kit-Review-Article.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

JUIZ DE FORA. **A estratégia de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde PDAPS – Juiz de Fora.** Juiz de Fora, Prefeitura de Juiz de Fora / Secretaria de Saúde, 2014.

JUIZ DE FORA. **Plano de Saúde 2014-2017.** Juiz de Fora, Prefeitura de Juiz de Fora / Secretaria de Saúde, 2013.

JUIZ DE FORA. **Características Gerais.** Juiz de Fora: Prefeitura [2006]. Disponível em: <https://pjf.mg.gov.br/cidade/caracteristicas_gerais.php>. Acesso em: 01 abr. 2017.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. **Estudos Seccionais.** In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, p. 193-219, 2009.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M.; SANTOS, C.B.; KLUTHCOVSKY, F.A. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Rev. Psiquiatr. RS**, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, v.14, p.957-963, 2006.

KMETEUK FILHO, O. **Pesquisa e Análise Estatística.** Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 2005.

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no Trabalho: Um Conceito Político e Polissêmico. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 565-72, 2010.

LAURELL, A.C., NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec; 1989.

LINO, D.C.S.F. **Saúde Mental e Condições de Trabalho entre Agentes Comunitários de Saúde.** 111f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié – BA, 2013.

LINO, M.M.; LANZONI, G.M.M.; ALBUQUERQUE, G.L.; SCHVEITZER, M.C. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enferm.** V. 17, n. 1, p. 57-64, 2012.

LOPES, D.M.Q.; BECK, C.L.C.; PRESTES, F.C.; WEILLER, T.H.; COLOMÉ, J.S.; SILVA, G.M. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: um estudo qualitativo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-40, 2012.

LOTTA, G.S. **Burocracia e implementação de políticas de saúde**: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

_____, G.S. Saberes Locais, Mediação e Cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 210-222, 2012.

LUCCA, S.R. As inter-relações saúde e trabalho na abordagem clínica e individual. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 201-205, maio-jun. 2012.

MACHADO, J.M.H.; SANTANA, V. **1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009**: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. MACHADO, M.H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, p. 13-28. mar. 2006.

MAISSIAT, G.S. **Prazer e Sofrimento de Trabalhadores da Atenção Básica. Saúde à Luz da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho**. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

MARTINES, W.R.V.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**. Vol 41, n. 3, p. 426-33, 2007.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Ed. Nova Cultural, v. 1, Livro 1, 1996. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/ocapital-1.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2017.

MARZARI, C.K.; JUNGES, J.R.; SELLI, L. Agentes Comunitários de Saúde: perfil e formação. **Cien Saúde Colet**, v. 16 (Supl. 1), p. 873-880, 2011.

MASCARENHAS, C.H.M.; PRADO, F.O.; FERNANDES, M.H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Cien Saúde Colet**, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, 2013.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v.27, n.78, p. 27-34, 2013.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, 1991.

MENDES, A.M. **Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho.** In: MENDES, A. M.(org). Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e escravidão. Curitiba: Juruá; p.13-25, 2008.

MENDES, A.M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.77-92, jan.-mar, 2014.

MERCADANTE, O. A. **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil.** In: FINKELMAN, J. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 235-313, 2002.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** IN: CAMPOS, C.R.; et al. (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, p. 103-120, 1998.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo Perspec.** v.17 n.1, 2003.

MOURA, A.P.P. Brasil Industrial: do capitalismo retardatário à inserção subordinada no mundo neocolonial. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v.11, n.3, 2001.

MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, P.S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, dez. 2014.

NAVARRO V.L.; PADILHA, V. Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo. **Psicologia & Sociedade.** Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Edição Especial 1: 14-20, 2007.

NASCIMENTO, G.M.; DAVID, H.M.S.L. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 550-6, out/dez 2008.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis - O Agente Comunitário de Saúde.** (Texto para discussão Nº 735) RJ: IPEA, junho, 2000.

NORONHA, J.C.; LIMA,L.D.; MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde -SUS.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 183-206, 2012.

ODDONE, I. **A Luta dos Trabalhadores pela Saúde.** Hucitec. São Paulo,1986.

ODK. Open Data Kit. **Magnifying human resources through technology**. Disponível em: <<https://opendatakit.org/>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

OLIVEIRA, M.P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; RIBEIRO, R.C.H.M.; RODRIGUES, R.A.P.; HAAS, V.J. Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n.3, p. 352-7, 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Mortes por acidentes de trabalho no mundo**, 2014. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br>>. Acesso em: 06 set. 2016.

_____. **Promovendo o trabalho decente**. Escritório no Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br>>. Acesso em: 21 mai. 2016.

_____. **História Organização Internacional do Trabalho**. Escritório no Brasil, 2008. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br>>. Acesso em: 07 set. 2016.

ORGANIZATION MUNDIAL DE LA SAÚDE. **Vigilancia Del madio y de las condiciones de salud em los programas de higiene del trabajo**. Genebra; 1973. (Série Informes Técnicos).

OSORIO, R.G. **A classificação de cor ou raça do IBGE revisada**. In: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PETRUCCELLI, J.L.; SABOIA, A.L. (orgs). Características Étnico-raciais da População: Classificações e identidades. Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica n. 2, IBGE, p. 83-99, 2013.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**. Vol. 377, p. 1778-97, 2011.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan-mar. 2014.

PAPA LEÃO XIII. **Carta Encíclica Rerum Novarum**. Santa Sé, 1891.

PEREIRA, I.V.S.; ROCHA, M.J.L.; SILVA, V.M.; CALDEIRA, A.P. Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família. **Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 461-468, feb. 2014.

PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (orgs.); MARINHO, A.; CARVALHO, D.; RIBEIRO, J.A.; SILVA, J.R.; SERVO, L.M.; NOGUEIRA, R.P. **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). CEPAL, 2009.

REZENDE, F. R. **Risco Biológico entre Agentes Comunitários de Saúde**. 72f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

RIBEIRO, S.F.R. Agente Comunitário de Saúde: Dificuldades no Processo de Construção Histórica da Profissão e Adoecimento. **Rev. Laborativa**, v. 1, n. 1, p. 17-35, out./2012.

ROCHA, R.S. **Prevenção de doenças na perspectiva do estado vacinal em Agentes Comunitários de Saúde**. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017.

ROSA, A.J.; BONFANTI, A.L.; CARVALHO, C.S. O sofrimento psíquico dos Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n.1, p. 141-152, 2012.

ROSSI, D.A.N.; CONTRERA-MORENO, L. Riscos à saúde no trabalho do agente comunitário de saúde de Sidrolândia, MS. **Ensaio e ci.**, Campo Grande, v. 10, n. 3, p. 191 - 200, dez. 2006.

SANTANA, J.C.B.; VASCONCELOS, A.L.; MARTINS, C.V.; BARROS, J.V.; SOARES, J.M.; DUTRA, B.S. Agente Comunitário de Saúde: Percepções na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm.** V. 14, n. 4, p. 645-52, 2009.

SANTANA, V.S.; SILVA, J.M. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios**. IN: BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, 2009.

SECCO, I.A.O.; ROBAZZI, M.L.C.C.; SOUZA, F.E.A.; SHIMIZU, D.S. Cargas Psíquicas de Trabalho e Desgaste dos Trabalhadores de Enfermagem de Hospital de Ensino Do Paraná, Brasil. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, n. 1, 2010.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A.D. O processo de trabalho na estratégia saúde da família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Cien Saúde Colet**, vol.17, n.9, p. 2405-2414, 2012.

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

SOUZA, R.R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Secretaria de Assistência à Saúde – Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TOSIN, C.; THEODORO, M.R.S.; OLIVEIRA, V.B.C.A.; VISENTIN, A. A transição do Modelo Tradicional para Estratégia Saúde da Família: a percepção do usuário. **Cad. da Esc. de Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 13, p. 146-166, 2015.

TRINDADE, L.L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família:** implicações para a saúde do trabalhador. 103p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TRINDADE, L.L.; GONZALES, R.M.B.; BECK, C.L.C.; LAUTERT, L. Cargas de trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 28, n.4, p. 473-9, 2007.

TRINDADE, L. L.; AMESTOY, S. C.; PIRES, D. E. P. Revisão da produção teórica latino-americana sobre cargas de trabalho. **Enfermería Global.** N. 29, p: 373-82, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. **Relatório final:** Avaliação do perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Salvador: UFBA, 2015.

URSINE, B.L.; TRELHA, C.S.; NUNES, E.F.P.A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v. 35, n.122, p. 327-339, 2010.

VOGT, M.S.; BECK, C.L.C.; PRESTES, F.C.; DIAZ, P.S.; TAVARES, J.P.; SILVA, G.M. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de Agentes comunitários de Saúde. **Cogitare Enferm.** V. 17, n. 2, p. 297-303, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2006:** working together for health. World Health Organization. Geneva, 2006.

ZARPELÃO, R.Z.N.; MARTINO, M.F.A Qualidade do Sono e os Trabalhadores de Turno: Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 8, n.6, p.1782-90, 2014.

ZINET, C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. **Caros Amigos**, São Paulo, v.187, p. 16-19, out. 2012.

APÊNDICE 1
Resultados dos domínios das escalas do ITRA

EACT – Variáveis	Média	Mediana	dp
Organização do Trabalho			
O ritmo de trabalho é excessivo	3,03	3	1,106
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	3,44	3	1,065
Existe forte cobrança por resultados	3,61	4	1,128
As normas para execução das tarefas são rígidas	3,11	3	1,159
Existe fiscalização do desempenho	3,71	4	1,194
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	3,58	4	1,399
Os resultados esperados estão fora da realidade	3,43	3	1,245
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	3,8	4	1,275
As tarefas são repetitivas	4,34	5	0,875
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	2,43	2	1,247
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	3,36	3	1,115
Condições de trabalho			
As condições de trabalho são precárias	3,58	4	1,21
O ambiente físico é desconfortável	3,02	3	1,462
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	3,11	3	1,303
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	3,43	4	1,461
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	4,03	4	1,125
O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas	3,08	3	1,444
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	3,7	4	1,197
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	3,17	3	1,433
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	3,13	3	1,406
O material de consumo é insuficiente	4,1	4	1,019
Relações Socioprofissionais			
As tarefas não estão claramente definidas	2,45	2	1,212
A autonomia é inexistente	2,57	3	1,208
A distribuição das tarefas é injusta	2,28	2	1,145
Os funcionários são excluídos das decisões	2,73	3	1,24
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	2,31	2	1,225
Existem disputas profissionais no local de trabalho	2,71	3	1,396
Falta integração no ambiente de trabalho	2,93	3	1,176
A comunicação entre os funcionários é insatisfatória	2,78	3	1,111
Falta apoio das chefias para o meu desempenho profissional	2,34	2	1,225
As informações de que preciso para executar minha tarefa são de difícil acesso	2,28	2	1,067

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017.

EIPST – Variáveis	Média	Mediana	dp
Realização Profissional			
Satisfação	4,35	4	1,635
Motivação	3,61	4	1,895
Orgulho pelo que faço	4,96	6	1,491
Bem-estar	4,43	5	1,565
Realização Profissional	4	4	1,858
Valorização	3,05	3	2,024
Reconhecimento	3,04	3	1,955
Identificação com as minhas tarefas	4,68	5	1,513
Gratificação pessoal com as minhas atividades	4,55	5	1,667
Liberdade de Expressão			
Liberdade com a chefia pra negociar o que precisa	4,81	5	1,551
Liberdade para falar sobre meu trabalho com os colegas	4,8	5	1,586
Solidariedade com os colegas	5,04	6	1,303
Confiança entre os colegas	3,71	4	1,764
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	4,28	5	1,768
Liberdade para usar minha criatividade	4,49	5	1,679
Liberdade para falar sobre meu trabalho com as chefias	4,77	5	1,534
Cooperação entre os colegas	4,15	4	1,639
Esgotamento Profissional			
Esgotamento emocional	3,68	4	2,005
Estresse	3,66	4	2,058
Insatisfação	3,24	3	1,995
Sobrecarga	3,79	4	2,01
Frustração	3,61	4	1,97
Insegurança	3,13	3	2,222
Medo	2,56	2	2,275
Falta de Reconhecimento			
Falta de reconhecimento do meu esforço	3,27	3	1,971
Falta de reconhecimento do meu desempenho	3,09	3	2,069
Desvalorização	3,21	3	2,112
Indignação	3,32	3	2,138
Inutilidade	1,6	1	1,851
Desqualificação	1,59	1	1,87
Injustiça	2,47	2	2,092
Discriminação	1,52	0	1,983

Fonte dos dados: Própria autora. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2016/2017.

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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 a Saúde – condições de trabalho e de vida”**. Nesta pesquisa pretendemos **conhecer as condições de vida 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 a 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: O Sr. (a) será submetido a coleta de dados em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com 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 da Atenção Primária a Saúde de Juiz de Fora.**

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. 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). O pesquisador 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 Universidade Federal de Juiz de Fora 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 a 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 cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2016.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador Responsável: Rosangela Maria Greco

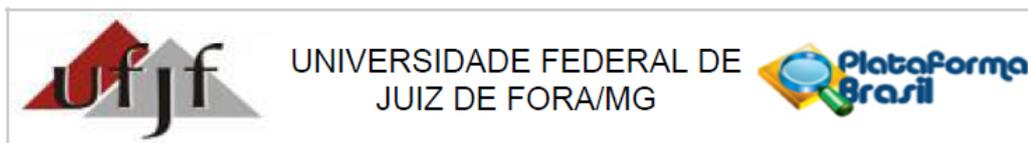
Endereço: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora

CEP: 36036-900 – Campus UFJF

Fone: (32) 2102-3207

E-mail: romagreco@gmail.com

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado 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: Rosangela maria Greco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40343414.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 932.706

Data da Relatoria: 13/01/2015

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

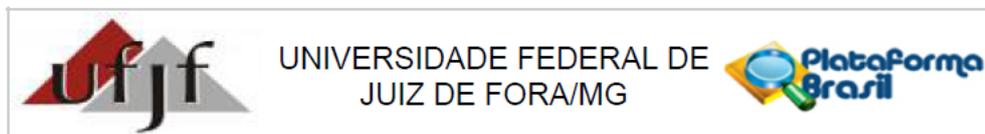
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, 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 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: 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: 932.706

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

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

JUIZ DE FORA, 14 de Janeiro de 2015

**Assinado por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO 2 – Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE (NATES)



BLOCO G: Questões sobre condições de trabalho

G1. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos

G2. Atualmente você tem quantos empregos?

1. Um emprego
2. Dois empregos
3. Três empregos
4. Mais de três empregos

G3. Você trabalha durante a noite?

1. Sim
2. Não

G4. O seu **tempo total de trabalho**, em média, **POR SEMANA** é _____ horas
(inclua outras atividades profissionais ou outro local de trabalho)

G5. No trabalho, na **UAPS**, você se considera exposto a... (pode marcar mais de uma opção)

1. Ruído muito elevado (só gritando no ouvido)
 2. Ruído constante ou incômodo
 3. Vibrações (oscilações ou tremores no corpo, ou nos membros)
 4. Radiações (material radioativo, RX)
 5. Calor intenso
 6. Frio intenso
 7. Poeiras ou gases
 8. Agentes biológicos (contato ou manuseio de bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica vegetal ou animal)
- G5.1. Especificar _____

9. Agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, etc)

G5.2. Especificar _____

G6. O seu trabalho, na **UAPS** exige do seu corpo... (Pode marcar mais de uma opção)

1. Gestos repetitivos
2. Posturas penosas (posições do corpo dolorosas, difíceis, desconfortáveis)
3. Esforços físicos intensos (cargas pesadas manuseadas ou movimentadas)
4. Permanecer muito tempo de pé na mesma posição
5. Permanecer muito tempo de pé com deslocamento (arrastar, puxar, empurrar, andar, etc)
6. Permanecer muito tempo sentado
7. Permanecer muito tempo no mesmo local
8. Subir e descer com muita frequência

G7. No seu trabalho, na **UAPS**, você conta com quais das seguintes instalações?

	Sim (1)	Não (2)
G7.1 Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados		
G7.2 Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos		
G7.3 Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza		
G7.4 Mobiliário adequado (mesas, cadeiras, etc)		
G7.5 Equipamentos e ferramentas adequados		

G8. No seu trabalho, na **UAPS**, você conta com quais das seguintes condições de higiene e conforto?

	Sim (1)	Não (2)
G8.1 Água potável		
G8.2 Álcool gel para higienização das mãos		
G8.3 Papel higiênico nos banheiros		
G8.4 Papel toalha nos banheiros		
G8.5 Sabonete líquido para higienização das mãos		

G9. Nos **ÚLTIMOS 12 MESES**, você sofreu algum acidente no trabalho?

1. Sim

G9.1. Que tipo de acidente _____

2. Não

G10. Quais equipamentos de proteção você tem a disposição no seu local de trabalho, na UFJF?

G10.1 Equipamento de proteção individual ?	Sim (1)	Não (2)
--------------------------------------------	---------	---------

G10.1.1 Quais? (Ex.:Luvas, jaleco, óculos, máscara, protetores auditivos, calçados de proteção)

G10.2 Equipamento de proteção coletiva ?	Sim (1)	Não (2)
------------------------------------------	---------	---------

G10.1.2 Quais? (Ex.: silenciadores nas máquinas, climatização adequada, extintor de incêndio)

G11. Em que ano você começou a trabalhar nesta UAPS? _____

G12. Você trabalha a quanto tempo na Atenção Primária à Saúde?

- 1 Menos de 5 anos
- 2 De 6 a 10 anos
- 3 De 11 a 15 anos
- 4 De 16 a 20 anos
- 5 De 21 a 25 anos
- 6 Há mais de 26 anos

G13. Qual a sua ocupação atual?

- 1 Agente Comunitário de Saúde
- 2 Assistente Social
- 3 Dentista
- 4 Enfermeiro (a)
- 5 Médico (a)
- 6 Fisioterapeuta
- 7 Auxiliar de Enfermagem
- Outro _____

G14. Antes de começar a trabalhar na UAPS, você trabalhava?

1. Sim
2. Não

G15. Qual era sua ocupação ou atividade nesse seu trabalho anterior ao trabalho na UAPS?

G16. Você recebe adicional de insalubridade?

1. Sim

2. Não

Bloco N: QUESTÕES SOBRE SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

1. Em que dia/mês/ano você nasceu? ____/____/____

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

Município: _____

Estado: _____

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)?

--

9. Você tem filhos?

1. Sim 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. 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. Por favor informe o parentesco das pessoas que moram com você, a idade e o sexo.

Nº.	Parentesco/relação com você	Idade	Sexo

14. 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. Quem? _____

15. 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

16. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?

1. Sim, uma
2. Sim, mais de uma
3. Não

17. 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:

Televisão em cores	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Máquina de lavar roupa	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Videocassete ou DVD	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Geladeira	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Freezer	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Microcomputador	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Lava-Louças	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Microondas	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Motocicleta	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Secador de Roupa	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Banheiros	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não
Automóveis	1 Sim. Quantos? _____ 2 Não

18. **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

19. 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

BLOCO I - Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA)

I1 - Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)

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

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

O ritmo de trabalho é excessivo	1	2	3	4	5
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	1	2	3	4	5
Existe forte cobrança por resultados	1	2	3	4	5
As normas para execução das tarefas são rígidas	1	2	3	4	5
Existe fiscalização do desempenho	1	2	3	4	5
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	1	2	3	4	5
Os resultados esperados estão fora da realidade	1	2	3	4	5
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	1	2	3	4	5
As tarefas são repetitivas	1	2	3	4	5
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	1	2	3	4	5
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	1	2	3	4	5
As condições de trabalho são precárias	1	2	3	4	5
O ambiente físico é desconfortável	1	2	3	4	5
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
O mobiliário existe no local de trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	1	2	3	4	5
O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas	1	2	3	4	5
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	1	2	3	4	5
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das	1	2	3	4	5

peessoas					
O material de consumo é insuficiente	1	2	3	4	5
As tarefas não estão claramente definidas	1	2	3	4	5
A autonomia é inexistente	1	2	3	4	5
A distribuição das tarefas é injusta	1	2	3	4	5
Os funcionários são excluídos das decisões	1	2	3	4	5
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	1	2	3	4	5
Existem disputas profissionais no local de trabalho	1	2	3	4	5
Falta integração no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
A comunicação entre os funcionários é insatisfatória	1	2	3	4	5
Falta apoio das chefias para o meu desempenho profissional	1	2	3	4	5
As informações de que preciso para executar minha tarefa são de difícil acesso	1	2	3	4	5

12 - Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)

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

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

Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho pelo que faço	0	1	2	3	4	5	6
Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização Profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Gratificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade com a chefia pra negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6

Liberdade para falar sobre meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6
Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

Obrigada por sua participação!