

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PPG  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES

**SAÚDE MENTAL E CONDIÇÕES DE TRABALHO ENTRE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

DÉBORA CRISTIANE SILVA FLORES LINO

JEQUIÉ/BAHIA  
2013

DÉBORA CRISTIANE SILVA FLORES LINO

**SAÚDE MENTAL E CONDIÇÕES DE TRABALHO ENTRE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e  
Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia, área de concentração em Saúde Pública,  
para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Vigilância à Saúde

Orientador: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

JEQUIÉ/BAHIA  
2013

L73 Lino, Débora Cristiane Silva Flores.  
Saúde mental e condições de trabalho entre agentes comunitários de saúde/Débora Cristiane Silva Flores Lino .- Jequié, UESB, 2013.  
111 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.  
Orientador: Profº. Dr. Cezar Augusto Casotti.

1. Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – Inquérito epidemiológico 2. Vigilância epidemiológica – Condições de trabalho entre agentes comunitários de saúde 3. Saúde do trabalhador no Brasil – Saúde mental e condições de trabalho entre agentes comunitários I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 613.057

## FOLHA DE APROVAÇÃO

LINO, DÉBORA CRISTIANE SILVA FLORES. **Saúde Mental e condições de trabalho entre Agentes Comunitários de Saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

### BANCA EXAMINADORA

---

**Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti**  
Doutor em Odontologia Preventiva e Social  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Orientador e Presidente da Banca Examinadora

---

**Profa. DSc. Tânia Maria Araújo**  
Doutorado em Saúde Pública  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

**Profº DSc Djanilson Barbosa dos Santos**  
Doutor em Saúde Pública.  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Jequié/BA, 10 de dezembro de 2013.

*A **Deus** que com sua mão de bondade e graça guia os meu passos.*

*Aos **meus pais** pelo amor e carinho na caminhada.*

*A **Jonir, Ester e Bruna** que compartilharam comigo todos os momentos desta etapa  
de minha vida.*

*A **Merinha** o incentivo de buscar a realização dos sonhos.*

## AGRADECIMENTOS

**A Deus** meu grande amigo pela oportunidade de ingressar no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem e Saúde e permanecer em todos os momentos principalmente diante dos grandes desafios.

**Ao meu esposo** pelo amor e carinho incentivando sempre a buscar os meus ideais.

**A minha família** sempre ao meu lado segurando minha mão ao longo desta trajetória.

**Às minhas amigas** Viviane e Karina pelo apoio e carinho na caminhada.

**Ao meu orientador** Prof. Cezar Augusto Casotti pela generosidade, confiança, carinho e apoio incondicional. A você toda a minha gratidão pelos momentos vivenciados na troca de saberes da ciência e do cotidiano.

**Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde** por contribuir em minha formação, em especial a Profa. Alba e Prof. Jefferson Paixão pelos ensinamentos compartilhados.

**A Profa. Tânia** pelo acolhimento e confiança no uso dos dados do projeto "*Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia*".

**A Klinger, Keu e Kevin** a minha gratidão por me acolher em suas vidas e me fazer sentir o bom perfume de Cristo.

**Ao Sr. Bastos Sra. Gilda** que nas idas e vindas nesta cidade me apoiou com carinho e cuidado.

**À banca de qualificação e defesa** Profa. DSc Tânia Maria de Araújo, Prof. DSc Edgard Michel Crosato e Prof. DSc Djanilson Barbosa dos Santos pelas valiosas contribuições.

**A todos os Agentes Comunitários de Saúde** de Jequié, Bahia, sem os quais este trabalho não teria se realizado.

*“Mas os que esperam no senhor renovarão as suas forças, subirão com asas como águias, correrão e não se cansarão, caminharão e não se fatigarão.”*

*(Isaías 40:31)*

LINO, DÉBORA CRISTIANE SILVA FLORES. **Saúde Mental e condições de trabalho entre Agentes Comunitários de Saúde**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia. 2013. 111 p.

## RESUMO

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) atingem mais de 25% da população do mundo, afetando pessoas de todas as idades, de ambos os sexos e de diferentes grupos sociais. No setor saúde, estudos têm identificado alta prevalência de TMC entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Assim, considerando nos últimos anos o aumento da prevalência dos TMC, o custo social e a ausência de diagnóstico precoce, este projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar a saúde mental e condições de trabalho em ACS que atuam na atenção básica à saúde no município de Jequié-BA. Trata-se de um inquérito epidemiológico, de corte transversal, censitário, multicêntrico. O instrumento para coleta de dados foi composto por um questionário elaborado a partir de instrumentos validados e utilizados em estudos na área de saúde do trabalhador no Brasil. Foi utilizado para suspeição do TMC o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). A caracterização da população procedeu por meio de frequências absolutas e relativas, e conduzidas análises bivariadas para as características das condições de trabalho por grupos do modelo demanda-controle. Calculou-se a prevalência de TMC, e em seguida, procedeu-se uma análise exploratória fatorial para verificar os fatores associados à presença de TMC. Os resultados apontaram predomínio de comportamentos de vida saudáveis, contudo com elevadas prevalências de varizes, lombalgia e rinite. A maioria dos ACS apontou como insatisfatórias as condições de trabalho. No tocante aos aspectos psicossociais, o modelo demanda-controle identificou um percentual mais elevado de trabalhadores em situação de trabalho passivo e com baixo suporte social. A prevalência de TMC foi de 29,0%. Foram fatores associados positivamente a presença de TMC: as condições gerais do trabalho, os aspectos psicossociais e as atividades domésticas. Assim, este estudo pode contribuir para investimentos nas ações de cuidado e de apoio matricial ao Agente Comunitário de Saúde, e para a valorização e reconhecimento da importância de seu trabalho, em contextos tão diversos e complexos como na atenção básica à saúde.

**Palavras-chave:** Transtornos Mentais Comuns. Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Epidemiologia. Vigilância Epidemiológica

LINO, DEBORA CRISTIANE SILVA FLORES. Mental health and working conditions in Community Health Agents. Dissertation (Masters). Graduate Program in Nursing and Health, a major in Public Health. State University of Southwest Bahia. Jequié, Bahia. 2013. 111 p.

## ABSTRACT

The Common Mental Disorders (CMD) reach more than 25% of the world population, affecting people of all ages, of both sexes and different social groups. In the health sector, studies have identified a high prevalence of CMDs among Community Health Agents (CHA). Thus, whereas in recent years the increase in the prevalence of CMD, the social cost and the lack of early diagnosis, this research project aims to evaluate the mental health and working conditions in CHA working in primary health care in Jequié, BA. This is an epidemiological inquiry, cross-sectional, census, multicenter cut. The instrument for data collection consisted of a questionnaire developed from validated and used in studies in the area of workers' health in Brazil instruments. It was used for suspicion the TMC Self Reporting Questionnaire (SRQ - 20). The characterization of the population proceeded through absolute and relative frequencies and conducted bivariate analyzes to the characteristics of work conditions by groups of demand-control model. We calculated the prevalence of CMD, and then proceeded to a factor exploratory analysis to identify factors associated with the presence of TMC factors. The results showed predominance of healthy lifestyle behaviors, yet with a high prevalence of varicose veins, back pain and rhinitis. Most CHA pointed at like unsatisfactory the working conditions. Regarding to psychosocial issues, the demand-control model identified a higher percentage of workers in passive jobs and low social support. The prevalence of CMDs was 29.0%. Factors were positively associated with the presence of TMC: the general conditions of work, the psychosocial aspects and domestic activities. In summary, this study can contribute to investments in shares of care and matrix support to the Community Health Agent, as well as the appreciation and recognition of the importance of their work, in contexts so diverse and complex as in primary health care.

**Keywords:** Common Mental Disorders. Community Health Agents. Primary Care to Health. Epidemiology. Epidemiological Vigilance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Itens do <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) distribuídos considerando os quatro grupos de sintomas	17
<b>Tabela 1</b> – Distribuição das Unidades de Saúde da Família considerando o número de Equipes da Estratégia de Saúde da Família e os Centros de Saúde de Jequié, segundo o bairro e região	28
<b>Figura 1</b> – Distribuição das Unidades de Saúde da Família por bairros no município de Jequié.	29
<b>Figura 2</b> – Distribuição das Unidades de Saúde da Família na zona rural do município de Jequié	29
<b>MANUSCRITO 1 - Condições de vida, saúde e trabalho de Agentes Comunitários de Saúde</b>	40
<b>Tabela 1.</b> Caracterização do estilo de vida, Transtornos Mentais Comuns e doenças autoreferidas entre Agentes Comunitários de Saúde. Jequié, BA, 2013. N=280.	47
<b>Tabela 2:</b> Caracterização das condições de trabalho entre Agentes Comunitários de Saúde. Jequié, BA, 2013. N=280.	48
<b>Tabela 3.</b> Caracterização dos aspectos psicossociais segundo níveis de demanda psicológica, de controle sobre o trabalho, grupos do Modelo demanda-Controlle e suporte social entre Agentes Comunitários de Saúde. Jequié, BA, 2013. N=280.	49
<b>Tabela 4.</b> Características das condições de trabalho por grupos do modelo demanda-controle entre Agentes Comunitários de Saúde, Jequié, BA, 2013. N=280.	50
<b>MANUSCRITO 2 - Transtornos Mentais Comuns entre Agentes Comunitários de Saúde em um município da Bahia</b>	59
<b>Tabela 1.</b> Frequência de respostas afirmativas às perguntas do Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) por Agentes Comunitários de Saúde. Jequié, BA, 2013. N=280.	66
<b>Tabela 2.</b> Matriz fatorial e cargas fatoriais para os quatro fatores de Transtornos Mentais Comuns identificados entre Agentes Comunitários de Saúde. Jequié, BA, 2013. N=75.	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>CID-10</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>DSM-IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>GHQ</b>	General Health Questionnaire
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>NESP</b>	Núcleo de Estudos em Saúde da População
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TMC</b>	Transtornos Mentais Comuns
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>USF</b>	Unidade Saúde da Família
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	11
	<b>OBJETIVOS</b>	14
2.1	Objetivo geral	14
2.2	Objetivos específicos	14
	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	15
3.1	Os Transtornos Mentais Comuns e instrumentos utilizados no seu rastreamento	15
3.2	Condições de vida e de trabalho associadas a ocorrência de Transtorno Mental Comum	17
3.3	Aspectos Epidemiológicos do Transtorno Mental Comum no trabalho da Atenção Básica	20
3.4	Cotidiano do trabalho, saúde e doença mental em Agentes Comunitários de Saúde	23
4	<b>METODOLOGIA</b>	27
	Caracterização do estudo	27
4.2	Campo de estudo	27
4.3	População de estudo	29
4.4	Instrumento da pesquisa	30
4.5	Procedimentos de Coleta de Dados	33
4.6	Definição de variáveis	33
4.7	Tabulação dos dados	37
4.8	Procedimento para análise dos dados	37
4.9	Aspectos éticos da pesquisa com seres humanos	38
5	<b>RESULTADOS</b>	39
5.1	<b>Manuscrito 1</b> – Condições de vida, saúde e trabalho de Agentes Comunitários de Saúde	40
5.2	<b>Manuscrito 2</b> – Transtornos Mentais Comuns entre Agentes Comunitários de Saúde em um município da Bahia	59
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	76
	<b>REFERÊNCIAS</b>	77
	<b>ANEXOS</b>	86
	ANEXO A – Instrumento de pesquisa	87
	ANEXO B – Autorização de coleta de dados	104
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
	ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética com seres humanos	109

## 1 INTRODUÇÃO

Entre as doenças incapacitantes e não necessariamente fatais, os transtornos Mentais tem sido alvo crescente de investigações (LOPEZ; MURRAY, 1998; MATHERS et al., 2001; EATON et al., 2008). Dentre elas a depressão, os transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas, o transtorno bipolar, a esquizofrenia e a síndrome do pânico representam um sério problema de saúde pública, visto que estão entre as vinte principais doenças que causam incapacidade no mundo (WHO, 2008).

Estudos realizados no Brasil apontam os transtornos mentais como uma das principais causas para a concessão de benefícios pela previdência social, como por exemplo, auxílio doença e aposentaria por invalidez (MOURA et al., 2007; SOUZA et al., 2008).

No ano de 2006, segundo dados do DATASUS, considerando o capítulo V da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), ocorreram 5,49 óbitos por 100.000 habitantes no Brasil, cuja causa principal foram os transtornos mentais. Já em 2009, os valores encontrados subiram para 6,19/100.000 habitantes. Vale destacar que, neste cálculo, não foram computadas as mortes causadas por suicídios (RIBEIRO et al., 2012).

A Organização Mundial de Saúde e o CID 10 reconhecem ainda a ocorrência de morbidades psiquiátricas que apresentam sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes, e que sem um diagnóstico de transtorno mental específico, passam pelos serviços de saúde sem serem identificados e tratados (PILAN; BENSEÑOR, 2008).

Nesse conjunto de morbidades encontram-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC), conceito proposto por Goldberg e Huxley (1992) para os casos que apresentam sintomas não psicóticos, como distúrbios de ansiedade e depressão, além de dificuldade de concentração, esquecimento, insônia, fadiga e sensação de inutilidade. Tais sintomas podem causar incapacitação funcional próxima ou até com maiores danos se comparados a situações crônicas de saúde mental (MARAGNO et al., 2006; GIANINI et al., 2008; MOREIRA et al., 2011).

Mesmo os TMC não configurando como categoria nosológica da Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) e da CID-10 (MARAGNO et al., 2006; BANDEIRA et al., 2007) eles produzem impacto negativo

na vida social, em particular nos relacionamentos interpessoais e na qualidade de vida do indivíduo, podendo ser fator desencadeante de transtornos mentais mais graves (FIOROTTI et al., 2010) que acarretam prejuízos econômicos por gerar repetidas demandas aos serviços de saúde, queda de produtividade, levando ao absenteísmo, dentre outros custos social e individual (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002; SILVA; MENEZES, 2008).

No setor saúde, estudos recentes identificaram alta prevalência de TMC entre trabalhadores da Atenção Básica, estando relacionada à estrutura ocupacional, altas demandas psicológicas e baixa autonomia para lidar com o trabalho a partir de suas habilidades e conhecimentos (TOMASI et al., 2008; BRAGA et al., 2010; BARBOSA et al., 2012; DILÉLIO et al., 2012).

Uma das características desse tipo de trabalho é a indissociabilidade entre o produto e o processo que o produz (PIRES, 2000). Tal condição destaca a importância da saúde de quem cuida da saúde, visto que estes encontram-se diretamente envolvidos na produção de cuidado com o usuário, independente do campo de atuação. Esse envolvimento faz o trabalhador de saúde refletir a sua condição de usuário dos serviços que eles mesmos produzem.

Dentre os trabalhadores de saúde cujo cotidiano profissional caracteriza-se por envolvimento direto e permanente com o usuário, e por outras situações de vulnerabilidade à ocorrência de TMC, encontra-se o ACS (SILVA; MENEZES, 2008).

O ACS, em seu processo de trabalho, atua como elo que busca a confiança e o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade na produção de cuidado junto às famílias. Assim, em sua prática, eles necessitam de estratégias para alcançar seus objetivos, sobretudo a promoção da qualidade de vida e bem-estar da população.

Entretanto o fato de morar no território de atuação profissional gera muitas vezes constrangimentos, e ainda o faz vivenciar intenso envolvimento emocional com os usuários. Assim, o ACS, mesmo quando fora do seu expediente de trabalho, independente do dia e horário, encontra-se exposto constantemente a toda forma de sofrimento dos usuários (ROSA et al., 2012).

Estes profissionais, no cotidiano de seu processo de trabalho precisam construir novas ferramentas e desenvolver novas habilidades que possam ir além do conhecimento técnico, para atender as demandas, seja da comunidade, família ou usuário (GALAVOTE et al., 2011). Além disto, encontram-se ainda expostos a

fatores geradores de estresse ligados às condições de trabalho como falta de estrutura física e de material para desenvolvimento do trabalho, cobrança excessiva da população e da supervisão, e falta de apoio da equipe de saúde (SIMÕES, 2009).

Considerando que, nos últimos anos, dados epidemiológicos indicam um aumento da prevalência dos TMC entre os ACS, e levando em conta o custo social e a ausência de diagnóstico precoce deste agravo, emergiu a seguinte questão norteadora: Qual a prevalência e os fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Atenção Básica?

Acreditamos que ao respondê-la será possível melhor compreender o impacto que o processo de trabalho causa sobre a saúde mental dos ACS, e assim possibilitar aos gestores e trabalhadores da Atenção Básica acompanhar a evolução deste agravo, planejar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde destes profissionais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- ✓ Avaliar a saúde mental e condições de trabalho em Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Atenção Básica no município de Jequié-BA.

### **2.2 Objetivos específicos**

- ✓ Caracterizar aspectos gerais e ambientais do trabalho dos ACS;
- ✓ Estimar a prevalência de TMC em ACS que atuam na Atenção Básica;
- ✓ Identificar fatores associados ao TMC em ACS.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para dar suporte aos objetivos deste estudo optou-se por construir uma revisão de literatura a partir de quatro eixos norteadores: *(i)* Conceitos do TMC e instrumentos utilizados para seu rastreamento; *(ii)* Condições de vida e trabalho associadas a ocorrência de TMC; *(iii)* Aspectos epidemiológicos do TMC em trabalhadores da Atenção Básica; e por fim, *(iv)* O cotidiano do processo de trabalho, saúde e doença mental dos ACS e fatores associados aos TMC.

#### 3.1 Transtornos Mentais Comuns e instrumentos utilizados no seu rastreamento

Os TMC atingem mais de 25% da população do mundo, afetando pessoas de todas as idades, de ambos os sexos e de diferentes grupos sociais (WHO, 2002). Além destas variáveis verifica-se, também, a associação dos TMC com eventos vitais produtores de estresse, a exemplo do baixo apoio social e condições de vida e trabalho tais como baixa escolaridade, menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, informalidade nas relações de trabalho (COSTA; LUDERMIR, 2005). Estudos de base populacional apontam que a prevalência de TMC é influenciada por fatores biológicos, sociais, econômicos e demográficos (COSTA et al., 2002; LIMA et al., 2008) e tem sua variação entre 7% a 30% (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Segundo Goldberg e Huxley (1992), os manuais tradicionais de Psiquiatria, no geral, trazem imprecisões no diagnóstico dos transtornos mentais em função de uma classificação estanque das categorias nosológicas. Assim, o modelo tradicional da psiquiatria não consegue atender as diversas apresentações subsindrômicas que geram impasses diagnósticos pela sobreposição de sintomas ocorridos entre os usuários das Unidades Básicas de Saúde (ARÔCA, 2009).

Apesar da Atenção Básica pretender dar resolutividade a mais 80% dos problemas de saúde que surgem no território, inclusive de saúde mental, verifica-se que, no cotidiano das práticas, as equipes de saúde da família não possuem

capacitação adequada para lidar com pacientes com algum tipo de transtorno mental (FORTES; SPINETTI, et al., 2004).

A identificação dos TMC na população é essencial para planejar estratégias específicas de intervenção capazes de reduzir a morbidade e incapacidade do paciente, além de baixar os custos de tratamento. Neste sentido, dois instrumentos têm sido bastante utilizados para avaliar os TMC nas populações: o *General Health Questionnaire* (GHQ) e o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (VEGGI et al., 2004; SANTOS et al., 2009).

O GHQ é um questionário bem estabelecido para rastrear transtorno psiquiátrico não psicótico na população geral. É autoaplicável e foi elaborado com o objetivo de detectar doenças psiquiátricas não psicóticas (ZULKEFLY; BAHARUDIN, 2010). Na sua versão com 12 itens pode mensurar sentimentos de tensão, depressão, incapacidade de lidar com situações habituais, ansiedade e falta de confiança (VEGGI et al., 2004).

O SRQ-20 é um instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uso em países em desenvolvimento, e tem sido amplamente utilizado para suspeição diagnóstica dos TMC na atenção primária (MARAGNO et al., 2006; SILVA; MENEZES, 2008; BRAGA et al., 2010; BARBOSA et al., 2012; DILÉLIO, et al. 2012). Na versão brasileira, foram retiradas as quatro questões referentes aos distúrbios psicóticos, mantendo-se as vinte questões que caracterizam os sintomas não-psicóticos (SANTOS et al., 2009).

Em estudo realizado no Brasil para investigar as propriedades psicométricas do SRQ-20 entre trabalhadores, Santos et al. (2009) ao realizar análise fatorial para a validade de construto, consideraram que é possível estabelecer quatro grupos de sintomas conforme descrito no Quadro 1.

**Quadro 1** – Itens do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) distribuídos considerando os quatro grupos de sintomas.

<b>GRUPO DE SINTOMAS</b>	<b>QUESTÕES DO SRQ-20</b>
<b>Humor depressivo-ansioso</b>	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? Assusta-se com facilidade? Sente-se triste ultimamente? Você chora mais do que de costume?
<b>Sintomas somáticos</b>	Tem dores de cabeça frequentemente? Você dorme mal? Você sente desconforto estomacal? Você tem má digestão? Você tem falta de apetite? Tem tremores nas mãos?
<b>Decréscimo de energia vital</b>	Você se cansa com facilidade? Tem dificuldade em tomar decisão? Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas? O seu trabalho traz sofrimento? Sente-se cansado todo o tempo? Tem dificuldade de pensar claramente?
<b>Pensamentos depressivos</b>	Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida? Tem perdido o interesse pelas coisas? Tem pensado em dar fim à sua vida? Sente-se inútil em sua vida?

Fonte: Santos et al. (2009)

Assim, este estudo apontou um desempenho aceitável do SRQ-20 na avaliação dos TMC, sendo viável o seu uso para rastrear a saúde mental no âmbito ocupacional, considerando os aspectos relacionados às condições de trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador.

### **3.2 Condições de vida e fatores associadas à ocorrência de Transtornos Mentais Comuns**

Os TMC frequentemente estão associados às condições de vida e de trabalho como: escolaridade, posse de bens duráveis (casa, carro), condições de moradia, renda, ocupação e exclusão do mercado formal de trabalho (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006; LIMA et al., 2008; FARIAS; ARAÚJO, 2011). Diversos estudos também apresentam que o TMV associa-se a aspectos relacionados ao gênero feminino (ARAÚJO et al., 2005; ANSELMINI et al., 2008), raça negra (COSTA; LUDERMIR, 2005), baixo nível socioeconômico (COSTA et al., 2002; LIMA et al., 2008), uso de tabaco e álcool (COSTA et al., 2002; LIMA, 2004) e baixo nível de escolaridade (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006). A maior parte dessas pesquisas encontrou maior risco de TMC para pessoas

do sexo feminino, menor nível de escolaridade e baixa renda (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006).

Ao avaliar os TMC, considerando as condições de vida e inserção na estrutura ocupacional da população de adultos no município de Olinda-PE, verificou-se que a escolaridade e condições de moradia mantiveram-se associadas aos TMC. Estes dados ressaltam a importância da educação na vida do sujeito, pois proporciona aumento das opções de escolhas na vida, elevação da autoestima, construção de novos conhecimentos e, desta forma, viabiliza a saúde mental. (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Nesse sentido, o grau de escolarização reflete na qualificação dos indivíduos para certas ocupações, o que, por sua vez, influencia nas condições socioeconômicas futuras e na inserção na estrutura ocupacional. Por sua vez, a baixa escolaridade, a baixa renda e exclusão do mercado de trabalho proporcionam situações de estresse contribuindo para a produção dos TMC (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Em relação às condições de trabalho, as transformações, caracterizadas por redução dos benefícios sociais e de proteção do trabalhador, precarização do vínculo empregatício e baixos salários, também têm tido papel fundamental na conformação de um contexto pouco favorável aos TMC junto à saúde dos trabalhadores (FARIAS; ARAÚJO, 2011; MACHADO; KOSTER, 2011).

Essas mudanças geram situações de intenso estresse para os trabalhadores, sendo fatores de risco à saúde mental, onde a vivência e a exposição contínua e em níveis elevados de demandas ambientais, associadas à falta de recursos em geral (individuais, psicológicos, ambientais, sociais) e ampliam situações que podem ser nocivas aos trabalhadores (FARIAS; ARAÚJO, 2011).

Outro fator que causa danos à saúde mental do trabalhador é a desvalorização social causada pela situação de desemprego e da informalidade que reduz o poder de decisão, levando a sentimento de incapacidade. Trabalhadores manuais, informalmente inseridos no processo produtivo ou desempregados, apresentam maiores prevalências de TMC, sendo o fator associado à dificuldade financeira, principalmente para aqueles que já eram vulneráveis a esse tipo de transtorno por sua posição de classe (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Outro aspecto relevante na avaliação das condições de saúde e do trabalho é a dimensão psicossocial. A investigação sobre os aspectos psicossociais relativos

ao trabalho pode incluir várias características, dentre elas: baixo controle sobre o trabalho, tensão causada pelo ritmo acelerado, grande demanda quantitativa e qualitativa, impedimento de contatos e conflitos interpessoais, ausência de apoio social, baixa possibilidade de desenvolvimento, pressão ocasionada pelo controle automatizado, tarefas rotineiras e fragmentadas, monotonia e tédio (REIS et al., 2010).

Neste sentido, o Modelo Demanda-Controle (Job Strain Model), elaborado por Karasek (1979), vem sendo utilizado em diversos estudos (ARAÚJO et al., 2003a; BRAGA et al., 2010; FARIAS; ARAÚJO, 2011; PEREIRA, 2012) e tem como dimensões básicas as demandas psicológicas e o grau de controle sobre o próprio trabalho. O controle sobre o trabalho compreende dois aspectos: o uso de habilidades e a autoridade decisória; enquanto, a demanda psicológica é definida como as exigências psicológicas decorrentes das atividades realizadas (ARAÚJO et al., 2003b).

A demanda psicológica e o grau de controle são classificados segundo as categorias “alto” e “baixo”, onde a combinação delas resulta em quatro situações de trabalho: alta exigência (alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), baixa exigência (baixa demanda e alto controle) e trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) (KARASEK, 1979; ARAÚJO, et al., 2003b). Com base na combinação dessas duas dimensões, o modelo distingue situações de trabalho específicas que podem indicar riscos diferenciados à saúde (ARAÚJO et al., 2003b).

Considerando este modelo, Farias e Araújo (2011), ao pesquisar trabalhadores formais e informais, identificaram maior prevalência de TMC no trabalho de alta exigência (33,0%) quando comparado ao trabalho de baixa exigência. Dados que indicam altas demandas psicológicas em relação ao controle sobre as tarefas do trabalho foram encontrados em estudos com trabalhadores do setor saúde.

Braga et al. (2010) ao investigar os aspectos psicossociais e TMC em 378 trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP), verificaram que o número de trabalhadores submetidos à situação de demandas psicológicas elevadas foi de 73,5% da população estudada.

Farias e Araújo (2011) referindo-se às condições de vida e de trabalho destacaram a existência de fatores de agressão à saúde relacionadas às

características específicas do ambiente vivenciadas pelo indivíduo, onde estas condições diferem para cada contexto, assim como os riscos não se distribuem igualmente na sociedade.

No setor saúde, o tema tem sido alvo de investigações também entre trabalhadores que enfrentam dificuldades fora e dentro do trabalho, porém espera-se dos mesmos que jamais expressem junto aos usuários seus dilemas, mantendo-se serenos e dispostos ao cuidado (MEDEIROS et al., 2006). E, é justamente essa produção do cuidado que pode tornar-se fator de estresse capaz de conduzir o trabalhador de saúde a sofrimentos físicos e psicológicos, afetando a sua forma de cuidar.

### **3.3 Aspectos Epidemiológicos dos Transtornos Mentais Comuns entre os trabalhadores da Atenção Básica**

No Brasil, para atender estas populações dentro do novo modelo da Atenção Básica, vem ocorrendo uma expansão significativa de equipes multiprofissionais, incentivando a incorporação de novos trabalhadores que, por sua vez, impulsionou a força de trabalho existente no setor (BRASIL, 2007; JUNQUEIRA et al., 2010; MACHADO, KOSTER, 2011).

Dados sobre emprego na saúde revelam que dos empregos públicos (1.448.749) 7,3% estão na esfera federal, 23,9% na estadual e 68,8% na municipal (BRASIL, 2007). Essa expansão da força de trabalho reflete a reorganização do sistema de saúde que colocou a esfera municipal como principal gestora da maior parte dos serviços de saúde tendo como um dos eixos deste processo de reestruturação à Atenção Básica. Assim, com o processo de descentralização do Sistema de Saúde, a instância federal transfere a responsabilidade para os municípios para implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atendendo, em cada município, à diversidade de contextos e de problemas sociais de uma região e até mesmo em cada território em uma mesma região (BODSTEIN, 2002).

Considerada como principal porta de entrada do sistema de saúde, a Atenção Básica é caracterizada por ações de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde (COTTA et al., 2006). Além disso, ela favorece a aproximação do usuário dos serviços, por meio dos vínculos estabelecidos pelas equipes multiprofissionais.

Esses profissionais atuam em equipe, com populações de territórios bem delimitados, e estão diretamente envolvidos na produção de cuidado com as famílias da área de abrangência, independente do campo de atuação (BRASIL, 2011).

Cunha (2004) aponta dois aspectos que considera contraditórios no trabalho nesse nível de complexidade e que podem inibir o avanço no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS): um seria a complexidade dos diversos tipos de problemas enfrentados envolvendo aspectos de ordem política, econômica, biológica, psicológica, cultural, gerencial; e outro está ligado ao imaginário social e profissional que desvaloriza e simplifica esse mesmo trabalho.

Neste contexto de contradições, muitas vezes, os trabalhadores de saúde tem que lidar com problemas que fogem a sua atuação na Atenção Básica à saúde, com deficiências dos demais níveis do sistema de saúde e demanda de outros setores para responder as necessidades daqueles que procuram o serviço. Sabe-se também da necessidade de se desenvolver múltiplas habilidades e incorporar tecnologias bastante complexas para superar os desafios que se colocam no cotidiano do trabalho. As demandas de problemas a serem enfrentados no serviço são superiores às condições de trabalho, trazendo sentimentos de incapacidade ao trabalhador, o que pode causar riscos à saúde do mesmo (BRAGA et al., 2010).

Estudo realizado no ano de 2004 com trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, identificou que estes trabalhadores percebem como inadequadas as seguintes condições de trabalho: ambiente físico (38%); aspectos relacionados às tarefas (46%); relações institucionais (34%); relações pessoais (37%) (TOMASI et al., 2007).

Corroborando com estes resultados, estudo realizado com equipes de saúde da atenção básica em 41 municípios do país (regiões Sul e Nordeste) identificou que 46% dos trabalhadores consideraram o ambiente físico das UBS inadequado (TOMASI et al., 2008). Ainda segundo os autores, as condições de trabalho, considerando as relações pessoais, foram julgadas inadequadas em 90% da amostra no sul e 95% no Nordeste, sem que houvesse diferença entre os modelos de atenção dessas duas regiões.

Esse tipo de situação produz vulnerabilidade social para os trabalhadores, termo definido como “um estado de elevada exposição a determinados riscos ou incertezas, combinados com uma capacidade diminuída para proteger-se ou

defender-se deles e para fazer frente a suas consequências negativas” (OIT, 2003, p.43).

Por conta disso, diversas categorias profissionais de saúde vêm apresentando elevadas prevalências de problemas de saúde, inclusive de saúde mental (ARAÚJO, et al., 2003a; TOMASI et al., 2008), e podem ainda afetar a qualidade da atenção à saúde dispensada à população (WEST, 2001; FRITZEN, 2007).

No que se refere, a saúde mental Pesquisas nacionais e internacionais têm apontado elevadas prevalências de TMC nos diversos grupos populacionais (LIMA et al., 2008; MOREIRA et al., 2011). No contexto internacional, percebe-se que a prevalência tem variado de 24,6% a 45,3% (PUERTAS et al., 2006), e no Brasil os dados apontam valores acima de 35% (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

A prevalência de TMC foi de 16% para os trabalhadores de equipes de saúde da Atenção Básica, sendo esta prevalência semelhante entre as regiões Sul e Nordeste do Brasil, estando entre as doenças mais prevalentes nessa amostra de trabalhadores (TOMASI et al., 2008).

Pesquisa realizada em Botucatu-SP identificou que as condições de trabalho na Atenção Básica têm favorecido o adoecimento destes trabalhadores, sendo a prevalência de TMC de 42,6%. Neste estudo, os autores não identificaram diferença significativa entre a prevalência de TMC nas categorias profissionais pesquisadas. Porém, ao considerar a escolaridade, constataram que a prevalência de TMC foi maior em trabalhadores de nível médio (46,5%) quando comparadas aos de nível superior (34,1%) (BRAGA et al., 2010).

Estudo recente também realizado em cidades das regiões Sul e Nordeste do Brasil identificou, em trabalhadores da Atenção Básica, uma prevalência de TMC de 17%. No entanto, ao analisar separadamente as diferentes categorias profissionais, verificou maior prevalência entre trabalhadores de nível médio (18,8%) e agentes comunitários de saúde (18,4%), e menor prevalência entre os que possuem nível superior (10%) (DILÉLIO et al., 2012).

Estudo conduzido no município de São Paulo-SP verificou uma prevalência de TMC em ACS de 43,3% (SILVA e MENEZES, 2008). Ainda em pesquisa realizada com ACS na cidade de Uberlândia, MG, a maioria desses trabalhadores (41,41%) apresentou sintomas de ansiedade, sendo que 75,0% deles indicaram grau de ansiedade moderado e 17,2% apresentaram grau de ansiedade grave,

sugerindo que as características específicas da profissão produzem sofrimento psíquico (RESENDE et al., 2011).

Assim, a elevada ocorrência de TMC entre estes trabalhadores suscita a necessidade de estratégias de intervenção no cotidiano desses indivíduos, visto que a ação destes está permeada de demandas que exigem habilidades técnicas e de relacionamentos interpessoais gerando conflitos e desgaste emocional.

### **3.4 Cotidiano do trabalho, saúde e doença mental em Agentes Comunitários de Saúde**

A partir das recomendações do encontro de Alma-Ata e da necessidade de substituição do modelo curativo pelas ações de promoção à saúde, o nível local passou a ser visto como espaço privilegiado para a Atenção Básica. Esse contexto levou o Brasil a se deparar com a necessidade de buscar estratégias para reestruturar esse nível de atenção em saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2010; ÁVILA, 2011a; ÁVILA, 2011b;). Dentre elas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Essas estratégias, ESF e PACS, com atuação em área geográfica bem definida, visam ações junto às famílias com entendimento mais abrangente do cuidado acerca do processo saúde-doença. Ambas as estratégias possuem em comum, nas suas equipes, a figura do ACS, que surge como:

[...] um ator instigante no que se refere às trocas estabelecidas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos, pela posição que ocupa de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde. (FERREIRA et al., 2009, p. 898).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado como um dos sujeitos principais na implantação do PACS e da ESF, entretanto, o percurso de regulamentação de sua profissão foi demorado. O PACS foi criado em 1991 e a ESF em 1994, entretanto somente em 1997 suas atribuições foram definidas, pela Portaria nº. 1.886 (BRASIL, 1999). No ano de 1999, o Decreto nº. 3.189 fixou as diretrizes para o exercício de sua atividade (BRASIL, 2011). Somente em 2002 aconteceu a regulamentação da profissão, com a promulgação da Lei nº. 10.507 (BRASIL, 2007).

A ação dos ACS não é algo novo, grupos religiosos, organizações não governamentais ou até mesmo programas emergenciais do governo, ao longo do

tempo, vêm formando pessoas com a finalidade de suprir necessidades de saúde das comunidades em situação de risco, com base em uma visão de solidariedade (TELLES; PIMENTA, 2009; ÁVILA, 2011a; ÁVILA, 2011b).

Nesse contexto de origem, o emprego de ACS surgiu como mão-de-obra muitas vezes não capacitada com o objetivo de suprir as necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica e de saúde, além de realizar atividades destinadas a reduzir os indicadores de morbi-mortalidade, principalmente na infância (ÁVILA, 2011b).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os ACS exercem as seguintes ações: serve de ponte entre a comunidade e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), alargando a capacidade de cuidado da equipe multiprofissional; possui o território e a família como foco de preocupação e de trabalho; exerce a vigilância à saúde; promove a mobilização comunitária e atividades de educação em saúde comprometida com a ampliação da autonomia dos usuários (BAHIA, 2007). Diferente do trabalho dos demais membros da equipe da ESF, o ACS se envolve com situações de saúde/doença, educação/informação, prevenção/assistência, em contato direto e constante com a comunidade.

Na execução de suas atividades, o ACS mantém relação com o usuário e a equipe multiprofissional, em um contexto permeado de emoções e afetos, que apesar dos procedimentos técnicos, podem desencadear sentimentos ambíguos e conflitos entre os envolvidos (TELLES; PIMENTA, 2009; BRAND et al., 2010). Tais sentimentos podem desencadear nesse trabalhador da saúde a sensação de inadequação, insatisfação, sentimentos de ansiedade, e incapacidade para resolver demandas que, muitas vezes, estão fora de sua competência (SILVA; MENEZES, 2008; TELLES; PIMENTA, 2009).

Um das razões que explicam esses problemas são os conflitos gerados por atuar no território de sua residência – no lugar onde seu convívio social é o mesmo de suas atividades de produção do cuidado. Nesse espaço, o ACS recebe todo tipo de demandas o que pode levar o ACS desde sentimentos de onipotência aos de frustração (BACHILI et al., 2008; SILVA; MENEZES, 2008).

Esses conflitos somados à própria identificação do ACS com os problemas sociais de sua realidade gera, nesses trabalhadores, intenso sofrimento (SILVA et al., 2012). Além de lidar com o complexo mundo das famílias assistidas também entra em confronto com a equipe de saúde na busca de agir conforme as

possibilidades e limites impostos pela estrutura da ESF e do sistema de saúde (BACHILI et al., 2008; PERES et al., 2011)

Diante disso, os tensionamentos sociais e psíquicos do cotidiano de trabalho dos ACS são provocados pelas dificuldades desse profissional para lidar com a linha tênue entre a fronteira de sua vida pessoal e da profissional. Ademais, “definir seus limites e possibilidades gera grande sofrimento para esses trabalhadores, pois eles são os primeiros depositários das insatisfações da comunidade” (SILVA et al., 2012, p. 158).

Associado a isto, as situações de violência presente no ambiente de trabalho do ACS é causadora de sofrimento. Exemplo disso são as condições de insegurança física e de falta de proteção geradas pela demanda de problemas complexos de saúde e doença, e, por muitas vezes, se tornarem depositários de informações sigilosas capazes de os colocarem em risco de morte (FORTES; SPINETTI, 2004; SOUZA; FREITAS, 2011; GALAVOT et al., 2011).

A violência organizada por gangues e narcotráfico nas comunidades de atuação levam os ACS a vivenciar sentimentos de medo e insegurança, pressões sofridas no dia-a-dia decorrente do envolvimento com a população assistida. Tais circunstâncias provocam adoecimento físico e mental, sendo fator de desmotivação para o exercício da profissão (SOUZA; FREITAS, 2011).

A exposição constante a riscos à segurança, tais como a violência, as desigualdades, os confrontos e as impotências cotidianas, sem a possibilidade de acesso a ferramentas de enfrentamento podem servir de fatores desencadeantes de sintomas de estresse, gerando uma alteração no equilíbrio interno do organismo, resultando, dentre outros sintomas, em insônia, perda da memória, irritabilidade e sensibilidade emotiva aumentada (LUNARDELO, 2004).

Ressalta-se ainda a ansiedade, que também pode trazer diversos sintomas físicos e psíquicos, dentre eles sensações de medo, sentimentos de insegurança, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal, tensão muscular causando dor, tremor e inquietação e desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autonômico (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Esta ansiedade pode indicar resposta do indivíduo aos eventos externos ou surgir devido ao medo ou insegurança, atuando como mecanismo de defesa frente à uma ameaça externa ou imaginária (RESENDE et al., 2011), pois o ACS diante de

situações de sofrimento humano de sua comunidade tem pressa de resolver o problema porque teme também adoecer (SOUSA, 2007).

Outro agravo à saúde bastante comum entre estes trabalhadores é a Síndrome de Burnout (TELLES; PIMENTA, 2009; MAIA et al., 2011), que é caracterizada por sentimentos de fracasso e incapacidade, e tem na exaustão emocional, seu principal componente, que é representada por uma sensação de desânimo, fraqueza e falta de energia aliada ao sentimento de incapacidade de lidar com as atividades rotineiras da prática laboral (TELLES; PIMENTA, 2009).

Diante disso destaca-se a relevância desse profissional para obter conhecimentos em sua formação acerca dos riscos inerentes ao seu processo de trabalho e das limitações de sua função, sendo esta compreensão importante forma de prevenção das manifestações de sofrimento físico e mental (MAIA et al., 2011).

Pelo exposto, reconhece-se a importância de mais estudos sobre as condições de trabalho, saúde e adoecimento dos ACS, uma vez que o exercício de seu trabalho coloca-o frente a condição insalubre, capaz de produzir sofrimento físico e mental, constituindo-se uma contradição: o trabalhador que é produtor de cuidado e que, devido às condições para concretizar o seu trabalho, torna-se alvo de cuidado.

Este estudo pretende contribuir com essa produção de conhecimento e assim subsidiar a elaboração de políticas de cuidado e de valorização dos Agentes Comunitários de Saúde.

## **4 METODOLOGIA**

Este projeto de pesquisa faz parte de um projeto multicêntrico intitulado “*Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia*”, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UESF), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) por meio do edital Pesquisas Prioritárias para o SUS (PPSUS) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), edital Universal.

No município de Jequié-BA, coube ao Núcleo de Estudos em Saúde da População (NESP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) coordenar o estudo nesse município.

### **4.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de um inquérito epidemiológico, de corte transversal, censitário, que objetivou estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam na Atenção Básica (AB) no município de Jequié-BA.

Os inquéritos são empregados para avaliar simultaneamente a exposição e o agravo à saúde em grupos semelhantes da população em um dado período do tempo (ROUQUAYROL, 1994). Dentre as vantagens deste tipo de estudo estão a facilidade de execução, o baixo custo, a possibilidade de oferecer informações relevantes, o tempo e custo reduzidos, a possibilidade de detectar grupos de risco e fatores associados, fornecendo assim subsídios para posterior intervenção.

### **4.2 Campo de estudo:**

O município de Jequié-BA está situado na região Sudoeste do Estado da Bahia, distante 365 quilômetros de Salvador, capital do estado, e compreende uma área territorial de 3.035,42 Km<sup>2</sup>, constituída de uma população de aproximadamente 151.921 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,694; Índice de pobreza de 48,95% e Índice Gini de 0,49 (IBGE, 2010).

Foram incluídas no estudo todas as Unidades de Saúde da Família (USF) e Centros de Saúde (CS) onde havia ACS atuando.

O município possui Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e todos os ACS são servidores municipais em Regime Estatutário, com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Jequié-BA conta com dezoito USF e quatro CS (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição das Unidades de Saúde da Família considerando o número de equipes da Estratégia de Saúde da Família e os Centros de Saúde de Jequié, segundo o bairro e região.

UNIDADE DE SAÚDE	TIPO	EQUIPES	BAIRRO	REGIÃO
Amando Borges	USF	1	Jequiezinho	Água Branca
Antônio Carlos Martins	USF	1	São Judas Tadeu	
Aurélio Schiarreta I, II e III	USF	3	Itaigara	
Gilson Pinheiro	USF	1	Jequiezinho	Alto Boa Vista
Gizerlando I e II	USF	2	Jequiezinho	Pau Ferro
Idelfonso Guedes	USF	1	Joaquim Romão	
Isa Borges	USF	1	Km 3	
Isabel Andrade	USF	1	Distrito Florestal	
João Caricchio Filho	USF	1	Amaralina	
José Maximiliano I e II	USF	2	Jequiezinho	Urbis IV
Rubens Xavier I e II	USF	2	Joaquim Romão	Alto da Bela Vista
Milton Rabelo I e II	USF	2	Km 4	
Odorico Mota	USF	1	Joaquim Romão	
Pe. Hilário I e II	USF	2	Jequiezinho	Inocoop
Senhorinha Ferreira de Araújo	USF	1	Curral Novo	
Tania Brito	USF	1	Joaquim Romão	Cansanção
Vírgilio Tourinho I e II	USF	2	Cidade Nova	
Waldomiro Borges	USF	1	Distrito Itajuru	
Almerinda Lomanto	CS		Joaquim Romão	
Jequié	CS		Campo do América	
Júlia Magalhães	CS		Jequiezinho	
Sebastião Azevedo	CS		Mandacaru	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (2012).

Entre as USF, duas (02) estão localizadas na zona rural (Itajuru e Florestal). Os distritos de Monte Branco e Boaçu possuem “postos” de saúde/atendimento (Figura 2).

**Figura 1** – Distribuição das Unidades de Saúde da Família por bairros no município de Jequié.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (2011).

**Figura 2** – Distribuição das Unidades de Saúde da Família e Centros de Saúde na zona rural do município de Jequié.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (2011).

#### 4.3 População de estudo:

Foi solicitada à Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde a lista contendo o nome e local de trabalho de todos os ACS em efetivo exercício profissional na Atenção Básica no município de Jequié-BA, sendo identificados 343 ACS.

Foram excluídos do estudo os ACS que estavam em licença médica, licença maternidade e afastamento administrativo, bem como aqueles não localizados após três visitas ao seu local de trabalho.

Assim, a amostra foi composta por 280 ACS, tendo ocorrido uma perda de 63 indivíduos. A taxa de resposta foi de 81,63%.

#### 4.4 Instrumento da Pesquisa

Este estudo utilizou parte do questionário elaborado para o projeto “*Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia*”, elaborado a partir de instrumentos validados para pesquisas na área de Saúde do Trabalhador no Brasil.

Por se tratar de um subprojeto, neste estudo utilizaram-se os seguintes dados do questionário (ANEXO A) para atender os objetivos propostos, conforme descritos abaixo:

- a) Bloco 1 – Identificação geral:** deste tópico retiraram-se dados referentes a sexo, idade, presença e quantidade de filhos, situação conjugal, escolaridade, raça/cor da pele.
- b) Bloco 2 – Informações sobre o trabalho:** deste tópico retiraram-se dados referentes ao tempo de trabalho no cargo, tempo de trabalho no serviço público, tempo de trabalho na unidade atual, treinamento ou curso de qualificação durante o exercício do cargo e no decorrer do exercício do cargo.
- c) Bloco 3 – Informações sobre o ambiente de trabalho:** deste tópico retiraram-se dados referentes a recursos técnicos e equipamentos disponíveis ao trabalho, a relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis para a sua realização; treinamento no início e durante o exercício do cargo; existência e utilização de equipamentos de proteção.
- d) Bloco 4 – Características Psicossociais do trabalho:** deste tópico retiraram-se as características psicossociais do trabalho as quais foram avaliadas por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ), um instrumento desenvolvido de acordo com o Modelo Demanda-Controle, proposto por Karasek (1979), cuja finalidade é avaliar a relação entre o estresse ocupacional e agravos à saúde, que neste estudo foram os TMCs. A versão recomendada desse instrumento possui 49 questões que permitem construir indicadores para

cinco categorias de aspectos psicossociais: controle do trabalhador sobre suas atividades, demandas psicológicas, suporte social, demandas físicas e insegurança no trabalho (JCQ CENTER, 2004).

O Modelo Demanda-Controle tem como dimensões principais a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho, onde a combinação destas dimensões resulta em categorias diferentes para o adoecimento mental (ARAÚJO et al., 2003a; ARAÚJO et al., 2003b).

Na construção da dimensão demanda psicológica efetuou-se o somatório dos valores dos aspectos relacionados ao ritmo de trabalho, tempo para realização das tarefas, tarefas conflitantes, trabalho duro e volume excessivo de trabalho (JCQ CENTER, 2004). Após o somatório e com base na mediana, a variável foi dicotomizada: os valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixa demanda e, os acima, como alta demanda.

No que se refere ao controle sobre o próprio trabalho incluiu duas dimensões, o uso de habilidades e autoridade decisória (JCQ CENTER, 2004). O controle sobre o próprio trabalho foi construído a partir do somatório dos itens relativos a essas duas dimensões e dicotomizadas com base na mediana: os valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixo controle e, os acima, como alto controle.

As demandas psicológicas e o grau de controle foram classificados segundo as categorias “alto” e “baixo”, onde a combinação delas resultaram em quatro situações de trabalho: alta exigência (alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), baixa exigência (baixa demanda e alto controle) e trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) (KARASEK, 1979; ARAÚJO, et al., 2003b).

Para o suporte social foram incluídos dois aspectos: o suporte social dos colegas e do supervisor (JCQ CENTER, 2004). O suporte social foi construído a partir do somatório dos itens relativos a essas duas dimensões e dicotomizados com base na mediana: os valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixo suporte social e, os acima, como alto suporte social.

Ainda foram utilizados os aspectos referentes à satisfação relacionados a capacidade para o trabalho, relações interpessoais e satisfação pessoal categorizados em insatisfeito e satisfeito.

**e) Bloco 5 – Atividades domésticas e hábitos de vida:** deste tópico retiraram-se dados referentes à sobrecarga doméstica através dos procedimentos adotados por Aquino (1996) que corresponde ao somatório dos valores dos escores correspondentes a quatro tarefas domésticas básicas como cozinhar; limpar; lavar e passar roupa, ponderados pelo número de moradores na casa, exceto a própria pessoa entrevistada  $[(\Sigma \text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (M-1)]$  (ARAÚJO et al., 2003a). A sobrecarga doméstica foi dicotomizada com base nos tercís da distribuição obtida: baixa sobrecarga (correspondeu aos valores iguais ou abaixo do segundo tercil) e alta sobrecarga doméstica (valores acima do segundo tercil).

Ainda foram utilizados aspectos referentes às atividades regulares de lazer e de exercícios físicos.

Neste bloco, também foi utilizado o CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas - Cutdown, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener) que por meio do ponto de corte de duas respostas afirmativas sugere triagem positiva para abuso ou dependência de álcool (AMARAL; MALBERGIER, 2004).

Também foram utilizados os dados referentes aos aspectos relacionados ao uso de tabaco.

**f) Bloco 7 – Aspectos relacionados à saúde:** deste tópico retiraram-se dados referentes à detecção dos sintomas relacionados ao TMC avaliados pelo SRQ-20. A cada questão é atribuído o valor 1 quando o sintoma está presente e zero quando ausente, tomando-se como referência os últimos trinta dias à entrevista. Foi considerado um portador de TMC, quem respondeu sete ou mais respostas afirmativas para os sintomas avaliados (SANTOS et al., 2010).

Dados sobre o estado de saúde, autoreferida, foi retirada deste bloco, sendo dicotomizadas em bom (muito bom; bom); e ruim (regular; ruim; e muito ruim).

**g)** Retiraram-se a renda mensal.

#### **4.5 Procedimentos para a coleta de dados**

Este subprojeto de pesquisa foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA (ANEXO B) sendo firmado um termo de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Jequié, Coordenador do estudo multicêntrico e pesquisadores da UESB responsáveis pela coleta de dados no município.

A coleta dos dados foi padronizada: uma oficina teórico-prática com a coordenadora da pesquisa para a padronização dos procedimentos e condutas do trabalho de campo. Em seguida solicitou-se à coordenação da Atenção Básica, do município de Jequié, BA, a relação nominal dos ACS e os respectivos endereços dos locais de trabalho.

Posteriormente ocorreu o agendamento por telefone, visitas aos locais de trabalho dos ACS, e, na ocasião, foram esclarecidos os objetivos do estudo, os procedimentos de coleta de dados e o destino dos resultados.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de janeiro e agosto de 2012.

Os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

#### **4.6 Definição das variáveis:**

Foram avaliadas as seguintes variáveis e categorias:

##### **Variável de desfecho:**

Transtornos Mentais Comuns (TMC), avaliados pelo SRQ-20.

##### **Variáveis de exposição:**

###### **I. Sociodemográficas:**

- Sexo:
  - ✓ Feminino;
  - ✓ Masculino.
- Idade (avaliada em anos completos):
  - ✓ Até 40 anos;
  - ✓ > 40 anos.

- Presença de filhos:
  - ✓ Sim;
  - ✓ Não.
- Quantidade de filhos: avaliada pelo numero total de filhos.
- Situação conjugal:
  - ✓ Solteiro(a)/ Viúvo(a)/ Divorciado(a)/ separado(a)/ desquitado(a);
  - ✓ Casado (a)/ união estável.
- Escolaridade
  - ✓ Até Ensino Médio (1ª a 8ª série, 1º ao 3º ano, ensino técnico; Ensino Superior incompleto);
  - ✓ Ensino Superior completo.
- Raça/cor da pele:
  - ✓ Branca/Amarela/Oriental/Indígena;
  - ✓ Parda/Preta.
- Renda mensal (valor total dos rendimentos do mês na moeda correte):
  - ✓ Até R\$ 670,00;
  - ✓ > R\$ 670,00.

## II. Características ocupacionais do trabalho:

- Tempo de trabalho no cargo:
  - ✓ Até 9 anos;
  - ✓ > 9 anos.
- Trabalho de trabalho na unidade atual:
  - ✓ Até 9 anos;
  - ✓ > 9 anos.
- Treinamento para exercer o cargo:
  - ✓ Sim;
  - ✓ Não.
- Treinamento durante o exercício do cargo:
  - ✓ Sim;
  - ✓ Não.

### III. Condições de trabalho:

- Recursos técnicos e equipamentos disponíveis ao trabalho:
  - ✓ Satisfatórios (satisfatórios e razoáveis);
  - ✓ Insatisfatórios (precários).
- Existência de equipamento de proteção:
  - ✓ Sim;
  - ✓ Não.
- Utilização de equipamento de proteção:
  - ✓ Sim;
  - ✓ Não.
- Fornecimento de equipamento de proteção:
  - ✓ Sim;
  - ✓ Não.
- Relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis para a sua realização:
  - ✓ Bom (boa; regular);
  - ✓ Ruim (ruim; muito ruim).
- Deslocamentos diários:
  - ✓ Até 5 quarteirões;
  - ✓ > 5 quarteirões.
- Pausas para descanso durante o trabalho:
  - ✓ Sim;
  - ✓ Não.
- Mora na microárea:
  - ✓ Sim;
  - ✓ Não.

### IV. Aspectos psicossociais;

- Controle sobre o trabalho:
  - ✓ Alto;
  - ✓ Baixo.
- Demandas psicológicas:
  - ✓ Alta;
  - ✓ Baixa.

- Modelo Demanda-Controle:
  - ✓ Alta exigência (alta demanda; e baixo controle);
  - ✓ Baixa exigência (baixa demanda; e baixo controle);
  - ✓ Trabalho ativo (alta demanda; e alto controle);
  - ✓ Trabalho passivo (baixa demanda; e alto controle).
- Suporte social:
  - ✓ Alto;
  - ✓ Baixo.
- Satisfação com a capacidade para o trabalho:
  - ✓ Satisfeito (nem insatisfeito, nem satisfeito; satisfeito; muito satisfeito);
  - ✓ Insatisfeito (muito insatisfeito; insatisfeito).
- Satisfação com as relações pessoais:
  - ✓ Satisfeito (nem insatisfeito, nem satisfeito; satisfeito; muito satisfeito);
  - ✓ Insatisfeito (muito insatisfeito; insatisfeito).
- Satisfação consigo mesmo:
  - ✓ Satisfeito (nem insatisfeito, nem satisfeito; satisfeito; muito satisfeito);
  - ✓ Insatisfeito (muito insatisfeito; insatisfeito).
- I. Sobrecarga doméstica:
  - Alta;
  - Baixa.
- II. Estilo de vida:
  - Lazer:
    - ✓ Sim;
    - ✓ Não.
  - Uso de tabaco:
    - ✓ Não fumante (não fumante);
    - ✓ Fumante (fumante atual/ex-fumante).

- Problemas com o abuso de álcool;
  - ✓ Sim;
  - ✓ Não.

III. Estado de saúde autoreferida:

- Boa (muito bom; bom; Regular);
- Ruim (ruim; e muito ruim).

#### **4.7 Tabulação dos dados**

Os dados foram tabulados com auxílio do software EpiData, versão 3.1 (LAURITSEN et al., 2002) utilizando números absolutos e inteiros, codificados a partir do questionário. Para controle da qualidade dos dados foi realizado dupla digitação, visando reduzir ao máximo os erros de digitação.

Em seguida, os bancos foram comparados e analisados a existência de erros de digitação (dados conflitantes). Em seguida, fez-se a correção dos dados conflitantes com consulta ao questionário.

Após essa etapa, foi realizada a conferência pós-tabulação, onde se revisou o banco, procurando identificar erros de digitação, valores extremos e valores incompatíveis com os códigos existentes.

#### **4.8 Procedimentos para análise dos dados**

A caracterização da população foi analisada por meio de frequências absolutas e relativas, para as variáveis categóricas; e média, desvio padrão, valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. Calculou-se a prevalência de TMC, e em seguida, foram descritas as frequências de respostas positivas ao evento. As análises uni e bivariadas foram realizadas com o auxílio do programa estatístico “Social Package for the Social Sciences – SPSS”, na versão 21.0.

Para verificar quais fatores estão mais associados à presença de TMC procedeu-se uma análise exploratória de fatores, conforme Harman e Jones (1966), utilizando-se o pacote psych (Revelle, 2013) do software R Core Team (2013). O ponto de corte foi de 0,75.

#### **4.9 Aspectos éticos da pesquisa com seres humanos**

Este projeto cumpriu as exigências éticas, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UEFS, protocolo de nº 267/2009 (CAAE: 0086.0.0059.000-09) (ANEXO D).

Os profissionais selecionados para o inquérito foram informados dos objetivos da pesquisa e, após os devidos esclarecimentos aceitaram participar do estudo mediante assinatura do TCLE. A participação foi de caráter voluntário, sendo garantido o sigilo dos informantes, bem como assegurado que os nomes não serão divulgados em publicações e demais produtos obtidos, garantido o anonimato das informações.

## 5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados por meio de dois manuscritos no formato de artigos científicos, elaborados de acordo com as normas de submissão para autores da revista selecionada. Os manuscritos apresentam os seguintes títulos e objetivos:

- I. Condições de vida, saúde e trabalho de Agentes Comunitários de Saúde – Objetivo: descrever as condições de vida, de saúde e aspectos psicossociais do trabalho em Agentes Comunitários de Saúde de Jequié/BA, Brasil.
- II. Transtornos Mentais Comuns em Agentes Comunitários de Saúde em um município do interior da Bahia – Objetivo: Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Agentes Comunitários de Saúde e identificar os fatores associados.

Estes manuscritos levam em consideração o objetivo principal de Avaliar a saúde mental e condições de trabalho em Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Atenção Básica no município de Jequié-BA.

### **5.1 Manuscrito 1: CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Este manuscrito será submetido à Revista *Physis* do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) elaborado conforme as instruções para autores da revista disponíveis em:

→ <http://www.scielo.br/revistas/physis/pinstruc.htm>, acessado em outubro de 2012.

## CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE\*

Débora Cristiane Silva Flores Lino<sup>1</sup>  
Cezar Augusto Casotti<sup>2</sup>

### RESUMO

Estudo transversal e exploratório que teve por objetivo descrever as condições de vida, de saúde e aspectos psicossociais do trabalho em Agentes Comunitários de Saúde de Jequié/BA, Brasil. A caracterização da população procedeu por meio de frequências absolutas e relativas, e conduzidas análises bivariadas para as características das condições de trabalho por grupos do modelo demanda-controle. Os resultados apontaram predomínio de comportamentos de vida saudáveis, contudo com elevadas prevalências de TMC, varizes, lombalgia e rinite. A maioria dos ACS apontou como insatisfatórias as condições de trabalho. No tocante aos aspectos psicossociais, o modelo demanda-controle identificou um percentual mais elevado de trabalhadores em situação de trabalho passivo e com baixo suporte social. Assim, a produção de conhecimento gerado poderá abrir possibilidades para criar estratégias eficazes para a proteção e promoção da saúde destes trabalhadores viabilizando também uma melhor assistência às populações atendidas.

**Palavras-chave:** Agentes Comunitários de Saúde; Aspectos Psicossociais; Atenção Primária à Saúde; Saúde do trabalhador.

---

\* Artigo originado a partir da dissertação intitulada “Saúde mental e condições de trabalho entre Agentes Comunitários de Saúde” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

<sup>1</sup>Psicóloga. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Endereço eletrônico: floreslino@ig.com.br

<sup>2</sup>Odontólogo. Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Docente do Departamento de Saúde e do PPGES da UESB. Endereço eletrônico: cacasotti@uesb.edu.br

## INTRODUÇÃO

A partir das recomendações do encontro de Alma-Ata e da necessidade de substituição do modelo curativo para as ações de promoção à saúde, o nível local passou a ser visto como espaço privilegiado para a Atenção Básica. Esse contexto levou o Brasil a buscar estratégias para reestruturar esse nível de atenção a saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011) .

Entre as estratégias utilizadas para fortalecer a Atenção Básica estão o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Destaca-se que os dois programas possuem em suas equipes a figura do Agente Comunitário de Saúde, trabalhadores que atuam como ponte entre a equipe multiprofissional e a comunidade (FERREIRA et al., 2009).

Em seu processo de trabalho, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) está inserido em um contexto permeado de emoções e afetos que podem desencadear sentimentos ambíguos e conflitos entre os envolvidos, a exemplo, a sensação de inadequação, insatisfação, ansiedade e incapacidade para resolver demandas que, muitas vezes, estão fora de sua competência (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

Estes sentimentos podem causar danos à sua saúde (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010), tanto física como psíquica (DILÉLIO et al., 2012). Neste sentido, a situação de adoecimento pode afetar não só sua qualidade de vida como prejudica a atenção dispensada à população (WEST, 2001; FRITZEN, 2007).

Aspectos relacionados ao trabalho e saúde mental tem sido alvo de pesquisas, inclusive entre ACS (DILÉLIO et al., 2012; VOGT et al., 2012). Estes trabalhadores, em seu cotidiano laboral, se envolvem direta e permanentemente com o usuário no enfrentamento de situações complexas deixando este trabalhador vulnerável ao adoecimento mental.

Para avaliar a relação entre o estresse ocupacional e agravos à saúde Karasek, em 1979, propôs o Modelo Demanda-Control para mensurar as dimensões de demanda psicológica e o grau de controle sobre o próprio trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). O controle sobre o trabalho compreende dois aspectos: o uso de habilidades e a autoridade decisória; a demanda psicológica é

definida como as exigências psicológicas decorrentes das atividades realizadas (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A dimensão demanda psicológica e controle sobre o trabalho combinadas entre si formam o Modelo Demanda-Controle que passa a indicar situações de trabalho específicas levando a riscos diferenciados à saúde do indivíduo, tanto no aspecto físico como mental (ARAÚJO et al., 2003). Outro aspecto psicossocial importante é o suporte social para realizar as atividades de trabalho, abrangendo dois aspectos: o suporte social recebido por parte dos colegas e do supervisor.

Considerando que as condições de trabalho destes trabalhadores os expõem a situações insalubres, capaz de produzir sofrimento físico e mental, o presente estudo objetivou descrever as condições de vida, de saúde e aspectos psicossociais em ACS de Jequié, Bahia, Brasil.

## **MÉTODO**

Estudo epidemiológico de corte transversal, censitário, que faz parte do projeto multicêntrico intitulado “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde da Bahia”.

Este subprojeto foi realizado com Agentes Comunitários de Saúde das dezoito Unidades de Saúde da Família e quatro Centros de Saúde do município de Jequié-BA. O município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, e todos os ACS eram servidores municipais em Regime Estatutário, e possuíam jornada de trabalho de 40 horas semanais.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de janeiro e agosto de 2012. Previamente solicitou-se a Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA uma relação com nome e local de trabalho de todos os ACS em efetivo exercício profissional. Foram excluídos do estudo os ACS que estavam em licença médica, licença maternidade e afastamento administrativo e aqueles não localizados após três visitas ao seu local de trabalho.

Para a realização deste estudo utilizou-se parte do questionário do projeto “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde da Bahia” composto por oito blocos com informações sociodemográficas, características do trabalho, ambiente de trabalho, aspectos psicossociais, atividades domésticas, hábitos de vida, capacidade para o trabalho, situação de saúde, atos de

violência. Os instrumentos utilizados foram validados para pesquisas na área de saúde do trabalhador no Brasil.

A variável demanda psicológica, controle sobre o trabalho e suporte social, dimensões psicossociais do trabalho, foram avaliadas por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ, 2004).

Na construção da dimensão demanda psicológica efetuou-se o somatório dos valores dos aspectos relacionados ao ritmo de trabalho, tempo para realização das tarefas, tarefas conflitantes, trabalho duro e volume excessivo de trabalho (JCQ, 2004). Após o somatório e com base na mediana, a variável foi dicotomizada: os valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixa demanda e, os acima, como alta demanda.

No que se refere ao controle sobre o próprio trabalho incluiu duas dimensões, o uso de habilidades e autoridade decisória (JCQ, 2004). O controle sobre o próprio trabalho foi construído a partir do somatório dos itens relativos a essas duas dimensões e dicotomizada com base na mediana: os valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixo controle e, os acima, como alto controle.

As classificações “alto” e “baixo” das dimensões demanda psicológica e grau de controle sobre o trabalho, possibilitaram a obtenção de quatro situações de trabalho: alta exigência (alta demanda e baixo controle); trabalho ativo (alta demanda e alto controle); baixa exigência (baixa demanda e alto controle); e trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) (KARASEK, 1979).

Para o suporte social foram incluídos dois aspectos: o suporte social dos colegas e do supervisor (JCQ, 2004). O suporte social foi construído a partir do somatório dos itens relativos a essas duas dimensões e dicotomizados com base na mediana: os valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixo suporte social e, os acima, como alto suporte social. Também foram analisadas as dimensões suporte social dos colegas e do supervisor onde dicotomizados com base na mediana os valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixo suporte social e, os acima, como alto suporte social.

Foram também analisadas as seguintes variáveis: sexo; idade; número de filhos; situação conjugal; escolaridade; raça/cor pele; renda mensal; tempo no cargo; tempo na unidade atual; recursos técnicos e equipamentos; exigências entre as

tarefas e os recursos; treinamento antes de assumir o cargo; treinamento durante o exercício do cargo; existência de equipamentos de proteção; utilização de equipamentos de proteção; satisfação com a capacidade trabalho; lazer; fumantes; problemas com o álcool; doenças autoreferidas.

Para avaliação da saúde mental foi utilizado o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Este instrumento foi utilizado para avaliar a suspeição de Transtornos Mentais Comuns (TMC). A cada questão foi atribuído o valor 1 quando o sintoma estava presente, e zero quando ausente, tomando-se como referência os últimos trinta dias à entrevista. O ponto de corte adotado neste estudo foi o 6/7, por ter sido identificado como o mais adequado para mensurar a suspeita de TMC em trabalhadores do setor saúde no Brasil (ARAÚJO, 2003).

Quanto à detecção de uso abusivo de álcool utilizou-se o CAGE, cuja denominação tem origem nas iniciais das quatro perguntas *cut down, annoyed by criticisms, guilty* e *eye – opener*, e foi considerado com indicativo do uso abusivo de álcool quando das quatro perguntas houve duas ou mais respostas positivas (AMARAL; MALBERGIER, 2004).

A caracterização da população foi analisada por meio de frequências absolutas e relativas, para as variáveis categóricas; e média, desvio padrão, valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. As análises uni e bivariadas foram realizadas com o auxílio do programa estatístico “Social Package for the Social Sciences – SPSS”, na versão 21.0.

Este estudo faz parte da iniciativa de pesquisadoras da Universidade Estadual de Feira de Santana, que foi aprovado e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) por meio do edital para Pesquisas Prioritárias para o SUS (PPSUS). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (CAAE: 0086.0.0059.000-09).

## **RESULTADOS**

Do total de ACS listados pela Secretaria de Saúde do município de Jequié 280 responderam ao questionário (taxa resposta = 81,6%).

Com relação aos dados sociodemográficos 83,5% eram do sexo feminino e 16,5% do sexo masculino. No tocante a raça/cor da pele 67,1% se autodeclararam como pardos, 15,5% pretos e 17,4% como brancos, orientais, amarelos ou

indígenas. A idade dos ACS variou entre 21 e 63 anos, a média foi de 39,0 anos (DP= 9,0 anos). Quanto à situação conjugal verificou-se que 69% possuíam com união estável, 23,1% solteiros e 7,9% viúvos, separados, divorciados. Das respostas para a variável ter filhos 82,9% possuem filhos e 17,1% não possuem. Considerando a escolaridade dos ACS observou-se que 91,7% possuíam até o ensino médio e 8,3% o ensino superior.

Conforme observado na tabela 1, o maior percentual de ACS informou manter atividades de lazer (63%), nunca realizavam atividade física (48,7%), nunca fizeram uso do tabaco (76,8%), não tinham problema com uso abusivo de álcool (93,4%).

Quanto aos TMC verificou-se entre os ACS uma alta prevalência de 29,0%. Quando questionados acerca das doenças autoreferidas verificam-se elevadas prevalências para todas as doenças analisadas, com destaque para varizes (29,4%), lombalgia (25,9%), rinite (25,0%).

**Tabela 1.** Caracterização do estilo de vida, Transtornos Mentais Comuns e doenças autoreferidas entre Agentes Comunitários de Saúde. Jequié, BA, 2013. N=280.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Atividades de lazer (273)</b>		
Sim	172	63,0
Não	101	37,0
<b>Atividade física (275)</b>		
Nunca	134	48,7
1-2 vezes/semana	90	32,7
> 3 vezes/semana	51	18,6
<b>Fumante (267)</b>		
Não fumante	205	76,8
Ex-fumante	42	15,7
Fumante	20	7,5
<b>Uso abusivo de álcool (151)</b>		
Sim	10	6,6
Não	141	93,4
<b>TMC (259)</b>		
Sim	75	29,0
Não	184	71,0
<b>Pressão alta (251)</b>		
Sim	57	22,7
Não	194	77,3
<b>Rinite (240)</b>		
Sim	60	25,0
Não	180	75,0
<b>Gastrite (246)</b>		
Sim	58	23,6
Não	188	76,4
<b>Distúrbio do sono (241)</b>		
Sim	55	22,8
Não	186	77,2
<b>Varizes (245)</b>		
Sim	72	29,4
Não	173	70,6
<b>Lombalgia (243)</b>		
Sim	63	25,9
Não	180	74,1

Sobre as condições de trabalho apresentadas na tabela 2, verificou-se que a maioria dos ACS possuíam renda mensal de até 1 salário mínimo (50,6%), desempenhavam este cargo a mais de 10 anos (54,9%) e residiam na microárea de trabalho (93,3%). Quando questionados sobre as exigências entre as tarefas e os recursos para realização do seu trabalho, 68,6% relataram estes recursos eram disponibilizados de forma regular. Também foi evidenciado nos resultados que 89,3% destes trabalhadores receberam treinamento antes de assumir o cargo e 90,1% continuaram sendo capacitados. Dos ACS questionados 92,2% não possuíam equipamentos de proteção individual e 89,1% não faziam uso destes equipamentos, com destaque para o fornecimento do equipamento de proteção onde 96,1% eram adquiridos com recursos próprios do trabalhador. Em relação aos deslocamentos do trabalho a maioria dos ACS deslocavam-se uma distância

equivalente a 5 quarteirões (64,2%) e 70,5% apontaram que não possuíam pausa para descanso durante o horário de trabalho. Desses trabalhadores 68,6% estão satisfeitos com a sua capacidade para o trabalho, contudo verifica-se uma prevalência elevada dos ACS com insatisfação (31,4%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Caracterização das condições de trabalho entre Agentes Comunitários de Saúde. Jequié, BA, 2013. N=280.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Renda mensal (237)</b>		
Até 1 salário mínimo	120	50,6
> 1 salário mínimo	117	49,4
<b>Tempo no cargo</b>		
Até 5 anos	57	23,2
6 a 10 anos	54	22,0
> 10 anos	135	54,9
<b>Mora na microárea de trabalho (270)</b>		
Sim	252	93,3
Não	18	6,7
<b>Relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis (272)</b>		
Boa	24	8,8
Regular	179	65,8
Ruim	69	25,4
<b>Treinamento antes de assumir o cargo (272)</b>		
Sim	29	10,7
Não	243	89,3
<b>Treinamento durante o exercício do cargo (273)</b>		
Sim	27	9,9
Não	246	90,1
<b>Existência de equipamento de proteção (270)</b>		
Sim	11	4,1
Não	259	95,9
<b>Uso de equipamento de proteção (257)</b>		
Sim	22	8,6
Não	235	91,4
<b>Fornecimento do equipamento de proteção (153)</b>		
Pelo empregador	6	3,9
Recursos próprios do trabalhador	147	96,1
<b>Deslocamentos diários (226)</b>		
Até 5 quarteirões	145	64,2
> 5 quarteirões	81	35,9
<b>Pausas para descanso durante o trabalho (271)</b>		
Sim	80	29,5
Não	191	70,5
<b>Satisfação com o trabalho (277)</b>		
Insatisfeito	87	31,4
Satisfeito	190	68,6

Quanto os aspectos psicossociais evidencia-se um maior número de trabalhadores classificados em baixa demanda psicológica (51,9%) e em baixo controle sobre o trabalho (52,3%). Quanto ao Modelo demanda-controle observou-se entre os grupos do modelo valores próximos, contudo os dados apontam maior percentual dos ACS em situação de trabalho passivo (28,6). Verificou-se que 67,7%

dos ACS possuíam baixo suporte social, e que dentre este 73,4% foram entre colegas e 74,8% do supervisor (Tabela 3).

**Tabela 3.** Caracterização dos aspectos psicossociais segundo níveis de demanda psicológica, de controle sobre o trabalho, grupos do Modelo demanda-Controle e suporte social entre Agentes Comunitários de Saúde. Jequié, BA, 2013. N=280.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Demanda psicológica (262)</b>		
Alta	126	48,1
Baixa	136	51,9
<b>Controle sobre o trabalho (237)</b>		
Alto	113	47,7
Baixo	124	52,3
<b>Grupos do Modelo demanda-controle (224)</b>		
Baixa exigência	56	25,0
Trabalho passivo	64	28,6
Trabalho ativo	54	24,1
Alta exigência	50	22,3
<b>Suporte social (266)</b>		
Alto	86	32,3
Baixo	180	67,7
<b>Suporte social dos colegas (271)</b>		
Alto	72	26,6
Baixo	199	73,4
<b>Suporte social do supervisor (270)</b>		
Alto	68	25,2
Baixo	202	74,8

No que se refere às características do trabalho, por grupos do modelo demanda-controle, as diferenças mais expressivas e similares entre os grupos do modelo demanda-controle foram observadas em situação de trabalho ativo no que diz respeito à existência de equipamentos de proteção e o fornecimento do equipamento de proteção. Na situação de trabalho ativo foi encontrada elevada proporção de trabalhadores que afirmavam não existir equipamentos de proteção e que estes são fornecidos com recursos próprios do trabalhador (100%). Situação inversa no mesmo quadrante ocorreu para a existência de equipamentos de proteção e fornecimento de equipamentos de proteção pelo empregador, onde não foram encontradas nenhuma referencia por parte dos ACS (Tabela 4).

Na população estudada as condições de trabalho segundo grupos do modelo demanda-controle evidenciaram-se para a situação de trabalho passivo que os percentuais mais expressivos estavam entre aqueles que afirmavam não existir equipamentos de proteção (95,3%) e que estes são fornecidos com recursos próprios do trabalhador (96,3%). Os ACS que moram na microárea de trabalho (96,4%), receberam treinamento durante o exercício do cargo (96,4%) e afirmavam não existir equipamentos de proteção (96,4%) apresentaram maiores proporções

para situação de baixa exigência, observou-se nessas características do trabalho que os resultados foram idênticos. A situação de alta exigência apresentou apenas um percentual elevado no que se refere ao fornecimento de equipamentos de proteção com recursos próprios do trabalhador (96,2%) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Características das condições de trabalho por grupos do modelo demanda-controle entre Agentes Comunitários de Saúde, Jequié, BA, 2013. N=280.

Características	DEMANDA-CONTROLE			
	Baixa exigência (N= 64) %	Trabalho passivo (N= 56) %	Trabalho ativo (N=50) %	Alta exigência (N= 54) %
<b>Renda mensal (237)</b>				
Até 1 salário mínimo	44,0	52,8	50,0	58,7
> 1 salário mínimo	56,0	47,2	50,0	41,3
<b>Tempo no cargo</b>				
Até 9 anos	57,1	60,9	38,9	51,0
> 9 anos	42,9	39,1	61,1	49,0
<b>Mora na microárea de trabalho</b>				
Sim	96,4	92,1	94,3	94,0
Não	3,6	7,9	5,7	6,0
<b>Relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis</b>				
Boa	7,3	9,4	13,2	6,1
Ruim	92,7	90,6	86,8	93,9
<b>Treinamento antes de assumir o cargo</b>				
Sim	90,7	82,3	94,4	88,0
Não	9,3	17,7	5,6	12,0
<b>Treinamento durante o exercício do cargo</b>				
Sim	96,4	88,7	90,7	88,0
Não	3,6	11,3	9,3	12,0
<b>Existência de equipamento de proteção</b>				
Sim	3,6	4,7	-	6,0
Não	96,4	95,3	100	94,0
<b>Uso de equipamento de proteção</b>				
Sim	9,1	9,8	5,9	6,8
Não	90,9	90,2	94,1	93,2
<b>Fornecimento do equipamento de proteção</b>				
Pelo empregador	8,1	3,7	-	3,8
Recursos próprios do trabalhador	91,9	96,3	100	96,2
<b>Deslocamentos diários</b>				
Até 5 quarteirões	77,3	59,6	56,5	71,1
> 5 quarteirões	22,7	40,4	43,5	28,9
<b>Pausas para descanso durante o trabalho</b>				
Sim	20,0	36,5	22,6	38,0
Não	80,0	63,5	77,4	62,0
<b>Satisfação com o trabalho</b>				
Insatisfeito	32,1	29,7	28,3	46,0
Satisfeito	67,9	70,3	71,7	54,0
<b>Suporte social</b>				
Alto	38,9	33,3	26,4	34,0
Baixo	61,1	66,7	73,6	66,0

## DISCUSSÃO

Os ACS de Jequié/BA eram predominantemente do sexo feminino, declarados de raça/cor da pele pardos, com faixa etária de 31 a 40 anos de idade, casados ou com união estável, com filhos, possuíam ensino médio e recebiam até 1 salário mínimo. Outros estudos em cidades como Londrina/PR, Florianópolis/SC reforçam os resultados encontrados (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010; LINO, et al., 2012), observando perfil semelhante desses trabalhadores quanto ao sexo, faixa etária, escolaridade e renda mensal.

No tocante ao predomínio de mulheres, esta situação não é observada apenas entre ACS, mas encontra-se presente em outras categorias de trabalhadores como os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (BARBOSA et al., 2012). Sabe-se que a decisão de tornar-se um trabalhador que lida com a saúde é assumir o papel de produtor do cuidado. Historicamente este papel vem sendo designado às mulheres, além de naturalizado nos discursos e práticas dos setores da saúde, instituições consideradas como possuidoras das verdades a respeito do exercício profissional (OJEDA; STREY, 2008).

Outra questão importante foi o elevado percentual de trabalhadores com ensino médio. Tal situação demonstra um movimento de avanço no sentido da desprecarização de sua formação profissional, pois anteriormente para desempenhar a função de ACS eram exigidas apenas as habilidades de ler e escrever (BRASIL, 2002). Corroborando com esta reflexão, verifica-se também que a lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013), criou a profissão do ACS e estabeleceu como critério de escolaridade o ensino fundamental.

Os resultados sobre o estilo de vida apontaram maior proporção dos trabalhadores que tinham atividades de lazer, não fumavam e não possuíam consumo abusivo de álcool. Estes resultados assemelham-se com outros trabalhadores da saúde (SOUZA et al., 2011; DILÉLIO et al., 2012). Comportamentos e estilo de vida como os observados neste estudo podem auxiliar no impacto sobre a melhoria da qualidade de vida e ainda atuam de forma a viabilizar o não adoecimento físico e mental destes indivíduos (MOREIRA et al., 2010).

Destaca-se ainda a prevalência de consumo abusivo de álcool entre estes trabalhadores que é menor quando comparados com outras categorias como

enfermeiros (MOREIRA et al., 2010; BARBOSA et al., 2012) e médicos (BARBOSA et al., 2012); e menor em relação aos dentistas (BARBOSA et al., 2012).

Neste estudo, um percentual expressivo de ACS informaram não realizar exercícios físicos. Estes achados corroboram com estudo realizado entre trabalhadores da Atenção Básica das regiões sul e nordeste do Brasil (DILÉLIO et al., 2012). Segundo Vargas et al. (2013), em seu estudo com trabalhadores do setor metalomecânico do município de Ponta Grossa/PR tem demonstrado que a inatividade física pode levar o trabalhador ao adoecimento, pois o exercício físico pode ser uma forma de lazer capaz de restabelecer a saúde do indivíduo provocada pelos efeitos nocivos da rotina de trabalho.

Dentre as morbidades que atingem os ACS encontram-se os TMC, onde pesquisas têm identificado elevadas prevalências que variam de 18,4% a 50,7% (SILVA; MENEZES, 2008; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILÉLIO et al., 2012). Entre os trabalhadores de Jequié/BA, os resultados obtidos (29,9%) estão dentro das prevalências encontradas em outras pesquisas (SILVA; MENEZES, 2008; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILÉLIO et al., 2012), apresentando-se elevada.

Ainda com relação aos agravos à saúde foram identificadas também entre os ACS de Jequié/BA elevadas prevalências no que concernem às morbidades físicas. Corroborando com estes resultados Nascimento e David (2008) encontraram em seu estudo algumas formas de adoecimento no contexto laboral deste trabalhador como problemas cardiovasculares, digestivos, de visão, respiratórios, de pele, alimentar, psicológicos, musculoesquelético, doenças crônicas e alergias.

Assim, sabe-se que o ACS exposto a condições de trabalho inadequadas (VOGT et al., 2012) pode levá-lo ao adoecimento tanto físico como mental. Vários estudos apontam elevadas proporções de trabalhadores da saúde insatisfeitos com as condições de trabalho na Atenção Básica, dentre eles os ACS (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILÉLIO et al., 2012). Sobre isto, observou-se que a realidade dos ACS de Jequié/BA não difere dos estudos citados, pois em sua maioria estes trabalhadores têm como insatisfatórias as condições de trabalho a que estão submetidos, como por exemplo, a falta de equipamentos, a obtenção de equipamentos com recursos próprios do trabalhador, a precária relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis, a falta de pausas para descanso durante o trabalho.

Um aspecto importante que pode favorecer as condições de trabalho é o treinamento dos ACS no início e durante o exercício do cargo, o que foi verificado no presente estudo. Sabe-se que não basta apenas uma capacitação inicial básica, mas é necessária uma formação continuada em serviço para atender as diversas demandas do cotidiano de trabalho (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013). As capacitações/treinamentos quando realizados de forma continuada contribuem para o aprofundamento, atualizações sobre os aspectos de sua atividade profissional e consequente melhora da qualidade do trabalho em equipe.

Atrelado à formação está a satisfação com a capacidade de trabalho, pois vem valorizar o trabalhador em seu exercício profissional, auxiliando-o na resolução dos problemas que surgem na comunidade. O reconhecimento profissional que vem da condição de resolutividade das demandas apresentadas por parte, não só da equipe, como dos usuários produz uma elevação da motivação do indivíduo para o trabalho (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

Apesar dos resultados deste estudo apontar condições de trabalho inadequadas para a realização das atividades, os ACS revelaram em sua maioria satisfeitos com a capacidade para o trabalho. Um dos principais aspectos de satisfação dos ACS ocorre nas ações de educação em saúde na mediação do saber científico e o popular (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010). Neste sentido, Brand et al. (2010) coloca que a socialização dos saberes se apresenta como a maior estratégia deste trabalhador, assim a comunicação torna-se recurso fundamental, onde o Agente Comunitário de Saúde traz informações, ao mesmo tempo que escuta as demandas do usuário. Tal interação pode tornar satisfatório a este trabalhador o desenvolvimento de suas atividades.

Contudo, a saúde do trabalhador implica em vários outros aspectos, dentre eles os psicossociais, que possibilitam compreender melhor as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença.

Neste sentido, o presente estudo aponta um percentual mais elevado para baixa demanda psicológica e baixo controle o que classifica o trabalho desenvolvido por estes trabalhadores como trabalho passivo. Estudo com profissionais de enfermagem em um hospital universitário público do Rio Grande do Sul/RS também encontrou resultados semelhantes onde a maior frequência destes trabalhadores estava presente em situação de trabalho passivo (MARAGNO et al., 2010).

Ressalta-se que o trabalho passivo é a segunda categoria do modelo demanda-controle que pode ocasionar maiores danos à saúde, além de configurar situações desestimulantes, geradoras de tédio e de desinteresse (KARASEK, 2005). O modelo demanda-controle ainda prediz que situações de baixa demanda e baixo controle pode conduzir o trabalhador a um declínio gradual de suas habilidades anteriormente adquiridas (KARASEK, 2005).

Neste sentido, deve-se observar que dependendo do grau de apatia com relação ao seu trabalho, o trabalhador poderá referir-se a uma situação de satisfação com a capacidade de trabalho para a realização de suas atividades, sem que estas concretamente correspondam às demandas do trabalho. A predominância do trabalho em situação de trabalho passivo pode ser um indicativo desta apatia sentida pelo trabalhador.

No presente estudo, verifica-se ainda uma proporção elevada de ACS de Jequié/BA com baixo suporte social, o que agrava de forma significativa o estado de adoecimento deste trabalhador. Tal situação faz refletir que os ACS de Jequié/BA, além da possibilidade de estar em um ambiente sem desafios que motivem uma maior utilização das suas habilidades, também possuem baixo apoio por partes dos colegas e de forma mais significativa do supervisor para a realização de suas atividades. Corroborando com esta reflexão estudo realizado por Braga, Carvalho e Binder (2010), observou que o alto suporte social foi apontado como fator de proteção em relação à ocorrência de TMC nas diferentes situações de trabalho, considerando as demandas psicológicas e controle do trabalhador sobre seu trabalho.

Sabe-se que o suporte social tem seu enfoque nos relacionamentos interpessoais no trabalho. Dessa maneira, no contexto da atenção básica é de fundamental importância uma supervisão comprometida tanto com a resolução de problemas quanto com as relações humanas.

Vogt et al. (2012) em sua pesquisa identificaram que as dificuldades no relacionamento interpessoal com a equipe de trabalho como uma das cargas psíquicas entre os ACS. Outro aspecto a ser considerado se refere a desarticulação da equipe, onde os conflitos pessoais e até mesmo institucionais são capazes de produzir insatisfação entre trabalhadores de saúde (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010), isso pode surgir como fator de interferência na resolução das demandas dos usuários.

No que se refere às limitações do presente estudo faz-se necessário ser considerado com cautela pelas limitações impostas pelo estudo transversal que não possibilita uma relação de causalidade. Acrescenta-se ainda que foram estudados apenas os indivíduos presentes no momento da pesquisa, sendo excluídas as de licença médica, licença maternidade e afastamento administrativo. Ressaltam-se ainda as perdas de informações dos indivíduos que não responderam a algumas das perguntas, situação que geralmente ocorre em questionários autoaplicáveis. Também não foi possível avaliar os trabalhadores de licença, afastamento e os que abandonaram a profissão considerando para isto o efeito do trabalhador sadio.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados do presente estudo apontam uma maior proporção de ACS que possuem comportamentos de estilo de vida saudáveis. Contudo, quando avaliados no quesito saúde física e mental verificaram-se altas prevalências de TMC, varizes, lombalgia e rinite.

No tocante às condições de trabalho observou-se um ambiente de trabalho inadequado, com precariedade no que se refere à existência, uso e fornecimento dos equipamentos de proteção e a falta de pausas de descanso no decorrer das atividades de trabalho.

O estudo também permitiu verificar os aspectos psicossociais destes trabalhadores, que se caracterizaram com um percentual mais elevado para situação de trabalho passivo e baixo suporte social. Neste último, observou-se baixo suporte social tanto por parte os colegas de trabalho quanto da supervisão resultado importante, visto que o apoio social é essencial para a efetivação das ações realizadas no serviço.

O conhecimento produzido acerca das condições de trabalho e de saúde poderá abrir possibilidades para criar estratégias eficazes a fim de promover proteger a saúde destes trabalhadores, viabilizando também uma melhor assistência às populações atendidas.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. *Rev Bras Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 156-63, 2004.
- ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saude Publica*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 425-33, 2003.
- ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. *Cien Saude Colet*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
- BARBOSA, G. B.; CORREIA, A. K. S.; OLIVEIRA, L. M. M. et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Rev Bras Saude Ocup*, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 306-15, 2012.
- BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Cien Saude Colet*, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 1, p. 1585-96, 2010.
- BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Cogitare Enferm*, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 40-7, 2010
- BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 de Jun. 2002.
- BRASIL, E. G. M.; AMORIM, D.U.; QUEIROZ, M. V. O. Atuação do Agente Comunitário de Saúde no cuidado ao adolescente: propostas educativas. *Adolesc Saude*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 28-35, 2013.
- DILÉLIO, A. S.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 503-14, 2012.
- FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO T. B. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.
- FILGUEIRAS, A. S.; SILVA A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011.
- FRITZEN, S. A. Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned? *Human Resources for Health*, v. 5, n. 4, 2007.

JOB CONTENT QUESTIONNAIRE CENTER. *The Job Content Questionnaire (JCQ)*, 2004. Disponível em: [www.jcqcenter.org](http://www.jcqcenter.org). Acesso em 23 Mai. 2013.

KARASEK, R. A. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Science Quarterly*, v. 24, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R. A. [CD-ROM]. *Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development*. Geneva: International Labour Organization; 2005.

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

MARAGNO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP R. H. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 811-7, 2010.

MOREIRA, H. R.; NASCIMENTO, J. V.; SONOO, C. N. et al. Qualidade de vida no trabalho e perfil do estilo de vida individual de professores de Educação Física ao longo da carreira docente. *Motriz*, Rio Claro, v. 16, n. 4, p. 900-12, 2010.

NASCIMENTO, G. M.; DAVI, H. M. S. L. Avaliação de riscos no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um processo participativo. *Rev Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 550-6, 2008.

OJEDA, B. S.; STREY, M. N. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. *Rev Ciência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 2-8, 2008.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Saude Publica*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-9, 2008.

SOUZA, M. N. M.; MARTINS JÚNIOR, D. F.; SILVA, M. V. et al. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. *Rev Baiana Saude Publica*, Salvador, v. 35, Suppl. 1, p. 38-54, 2011.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S. O.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Rev Bras Saude Ocup*, São Paulo, v. 35, n. 122, p.327-39, 2010.

VARGAS, L. M.; PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L. Inatividade física e fatores associados: um estudo com trabalhadores do setor metalomecânico do município de Ponta Grossa – PR. *Rev Bras Ativ Fis e Saude*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 32-42, 2013.

VOGT, M. S.; BECK, C. L. C.; PRESTES, F. C. et al. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enferm*, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 297-303, 2012.

WEST, E. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. *Quality in Health Care*, v. 10, p. 40–8, 2001.

## **ABSTRACT**

### **WORK, HEALTH AND LIFE CONDITIONS OF COMMUNITY HEALTH AGENTS**

Cross-sectional and exploratory studies which aimed to describe the life conditions, health and psychosocial aspects of work in Community Health from Jequié /BA, Brazil. Population characterization proceeded through absolute and relative frequencies and conducted double variate analyzes to the characteristics of work conditions by groups of demand-control model. The results showed predominance of healthy lifestyle behaviors, yet with a high prevalence of CMD, varicose veins, back pain and rhinitis. Most ACS pointed as unsatisfactory working conditions. With regard to psychosocial issues, the demand-control model identified a higher percent of workers in passive jobs and low social support. Thus, the knowledge production generated could open up possibilities to create effective strategies for protecting and promoting the health of these workers also enabling better care for the populations served.

**Keywords:** Community Health Workers, psychosocial aspects, primary health care, occupational health.

## **5.2 Manuscrito 2: TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA.**

Este manuscrito será submetido à Revista de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), elaborado conforme as instruções para autores da revista disponíveis em:

→ [http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/mensagem.php?tipo=0&id\\_mensagem=custom\\_preparo](http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/mensagem.php?tipo=0&id_mensagem=custom_preparo), acessado em outubro de 2013.

## TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA

Débora Cristiane Silva Flores Lino<sup>3</sup>  
Cezar Augusto Casotti<sup>4</sup>

### RESUMO

**OBJETIVO:** Estimar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS), do município de Jequié/BA e identificar os fatores associados.

**MÉTODO:** Estudo transversal, censitário, envolvendo 280 Agentes Comunitários do município (ACS) de Jequié-BA. Foi utilizado para suspeição do TMC o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Calculou-se a prevalência de TMC, e em seguida, procedeu-se uma análise exploratória fatorial para verificar os fatores associados à presença de TMC.

**RESULTADOS:** A prevalência de TMC foi de 29,0%. Foram fatores associados positivamente a presença de TMC: as condições gerais do trabalho, os aspectos psicossociais e as atividades domésticas.

**CONCLUSÕES:** A alta prevalência de TMC e fatores associados às condições de trabalho observadas entre os ACS reforça a necessidade de aumentar investimentos no cuidado de quem cuida não só de um indivíduo, bem como de uma comunidade em contextos tão diversos e complexos como na Atenção Básica.

**DESCRITORES:** Transtornos Mentais Comuns, Agentes Comunitários de Saúde, atenção primária à saúde, vigilância epidemiológica.

---

<sup>3</sup>Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

<sup>4</sup>Departamento de Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA, Brasil.

### Correspondência | Correspondence:

Cezar Augusto Casotti

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Jequié, Departamento de Saúde.

Av. José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié/BA, Brasil. CEP 45206-190.

E-mail: cacasotti@uesb.edu.br

Fone-Fax: (073) 3528-9738.

## COMMON MENTAL DISORDERS IN HEALTH COMMUNITARY AGENT IN A CITY OF INTERIOR BAHIA

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To estimate the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) among Community Health Agents (CHA) and Jequié city (BA) and identify associated factors.

**METHOD:** Cross-sectional, census study involving 280 community agents of the city from Jequié-BA. For TCM suspicion, it was used the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). We calculated the prevalence of CMD, and then proceeded to a factor exploratory analysis to identify factors associated with the presence of TMC factors.

**RESULTS:** The prevalence of CMDs was 29.0% Factors were positively associated with the presence of TMC: general conditions of work, the psychosocial aspects and domestic activities.

**CONCLUSIONS:** The high prevalence of CMDs and associated factors with working conditions between CHA reinforces the need to increase investments on the question of those who care not only of an individual but as well as a community in contexts so diverse and complex as the Primary Care.

**DESCRIPTORS:** Common Mental Disorders, Community Health Agents, Primary Health Care, Epidemiological Surveillance.

## INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é figura de destaque na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), emerge como estratégia da Atenção Básica para ampliar as ações de promoção à saúde. Esse profissional atua em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e vem desempenhando papel fundamental tanto nas intervenções no processo saúde-doença quanto no impacto das políticas de saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o ACS atua como ponte entre a comunidade e a ESF, alargando a capacidade de cuidado da equipe multiprofissional; possui o território e a família como foco de preocupação e de trabalho; auxilia na vigilância à saúde; mobiliza a comunidade e desenvolve ações de educação em saúde comprometida com a ampliação da autonomia dos usuários.<sup>20</sup>

Outro aspecto importante do trabalho dos ACS é que seu lugar de residência e convívio social é também o espaço para atuação profissional. Tal situação pode ocasionar conflitos geradores de sofrimento intenso, ao lidar com tensionamentos psíquicos e sociais do cotidiano, e também por serem os primeiros depositários das insatisfações, das necessidades da comunidade, e de informações sigilosas capazes de colocá-lo em risco de morte.<sup>22</sup>

Assim, os conflitos vivenciados podem deflagrar ansiedade, que surge como resposta do indivíduo aos eventos externos e devido ao medo e/ou insegurança, atuando como mecanismo de defesa frente a uma ameaça imaginária ou não.<sup>16</sup> As situações de sofrimento vivenciadas no convívio direto com a comunidade, da qual este profissional também faz parte, mobiliza sua pressa na resolutividade do problema porque teme, também, adoecer.<sup>23</sup>

Por conta disso, diversas categorias profissionais de saúde, dentre elas os ACS, vêm apresentando elevadas prevalências de problemas de saúde, inclusive de saúde mental,<sup>1,21</sup> que podem afetar a qualidade da atenção à saúde dispensada à população.

Nesse conjunto de morbidades encontram-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC), conceito proposto por Goldberg e Huxley<sup>9</sup> para os casos que apresentam sintomas inespecíficos. Os TMC abrangem distúrbios de ansiedade e depressão, além de sintomas como dificuldade de concentração, esquecimento,

insônia, fadiga e sensação de inutilidade. Esses sintomas podem causar incapacitação funcional semelhante ou até pior do que quadros crônicos de adoecimento mental.<sup>8</sup>

Estudos de base populacional apontam que a prevalência de TMC na população varia entre 7% a 30%,<sup>13</sup> sendo estes valores influenciados por fatores biológicos, sociais, econômicos e demográficos.<sup>11</sup> Estes dados corroboram com os obtidos pela Organização Mundial de Saúde, visto que identificaram que mais de 25% da população do mundo, independente da idade, sexo e grupos sociais apresentam este agravo.<sup>26</sup>

No setor saúde, estudos recentes identificaram alta prevalência de TMC relacionada à estrutura ocupacional e às demandas psicológicas a que estão expostos os profissionais.<sup>5,21</sup>

Este estudo objetivou estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Agentes Comunitários de Saúde e analisar fatores associados.

## **MÉTODOS**

Inquérito epidemiológico, de corte transversal, censitário com ACS da cidade de Jequié, Bahia. O estudo faz parte do projeto multicêntrico, intitulado “*Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia*”, o qual inclui o Núcleo de Estudos em Saúde da População da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em Jequié, BA, sob a coordenação geral de pesquisadores do Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), em Feira de Santana, BA.

Do total de 343 ACS, participaram deste estudo 280 servidores municipais em Regime Estatutário, em efetivo exercício do cargo e que consentiram com a participação na pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo 63 ACS porque atendiam aos seguintes critérios de exclusão: estar em situação de licença médica, licença maternidade ou afastamento administrativo; não ser localizado após três visitas ao seu local de trabalho.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a agosto de 2011. Utilizou-se de questionário estruturado, autoaplicável, contendo blocos de questões e instrumentos validados relacionados às características sociodemográficas e

ocupacionais, ao ambiente e aos aspectos psicossociais do trabalho, às atividades domésticas e hábitos de vida e aos aspectos da saúde geral.

A detecção dos sintomas relacionados ao TMC ocorreu mediante o uso do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Este instrumento é recomendado pela Organização Mundial de Saúde para sinalizar problemas de saúde mental em países em desenvolvimento.<sup>19</sup> É composto por 20 questões com respostas dicotômicas, e a cada questão foi atribuído o valor 1 quando o sintoma está presente, e zero quando ausente, tomando-se como referência os últimos trinta dias à data de aplicação do questionário. Neste estudo adotou-se o ponto de corte de 6/7, por ter sido este valor identificado como adequado para mensurar a presença de TMC em trabalhadores do setor saúde no Brasil.<sup>1</sup>

O indicador de sobrecarga doméstica, construído a partir do procedimento proposto por Aquino,<sup>3</sup> correspondeu à somatória das quatro tarefas domésticas básicas: cozinhar, limpar, lavar e passar roupa, ponderadas pelo número de moradores na casa, exceto a própria pessoa entrevistada  $[(\Sigma \text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (M-1)]$ . A variável sobrecarga doméstica foi dicotomizada com base em tercís: baixa sobrecarga (correspondeu aos valores iguais ou abaixo do segundo tercil) e alta sobrecarga doméstica (valores acima do segundo tercil).

Para detecção de problemas relacionados com o álcool utilizou-se o CAGE, acrônimo referente às suas 4 perguntas - *cut down, annoyde by criticims, guilty e eye – opener*. Duas respostas afirmativas a essas questões foi o ponto de corte indicativo do uso abusivo dessa substância.<sup>2</sup>

A análise de dados teve início com a caracterização da população estudada por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas; e média, desvio padrão, valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. Calculou-se a prevalência de TMC, e em seguida, foram descritas as frequências de respostas positivas ao evento. Utilizou-se o programa estatístico “Social Package for the Social Sciences – SPSS”, na versão 21.0.

Para verificar quais fatores estão mais associados à presença de TMC procedeu-se uma análise exploratória de fatores, conforme Harman e Jones,<sup>10</sup> utilizando-se o pacote *psych*<sup>17</sup> do software R Core Team.<sup>15</sup> O ponto de corte foi de 0,75.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (CAAE: 0086.0.0059.000-09).

## RESULTADOS

Foram analisados 280 questionários respondidos por ACS da cidade de Jequié, Bahia. A taxa de resposta foi de 81,6%. Os participantes, em sua maioria, eram do sexo feminino (83,5%), possuíam filhos (82,9%), viviam casados ou em união estável (69,0%), possuíam o ensino médio (91,7%) e declararam-se pardos 67,1%. A média de idade foi de 39 anos (DP=9,0 anos). A renda mensal variou de R\$ 500,00 a R\$ 1200,00, sendo a média de R\$ 677,27 (DP=152,37).

Sobre hábitos de vida, 63,0% dos ACS informou manter atividades de lazer, 78,8% apresentou baixa sobrecarga doméstica, 76,8% nunca fez uso do tabaco e 93,4% não apresentaram problemas com o uso abusivo de álcool. Quando questionados com relação ao estado de saúde, 96,0% deles consideraram que sua saúde era boa.

A média do tempo no cargo foi de 8,9 anos (DP=4,9 anos); 54,9% tinham mais de 10 anos no cargo. No que se refere ao tempo de trabalho na unidade, a média foi de 7,7 anos (DP=4,8 anos), sendo que 36,1% possuíam mais de 11 anos na unidade. A grande maioria (97,1%) apontou como precários os recursos e equipamentos do seu local de trabalho, e referiu como ruim (74,6%) a relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para realização das mesmas.

Quanto aos aspectos psicossociais do trabalho, 68,6% declararam-se satisfeitos com sua capacidade para o trabalho, 86,5% satisfeitos com as relações pessoais e 83,2% satisfeitos consigo mesmo. A prevalência de TMC foi de 29,0%. As questões do SRQ-20 com maior proporção de respostas positivas estavam no grupo de questões sobre humor depressivo/ansioso e as questões de menor frequência, no grupo sobre pensamentos depressivos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequência de respostas afirmativas às perguntas do Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) por Agentes Comunitários de Saúde. Jequié, BA, 2013. N=280.

<b>Questão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humor depressivo-ansioso</b>		
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	114	53,3
Assusta-se com facilidade?	125	45,3
Sente-se triste ultimamente?	88	32,0
Você chora mais do que de costume?	51	18,5
<b>Sintomas somáticos</b>		
Tem dores de cabeça frequentemente?	110	40,1
Você sente desconforto estomacal?	100	36,2
Você dorme mal?	88	31,9
Você tem má digestão?	78	28,3
Você tem falta de apetite?	41	14,9
Tem tremores nas mãos?	43	15,7
<b>Decréscimo de energia vital</b>		
Você se cansa com facilidade?	102	37,2
Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?	68	24,8
Sente-se cansado todo o tempo?	57	20,9
Tem dificuldade em tomar decisão?	55	19,9
O seu trabalho traz sofrimento?	42	15,3
Tem dificuldade de pensar claramente?	39	14,2
<b>Pensamentos depressivos</b>		
Tem perdido o interesse pelas coisas?	31	11,3
Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	22	8,1
Sente-se inútil em sua vida?	18	6,6
Tem pensado em dar fim à sua vida?	5	1,8

A análise dos fatores revelou que 94% da variação total dos scores pode ser representada por 4 fatores. O primeiro fator está relacionado ao trabalho, com variância explicada de 28%, sendo que o tempo no cargo e o tempo de trabalho na unidade atual estão associados positivamente ao TMC. O Fator 2 inclui os aspectos psicossociais do trabalho, com 26% de explicação, sendo a satisfação das relações sociais e a satisfação pessoal as perguntas. O terceiro Fator (22% de explicação) é explicado pela satisfação com a capacidade de trabalho, que também faz parte dos aspectos psicossociais, porém em menor importância que as questões do Fator 2. O Fator 4 (18% de explicação) está relacionado às atividades domésticas, sendo que o fator explicativo é a sobrecarga doméstica, que também está associada positivamente com o TMC (Tabela 2).

A verificação da adequação da amostra à análise fatorial avaliada pelo teste de esfericidade de Bartlett foi excelente ( $P < 0,0001$ ). Este valor indica que as correlações entre as variáveis são significativas, indicando que as variáveis dependentes estão intercorrelacionadas.

**Tabela 2.** Matriz fatorial e cargas fatoriais para os quatro fatores de Transtornos Mentais Comuns identificados entre Agentes Comunitários de Saúde. Jequié, Bahia, 2013. (N=75).

Itens do questionário	Cargas fatoriais			
	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4
Idade		0,353	0,698	-0,228
Número de filhos	-0,316		0,237	-0,626
Situação conjugal	-0,461	-0,325		0,443
Escolaridade	-0,675	0,136		0,249
Cor da sua pele		0,322	-0,484	0,227
Tempo no cargo	0,890		0,219	0,180
Tempo de trabalho na unidade atual	0,805	-0,164		0,106
Treinamento antes de assumir o cargo	-0,168	-0,116	0,684	0,467
Treinamento durante o exercício do cargo	0,281	-0,661	0,424	-0,118
Recursos técnicos e equipamentos	0,366	0,330		0,348
Relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis	-0,211	0,281	-0,313	0,361
Satisfação com sua capacidade de trabalho	0,118	0,114	0,792	
Satisfação com suas relações pessoais		0,896	0,218	
Satisfação consigo mesmo		0,823		
Atividades de lazer	0,523	0,486	0,196	-0,406
Hábito de fumar	0,257	0,127	0,430	0,350
Uso abusivo de álcool	-0,539		0,271	0,263
Sobrecarga doméstica				0,942
Saúde		-0,636	-0,385	
<b>Proporção explicada</b>	0,28	0,26	0,22	0,18
<b>Proporção acumulada</b>	0,28	0,54	0,76	0,94

## DISCUSSÃO

A alta prevalência de TMC identificada entre os ACS de Jequié-BA está entre os valores obtidos em inúmeros estudos com uma variação de 18,4% a 50,7%.<sup>5,7,21</sup> A taxa de prevalência de TMC entre esses trabalhadores tem sido maior quando comparados a outras categorias profissionais da atenção básica, a exemplo dos médicos (17,4% a 33,3%) e enfermeiros (15,5% a 48,0%).<sup>5,4,7</sup>

Estudo realizado com trabalhadores de saúde que atuavam na atenção básica em municípios de sete estados das regiões Sul e Nordeste,<sup>7</sup> verificou que a prevalência de TMC era elevada entre aqueles que declararam algum problema de saúde físico ou mental. Acredita-se que o lidar com um contexto complexo que envolve aspectos não apenas de ordem biológica, mas política, econômica, social, psicológica e gerencial pode tornar esses trabalhadores mais propensos a adquirir e desenvolver doenças.

Corroborando com os resultados acima, observou-se maior proporção de respostas positivas do SRQ-20 no grupo de questões sobre humor depressivo/ansioso. Este dado assemelha-se aos resultados de outros estudos que identificaram diversas formas de adoecimento entre os ACS, dentre eles, doenças físicas como dores musculoesqueléticas, diabetes, doenças infecciosas, pressão alta e sofrimento psíquico, como a Síndrome de Burnout, depressão, ansiedade, estresse e TMC.<sup>16,21</sup>

Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre o conceito de TMC, uma vez que abarca sintomas não apenas de quadros depressivos e de ansiedade, mas uma série de queixas somáticas inespecíficas.<sup>9</sup> Entre estas queixas destacam-se dores no corpo, dores de cabeça, nervosismo, insônia, as quais podem produzir no indivíduo a percepção de estado ruim de saúde, tanto nas dimensões físicas como psíquicas.

Quanto a análise fatorial exploratória, essa possibilitou a identificação de 4 fatores associados ao TMC, baseados nos itens do questionário original. Três desses fatores caracterizam associação do TMC ao trabalho do ACS sugerindo um cotidiano profissional permeado de conflitos e de insatisfações. O primeiro deles denominado condições de trabalho (Fator 1) evidencia cargas fatoriais elevadas ( $\geq 0,8$ ) para os itens tempo no cargo e tempo de trabalho na unidade atual. Esses resultados corroboram ao encontrado no estudo de Dilélio et al.,<sup>7</sup> onde a prevalência de TMC entre profissionais

da Atenção Básica à Saúde, incluindo ACS, foi significativamente maior entre os que trabalhavam há mais de cinco anos, com exceção dos médicos que mostrou uma inversão dessa associação. (estudo com profissionais trabalhadores da ABPS das regiões sul e nordeste do país).

O tempo de atuação do ACS no Programa de Saúde da Família permeia categorias analíticas descritas por Martines e Chaves,<sup>24</sup> referindo-se às condições de vulnerabilidade e sofrimento no trabalho desses sujeitos. Para esses autores “há uma desproporção entre o perfil real X perfil esperado, que desencadeia uma série de esforços do ACS para superar as incompetências identificadas, tanto pelo próprio ACS, como pela equipe de saúde da família e até pela comunidade atendida, após algum tempo de trabalho”. Isso exige uma mudança de perfil nem sempre alcançada, implicando em sofrimento cotidiano decorrente da ideação da própria prática e os limites da atuação.

Os autores ainda explicam que o distanciamento entre o projeto proposto para o PSF e sua implantação também caracteriza vulnerabilidade ao sofrimento psíquico com o tempo de atuação desses trabalhadores. Em seus relatos, os ACS fizeram referência a dois momentos na organização do trabalho no PSF: “passado” – momento de expectativas e de certezas de que a estratégia seria de mudança e a mais assertiva na produção do cuidado à saúde do usuário – e o “presente” – configurando momento de decepções com a proposta.

No estudo de Rosa et al.<sup>18</sup> sobre o sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho também foi evidenciada frustrações, nomeada de “desilusão”, que pode ter iniciado nas primeiras experiências da profissão e relacionadas tanto às condições objetivas pelos quais escolheram a profissão quanto às expectativas do início em relação ao que foi encontrado. Os ACS imaginavam serem capazes de resolver os problemas da comunidade e além de não obterem êxito nesse ideal não se sentiam reconhecidos com o seu trabalho.

Neste estudo aspectos psicossociais do trabalho estiveram associados fortemente ao TMC entre os ACS e representaram dois fatores explicativos da satisfação das relações sociais e satisfação pessoal (Fator 2) e a satisfação com a capacidade para o trabalho (Fator 3). Ambos com cargas fatoriais também  $\geq 8,0$ .

Essas associações podem demonstrar, dentre outros aspectos, dificuldades dos ACS nas relações do cotidiano com a sua identidade em relação ao ser, aos saberes e aos fazeres, e dificuldades na relação com a equipe multiprofissional e com a comunidade, configurando-se em ambiente de trabalho permeado de múltiplas tensões.

A insatisfação com o atendimento domiciliar, com o trabalho em equipe e com reuniões com a comunidade manteve associação significativa com maiores prevalência de TMC entre profissionais da atenção básica à saúde, no referido estudo de Dilélio et al.<sup>7</sup> Segundo os autores, esses achados podem ser atribuídos ao sentimento de impotência, à insatisfação com a complexidade do trabalho, à escassez de recursos para desenvolvimento de suas atividades, ao modelo assistencial vigente e ao processo de trabalho.

Esses mesmos aspectos e o sentimento de falta de reconhecimento são denominados de cargas psíquicas no trabalho do ACS, no estudo de Vogt et al.<sup>25</sup> O reconhecimento é destacado ainda no trabalho de Brand et al.<sup>6</sup> como essencial à motivação do trabalhador no desempenho de suas funções. Pelo contrário, os autores identificaram em seu estudo o quanto a falta de reconhecimento profissional, da comunidade e, ou da equipe pode ser um gerador de insatisfação no trabalho do ACS.

Reconhecimento é definido por Lopes<sup>12</sup> como o processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para ser resolutivo no trabalho, conceito que põe em evidência a questão do sentimento de satisfação com a capacidade para o trabalho, e identificado, neste estudo, como fator positivamente associado ao TMC entre os ACS. É possível que esta associação se caracterize por conta da insatisfação dos ACS em suas relações interpessoais.

Sobre o Fator 4, a análise incluiu as atividades domésticas, como: cozinhar, cuidar da limpeza, passar e lavar roupa. Esse fator foi explicado pela sobrecarga doméstica, fortemente associado à presença de TMC entre os ACS, com carga fatorial correspondente a 0,9.

É importante destacar que a maioria dos ACS analisados representavam mulheres, e isso faz refletir sobre a inserção das mesmas no mercado produtivo. Tal situação trouxe consigo a luta pelo seu reconhecimento e permanência no trabalho, e

também implicou no processo de adaptação à sua nova condição de trabalhadora formal com responsabilidades profissionais, domésticas e familiares.

Além disso, a associação entre sobrecarga doméstica e TMC identificada, neste estudo, pode também estar relacionada ao fato dos ACS exercerem suas atividades de trabalho no mesmo espaço em que vivem. Esse contexto implica em maior demanda de tarefas, pois o trabalhador fica a mercê de sua clientela em tempo integral, dificultando que se “desligue” do trabalho nas suas horas de folga.<sup>25</sup>

Assim, o trabalho remunerado, no caso da mulher que enfrenta a dupla jornada dentro e fora de casa pode favorecer maior desgaste físico e emocional, o que pode ser nocivo à sua saúde mental.<sup>14</sup>

Os resultados deste estudo devem ser visto com cautela devido às limitações próprias do estudo transversal, que não possibilita estabelecer relação de causalidade. Outra limitação é que apenas foram estudados os indivíduos presentes no momento da pesquisa, sendo excluídas as de licença médica, licença maternidade e afastamento administrativo. Por se tratar de um questionário autoaplicável, ocorreram perdas de informações dos indivíduos que não responderam a algumas das perguntas. A amostra não foi balanceada para o sexo masculino e feminino, o que impossibilitou distinguir entre homens e mulheres.

Em síntese, os resultados apontam alta prevalência de TMC entre os ACS investigados e os fatores associados às condições do trabalho e à atividade doméstica. Assim, este estudo pode contribuir para investimentos nas ações de cuidado e de apoio matricial ao Agente Comunitário de Saúde, e para a valorização e reconhecimento da importância de seu trabalho, em contextos tão diversos e complexos como na Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(4):425-33. DOI: 10.1590/S0034-89102003000400006.
2. Amaral RA, Malbergier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. *Rev Bras Psiquiatria*. 2004; 26 (3): 156-63. DOI: 10.1590/S1516-44462004000300005

3. Aquino EML. Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia. [Tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. 1996.
4. Barbosa GB, Correia AKS, Oliveira LMM, Santos VC, Ferreira SMS, Martins JDF et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Rev Bras de Saúde Ocup.* 2012;37(126):306-315. DOI: 10.1590/S0303-7657201200020001
5. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010;15 Supl. 1:1585-1596. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700070.
6. Brand CI, Antunes RM; Fontana, RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Cogitare Enferm.* 2010;15(1):40-7. DOI: 10.5380%2F2176-91332010151.
7. Dilélio AS et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(3):503-514. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000300011.
8. Gianini RJ, Carvalho TC, Anjos RMP, Pinto PLS, Maluf ME, Lanza LB et al. Prática de rastreamento no cenário do Programa Saúde da Família em Sorocaba. *Rev Bras de Educação Médica.* 2008; 32(1):15-22. DOI: 10.1590/S0100-55022008000100003.
9. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
10. Harman H, Jones W. Factor analysis by minimizing residuals (minres). *Psychometrika.* 1966; 31(3):351-358.
11. Lima MCP. Transtornos Mentais Comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços. [Tese de Doutorado] São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2004.
12. Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev Escola Enfermagem.* 2012;46(3):633-640. DOI: 10.1590/S0080-62342012000300015.
13. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(2): 213-21. DOI: 10.1590/S0034-89102002000200014.

14. Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiologia*. 2012;15(3):560-72. DOI: 10.1590/S1415-790X2012000300010.
15. R Core Team (2013) R: A Language and Environment for Statistical Computing. *R Foundation for Statistical Computing*. Vienna, Austria. Disponível em <<http://www.R-project.org/>>. Acesso em 27/08/2013.
16. Resende MC, Azevedo EGS, Lourenço LR, Faria LS, Alves NF, Farina NP et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(4):2115-2122. DOI: 10.1590/S1413-81232011000400011.
17. Revelle W. psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. Northwestern University, Evanston, Illinois. 2013. Disponível em <<http://CRAN.R-project.org/package=psych>>. Version 1.3.2. Acesso em 27/08/2013.
18. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e Suas Relações com o Trabalho. *Saúde Soc*. 2012;21(1):141-152.
19. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(1):214-222. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000100023.
20. Secretaria da Saúde (Bahia). Desprecarização dos Vínculos e Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Cartilha/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 2007.
21. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):921-9. DOI: 10.1590/S0034-89102008000500019.
22. Silva CB, Santos JE, Souza RC. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. *Saúde e Soc*. 2012;21(1):153-160. DOI: 10.1590/S0104-12902012000100015.
23. Sousa GC. O agente comunitário de saúde e a saúde mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. 2007.
24. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm*. 2007;41(3):426-33. DOI: 10.1590/S0080-62342007000300012.

25. Vogt MS, Beck CLC, Prestes FC, Diaz PS, Tavares JP, Silva GM. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enferm.* 2012;17(2):297-303. DOI: 10.5380%2F2176-91332012172.

26. World Health Organization. The world health report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO; 2002.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Agentes Comunitários de Saúde de Jequié, BA, são predominantemente do sexo feminino, declarados de raça/cor da pele pardos, com faixa etária de 31 a 40 anos de idade, casados ou com união estável, com filhos, e recebem até 1 salário mínimo.

No que se refere ao estilo de vida obteve-se uma maior proporção de trabalhadores que apontam comportamentos saudáveis o que pode viabilizar uma melhor qualidade de vida favorecendo a saúde destes indivíduos. Contudo, quando avaliados no quesito doenças físicas verificou-se altas prevalências de varizes, lombalgia e rinite.

O estudo aponta a elevada prevalência dos TMC e como fatores associados às condições do trabalho e à atividade doméstica. A alta prevalência de TMC entre estes trabalhadores corrobora com a reflexão de que lidar com um contexto complexo, como a Atenção Básica, pode comprometer sua saúde física e mental.

Quanto às condições de trabalho verifica-se uma insatisfação não só com os recursos, bem como a capacidade de trabalho na condução de suas atividades. Tais resultados sobre as condições de trabalho corroboram com os resultados obtidos na análise dos aspectos psicossociais que no Modelo demanda-controle apontou um percentual mais elevado de trabalhadores em situação de trabalho passivo e baixo suporte social.

Desse modo este estudo instiga o desenvolvimento de outras investigações ampliando o conhecimento sobre as repercussões do trabalho sobre a saúde do trabalhador, e de maneira particular, sobre os aspectos psicossociais.

Em síntese, os resultados podem contribuir para investimentos nas ações de cuidado e de apoio matricial ao Agente Comunitário de Saúde, e para a valorização e reconhecimento da importância de seu trabalho para a Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p.156-63, 2004.

ANDRADE, L.H.S.G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 6, p. 285-290, 1998.

ANSEMI, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista Saúde Pública**, v. 42, Supl. 2, p. 26-33, 2008.

AQUINO, E.M.L. Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia. **[Tese]**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. 1996.

ARAÚJO, T.M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 425-33, 2003a.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003b.

ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de TMC em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

ARÔCA, S.R.S. Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter Transtorno Mental Comum e a representação do "sofrimento dos nervos" em mulheres. **[Dissertação]** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

ÁVILA, M.M.M. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 159-168, 2011a.

ÁVILA, M.M.M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011b.

BACHILI, R.G.; SCAVASSA, A.J.; SPIRI, W.C. A identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 51-60, 2008.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Desprecarização dos Vínculos e Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias**. Cartilha/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 2007.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L.C.; CARVALHO FILHO, J.G.T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007.

BARBOSA, G.B. et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 306-315, 2012.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1585-1596, 2010.

BRAND, C.I.; ANTUNES, R.M.; FONTANA, R.T. Satisfações e insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 40-7, 2010.

BRASIL, E.G.M.; AMORIM, D.U.; QUEIROZ, M.V.O. Atuação do agente comunitário de saúde no cuidado ao adolescente: propostas educativas. **Adolescência e Saúde**, v. 10; n. 3, p. 28-35, 2013.

BRASIL. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. **Fixam diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF**, p. 48-55, out. 2011, Seção 1.

COSTA, J.S.D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 2, p.164-73, 2002.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73-9, 2005.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do PSF: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n. 3, p.7-18, 2006.

CUNHA, G.T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. **[Dissertação]** Campinas – SP: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. 2004.

DILÉLIO, A.S. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 503-514, 2012.

EATON, W.W. et al. The Burden of Mental Disorders. **Epidemiologic Reviews**, v. 30, p. 1–14, 2008.

FARIAS, M.D.; ARAUJO, T.M. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 25-39, 2011.

FERREIRA, V.S.C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FILGUEIRAS, A.S.; SILVA, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011.

FIOROTTI, K.P.; ROSSONI, R.R.; BORGES, L.H.; MIRANDA, A.E. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v.59, n.1, P. 17-23, 2010.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004.

FRITZEN, A.S. Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned? **Human Resources for Health**, v.5, n.4, p. 1-9, 2007.

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

GIANINI, R.J. et al. Prática de rastreamento no cenário do Programa Saúde da Família em Sorocaba. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 15-22, 2008.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992.

HARMAN H; JONES W. Factor analysis by minimizing residuals (minres). **Psychometrika**, v. 31, n. 3, p. 351-358, 1966.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 10/08/2012.

JOB CONTENT QUESTIONNAIRE CENTER. The Job Content Questionnaire (JCQ), 2004. Disponível em: <http://www.jcqcenter.org/>. Acesso em 23/05/2013.

JUNQUEIRA, T.S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

KARASEK, R.A. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R.A. [CD-ROM]. *Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development*. Geneva: International Labour Organization; 2005.

LAURITSEN, J.H.; BRUSS, M.; MYATT, M.A. **Epidata** - Programa para criar banco de dados. EpiData Association, Odense Denmark, 2002. (v 3.0). Versão para o português (Brasil) por João Paulo Amaral Haddad.

LIMA, M.C.P. Transtornos Mentais Comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços. **[Tese de Doutorado]** São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2004.

LIMA, M.C.P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p.717-23, 2008.

LINO, M.M. et al. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012.

- LOPES, D.M.Q. et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista Escola de Enfermagem**, v.46, n.3, p. 633-640, 2012.
- LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.C. The global burden of disease, 1990-2020. **Nature Medicine**, v. 4, n. 11, p. 1241-3, 1998.
- LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-21, 2002.
- LUNARDELO, S.R. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto [Tese]. São Paulo: Ribeirão Preto. 2004.
- MACHADO, M. H.; KOSTER, J. Emprego e trabalho em saúde: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs.) **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 45 – 65, 2011.
- MAIA, L.D.G.; SILVA, N.D.; MENDES, P.H.C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde: aspectos de sua formação e prática. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 93-102, 2011.
- MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p.1639-1648, 2006.
- MARTINES, W.R.V.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.
- MATHERS, C. et al. The burden of disease and injury in Australia. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 11, p. 1076-84, 2001.
- MEDEIROS, S.M. et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 233-40, 2006.
- MOREIRA, et al. Qualidade de vida no trabalho e perfil do estilo de vida individual de professores de Educação Física ao longo da carreira docente. **Motriz**, v.16 n.4 p.900-912, out./dez. 2010.
- MOREIRA, J.K.P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 3, p. 221-6, 2011.

MOURA1 A.A.G.; CARVALHO, E.F.; SILVA, N.J.C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1661-72, 2007.

NASCIMENTO, G.M.; DAVI, H.M.S.L. Avaliação de riscos no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um processo participativo. **Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 550-6, 2008.

NASCIMENTO-SOBRINHO, C.L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 131-40, 2006.

OJEDA, B.S.; STREY, M.N. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 2-8, 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Panorama laboral 2003: América Latina y El Caribe**. Lima: Oficina Regional para a América Latina y El Caribe, p. 124, 2003.

PEREIRA, T.C.L. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores da Atenção Básica. **[Dissertação]** Feira de Santana/Bahia: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2012.

PERES, C.R.F.B. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 4, p. 905-11, 2011.

PILAN, L.A.; BENSEÑOR, I.M. Síndromes funcionais somáticas. **Revista de Medicina**, v. 87, n. 4, p. 238-44, 2008.

PINHO, P.S.; ARAÚJO, T.M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.15, n. 3, p. 560-72, 2012.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n. 2, p. 251-63, 2000.

PUERTAS, G.; RÍOS, C.; VALLE, H. Prevalencia de transtornos mentales comunes em barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 20, n. 5, p. 324-30, 2006.

R Core Team (2013) R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Disponível em <<http://www.R-project.org/>>. Acesso em 27/08/2013.

REIS, A.L.P.P.; FERNANDES, S.R.P.; GOMES, A.F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.30, n.4, p. 712-725, 2010.

RESENDE, M.C. et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2115-2122, 2011.

RIBEIRO, R. B.; MELZER-RIBEIRO, D.L.; CORDEIRO, Q. Morbidade e Mortalidade causadas por doenças mentais no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.34, p. 217-220, 2012.

ROSA, A.J.; BONFANTI, A.L.; CARVALHO, C.S. O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e Suas Relações com o Trabalho. **Saúde Sociedade**, v.21, n.1, p.141-152, 2012.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde Rio de Janeiro**, Medsi, Editora Médica e Científica Ltda., 1994.

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T.M.; OLIVEIRA, N.F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SANTOS, K. O. B.; et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.5, p. 921-9, 2008.

SILVA, C.B.; SANTOS, J.E.; SOUZA, R.C. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.1, p.153-160, 2012.

SIMÕES, A.R. O Agente Comunitário de Saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Revista de Saúde Pública**, v.2, n.1, p. 6-21, 2009.

SOUSA, G.C. O agente comunitário de saúde e a saúde mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental [**Dissertação**]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. 2007.

SOUZA, M.N.M. et al. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana Saúde Publica**, v. 35, Supl. 1, p. 38-54, 2011.

SOUZA, N.S.S. et al. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 630-8, 2008.

SOUZA, S.F. et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 710-17, 2010.

SOUZA, L.J.R.; FREITAS, M.C.S. O Agente Comunitário de Saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.96-109, 2011.

TAMAYO, M.R; TRÓCCOLI, B.T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v.7, n. 1, p. 37-4, 2002.

TELLES, S.H.; PIMENTA, A.M.C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. **Saúde Sociedade**, v.18, n.3, p.467-478, 2009.

TOMASI, E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.1, p. 66-74, 2007.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, Suppl. 1, p.193-201, 2008.

URSINE, et al. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

VARGAS, L.M.; PILATTI, L.A.; GUTIERREZ, G.L. Inatividade física e fatores associados: um estudo com trabalhadores do setor metalomecânico do município de Ponta Grossa – PR. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 32-42, 2013.

VEGGI, A. B. et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 242-7, 2004.

VOGT, M.S. et al. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de Agentes comunitários de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 297-303, 2012;

WEST, ELIZABETH. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. **Quality in Health Care**, v. 10, p. 40–48, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Burden of Disease – 2004 Update**. Geneva: WHO; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. Geneva: WHO; 2002.

ZULKEFLY, N.S.; BAHARUDIN, R. Using the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) to Assess the Psychological Health of Malaysian College Students. **Global Journal of Health Science**, v. 2, n. 1, p. 73-80, 2010.

## **ANEXOS**

**ANEXO A**  
INSTRUMENTO DE COLETA

**BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL  
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

<b>1. Sexo:</b> 1( ) Feminino 0( ) Masculino	<b>2. Idade:</b> _____anos	<b>3. Tem filhos?</b> 1( ) Sim 0( ) Não Quantos filhos: _____
<b>4. Situação conjugal:</b> 1 ( ) Solteiro (a)      2 ( ) Casado(a)      3 ( ) União consensual, união estável 4( ) Viúvo/a      5( ) Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)		
<b>5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu?</b> <u>Ensino fundamental</u> 1( ) 1ª a 4ª série      2( ) 5ª a 8ª série.  <u>Ensino Médio</u> 3( ) 1º ano      4( ) 2º ano      5( ) 3º ano  <u>Ensino Superior</u> 7( ) Completo      8( ) Incompleto <b>Qual curso?</b> [ANOTAR] _____ <u>Técnico</u> 6( ) <b>Qual curso?</b> [ANOTAR] _____		
<b>6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele?</b> 1( ) Branca      2( ) Amarela (oriental)      3( ) Parda 4( ) Origem indígena      5( ) Preta      6( ) Não sabe		

**BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO**

<b>1. Qual o cargo que você exerce?</b> _____
<b>2. Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo?</b> _____ anos _____ meses
<b>3. Seu vínculo de trabalho atual é:</b> 1( ) Municipal com concurso (do quadro permanente) 2( ) Municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal) 3( ) Contratado pela CLT 4( ) Prestador de serviços 5( ) Cooperativado 6( ) Cargo de confiança 7( ) Terceirizado 8( ) Estagiário
<b>4. Há quanto tempo você trabalha no serviço público?</b> _____ anos _____ meses
<b>5. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual?</b> _____ anos _____ meses
<b>6. Você fez algum treinamento institucional ou um curso de qualificação básica para exercer sua função atual?</b> 0( ) Sim 1( ) Não <b>Se SIM, por favor, especifique qual</b> _____
<b>7. Você tem recebido treinamento durante o tempo que está exercendo este cargo?</b> 0( ) Sim 1( ) Não

<b>Você se encontra sob a supervisão de um enfermeiro(a)?</b>	
0( ) Sim    1( ) Não	
<b>8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho?</b>	
0( ) sim, totalmente	3( ) quase
1( ) sim, a maior parte do tempo	4( ) nunca
2( ) sim, a menor parte do tempo	
<b>9. Seu turno de trabalho é:</b>	
1( ) Diurno	2( ) Noturno
3( ) Diurno em Regime de plantão	4( ) Noturno em regime de plantão
<b>10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?</b>	
1 ( ) Jornada semanal 8 horas	6 ( ) Jornada semanal 30 horas
2 ( ) Jornada semanal 10 horas	7 ( ) Jornada semanal 36 horas
3 ( ) Jornada semanal 12 horas	8 ( ) Jornada semanal 40 horas
4 ( ) Jornada semanal 20 horas	9 ( ) Jornada semanal ≥ 44 horas
5 ( ) Jornada semanal 24 horas	
<b>11. Em seu trabalho, você direito a</b>	
1( ) 13º salário	3( ) Férias remuneradas
2( ) Folgas	4( ) 1/3 de adicional de férias
<b>12. Você possui outro trabalho?</b>	
1( ) Sim, na Prefeitura	6( ) Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada.
2( ) Sim, em outra Prefeitura	7( ) Sim, tenho outro trabalho por conta própria
3( ) Sim, no Estado	8( ) Não, não tenho outro trabalho
4( ) Sim, no nível Federal	
5( ) Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada.	
<b>13. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda?</b>	
_____ horas semanais	

### BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

<b>1. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos do seu local de trabalho são:</b>	
2( ) Precários	1( ) Razoáveis    0( ) Satisfatórios
<b>2. Existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?</b>	
0( ) Sim	1( ) Não    2( ) Não sei o que é isso
<b>3. Você utiliza estes equipamentos?</b>	
0( ) sim	1( ) não    8( ) Não se aplica
Em caso afirmativo, qual(is)?	
<b>4. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:</b>	
0( ) Boa	1( ) Regular    2( ) Ruim    3( ) Muito ruim
<b>5. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc.?</b>	
0( ) Nunca	1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre
<b>6. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?</b>	
0( ) Nunca	1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre
<b>7. Você entra em contato com gases anestésicos?</b>	
0( ) Nunca	1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre
<b>8. Você prepara e/ou administra medicamentos?</b>	
0( ) Nunca	1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre
<b>9. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo:</b>	

1( ) Raramente	2( ) Às vezes	3( ) Sempre	
<b>10. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo:</b>			
1( ) Raramente	2( ) Às vezes	3( ) Sempre	
<b>11. Seu trabalho exige que você ande muito:</b>			
1( ) Raramente	2( ) Às vezes	3( ) Sempre	
<b>12. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo:</b>			
1( ) Raramente	2( ) Às vezes	3( ) Sempre	
<b>13. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar:</b>			
1( ) Raramente	2( ) Às vezes	3( ) Sempre	
<b>14. Você fica sem fazer pausas durante a jornada:</b>			
1( ) Raramente	2( ) Às vezes	3( ) Sempre	
<b>15. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:</b>			
0( ) Desprezível	1( ) Razoável	2( ) Elevado	3( ) Insuportável

**Com relação a vacinação:****16. Já tomou a vacina contra Hepatite B?**

0( ) Sim      1( ) Não      4( ) Não sei/não me lembro

16.1. Em caso afirmativo, você recebeu:

1( ) 1 dose    2( ) 2 doses    3( ) 3 doses    4( ) não sabe

16.2. Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B?

0( ) Sim      1( ) Não

16.3. Você ficou imunizado contra a Hepatite B?

0( ) Sim      1( ) Não fez

**17. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?**

0( ) Sim      1( ) Não      4( ) Não sei/não me lembro

17.1. Em caso afirmativo, há quanto tempo?

1( ) Menos de 10 anos    2( ) Mais de 10 anos

**18. Já tomou a vacina anti-rábica?**

0( ) Sim      1( ) Não      4( ) Não sei/não me lembro

18.1 Em caso afirmativo, você recebeu:

1( ) 1 dose    2( ) 2 doses    3( ) 3 doses    4( ) Não sei/não me lembro

**19. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?**

0( ) Sim      1( ) Não      4( ) Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu:

1( ) 1 dose    0( ) 2 doses    4( ) não sabe

**20. Já tomou a vacina contra Tétano?**

0( ) Sim      1( ) Não      4( ) Não sei/não me lembro

20.1. Em caso afirmativo, você recebeu:

2( ) Menos de 3 doses

1( ) 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos

0( ) 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos

**21. Já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?**

0( ) Sim      1( ) Não      4( ) Não sei/não me lembro

**22. Nas duas últimas semanas, os deslocamentos diários relacionados ao seu trabalho são:**

1( ) 1 a 5 quarteirões      3( ) 11 a 20 quarteirões por dia

2( ) 6 a 10 quarteirões      4( ) mais de 20 quarteirões

**23. Se você se deslocou mais de cinco quarteirões, recebeu algum auxílio ou meio de transporte?**

Você recebeu algum auxílio ou meio de transporte?

0( ) Sim      1( ) Não      8( ) Não se aplica

**24. Você recebeu protetor solar para realização de suas tarefas?**

0( ) Sim      1( ) Não      8( ) Não se aplica

**25. Há pausas para descanso (fora o almoço) durante o horário de trabalho?**

0( ) Sim 1( ) Não

**26. Existe acesso a sanitários?**

0( ) Sim 1( ) Não

**27. Existe tempo disponível para você se alimentar (lanche ou almoço)?**

0( ) Sim 1( ) Não

**28. O empregador oferece lanche durante a sua jornada de trabalho?**

0( ) Sim 1( ) Não

**29. Você mora:**

1( ) na área da sua Equipe de Saúde da Família ou na área da Unidade Básica de Saúde

2( ) em outra área ou bairro diferente da Equipe de Saúde da Família ou na área da UBS

3( ) fora do município

**30. Se você mora na sua microárea de trabalho: Quanto tempo mora nessa microárea?**

**31. Antes de ser ACS, você teve algum tipo de participação em atividades na comunidade?**

0( ) Sim 1( ) Não

Se SIM:

1( ) Instituição ou movimento social

2( ) Grupos de igreja

3( ) Clube de mães

4( ) Clube esportivo

5( ) Associação de moradores

6( ) Conselho de pais e alunos de escola

7( ) conselho de saúde / Comissão local de saúde

8( ) Não se aplica

**32. Escolha a razão (APENAS UMA) que mais pesou na sua decisão em trabalhar como ACS:**

1( ) Estava desempregado(a)

2( ) Trabalhava mas a renda não era suficiente

3( ) Trabalho do ACS deixa tempo livre para conciliar com outra a atividade (exceto estudo)

4( ) Para ter condições de continuar estudando

5( ) Já trabalhava como voluntário(a)

6( ) Foi convidada por pessoa ligada à administração municipal

7( ) Queria experimentar o tipo de trabalho

8( ) Pretendia ser profissional de saúde

9( ) Admirava o trabalho do ACS

10( ) Já desenvolvia trabalho comunitário

11( ) Foi incentivado (a) por outras pessoas ou familiares

Outro motivo?

Especificar: \_\_\_\_\_

**33. Nas duas últimas semanas, você usou filtro solar, sapato fechado, guarda-sol, guarda-chuva ou sombrinha durante a realização de seu trabalho:**

0( ) Sim 1( ) Não

**33.1. Se SIM: Esses materiais foram:**

1( ) fornecidos pelo empregador

2( ) comprados com os seus próprios recursos ou recursos da comunidade

#### BLOCO IV - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade

<p><b>1. Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.</b></p> <p>1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>

<p><b>16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>19. Meu trabalho exige muito esforço físico.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>23. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho.</b>  8( <input type="checkbox"/> ) não tenho supervisor  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>24. Meu supervisor me trata com respeito</b>  8( <input type="checkbox"/> ) não tenho supervisor  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>25. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho.</b>  8( <input type="checkbox"/> ) não tenho supervisor  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>28. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.</b>  1( <input type="checkbox"/> )Discordo fortemente    2( <input type="checkbox"/> )Discordo    3( <input type="checkbox"/> )Concordo    4( <input type="checkbox"/> )Concordo fortemente</p>
<p><b>30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu</b></p>

<p><b>trabalho.</b> 1( )Discordo fortemente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.</b> 1( )Discordo fortemente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>32. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>33. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>34. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>35. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes e supervisores.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>36. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>37. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>38. Tenho pouca estabilidade no emprego.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>39. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>40. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>41. Assim, que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>42. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>
<p><b>43. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.</b> 1( )Discordo Totalmente 2( )Discordo 3( )Concordo 4( )Concordo Totalmente</p>



2. Cozinhar?			-----
3. Passar roupa?			-----
4. Cuidar da limpeza?			-----
5. Lavar roupa?			-----
6. Pequenos consertos			-----
7. Feira/ supermercado			-----
8. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes			
Levar filho à escola			

<p><b>9. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa?</b>  0( ) Sim      1( ) Não</p>
<p><b>10. Nas últimas duas semanas, você realizou atividades domésticas?</b>  1( ) Todos os dias da semana  2( ) Três ou mais dias na semana  3( ) Um ou dois dias na semana  4( ) Apenas no final de semana  5( ) Não realizou atividades domésticas</p>
<p><b>11. Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas?</b>  _____ horas [ ] NSA</p>

**12. Você participa de atividades regulares de lazer?**

1( ) sim      0( ) não

**13. Se SIM:** De qual tipo de atividade?

- 1( ) Atividades culturais (**cinema, teatro, exposição, leitura de livros**)  
2( ) Atividades sociais (**visita a amigos, festa, barzinho, jogos:baralho/dominó**)  
3( ) Físicas (**caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia**)  
4( ) Assiste TV ou ouve rádio

**14. Com que frequência você realiza as atividades físicas?**

- 3( ) Nunca  
2( ) 1 a 2 vezes por semana  
1( ) 3 ou mais vezes por semana

**Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.**

<p>1a. em quantos dias da última semana você caminhou <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> em casa ou no trabalho como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?  Dias _____ por semana ( ) Nenhum</p>	<p>1b. Nos dias em que você caminhou por <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total você gastou caminhando <u>por dia</u>?  Horas: _____ minutos: _____</p>
<p>2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <b>MODERADAS</b> por <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u>, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos</p>	<p>2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u>, quanto tempo total você gastou fazendo essas atividades <b>por dia</b>?  Horas: _____ minutos: _____</p>

leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou na jardim como varre, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar <b>moderadamente</b> sua respiração ou batimentos do coração <b>(POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)</b> Dias _____ por semana ( ) Nenhum	
<b>3a.</b> Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <b>VIGOROSAS</b> por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> , como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavouvar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar <b>MUITO</b> sua respiração ou batimentos do coração. Dias _____ por semana ( ) Nenhum	<b>3b.</b> Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> , quanto tempo total você gastou fazendo essas atividades <b>por dia</b> ?  Horas: _____ minutos: _____
<b>Essas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.</b>	
<b>4a.</b> Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? _____ horas _____ minutos	<b>4b.</b> Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um <b>dia de final de semana</b> ? _____ horas _____ minutos

**11. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:**

0( ) Não fumante    1( ) Ex-fumante    2( ) Fumante atual

**12. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?**

1( ) Sim                      0( ) Não

**13. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?**

1( ) Sim                      0( ) Não

**14. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?**

1( ) Sim                      0( ) Não

**15. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?**

1( ) Sim                      0( ) Não

#### BLOCO VI- CAPACIDADE PARA O TRABALHO

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

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

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

5( ) Muito boa 4( ) Boa 3( ) Moderada 2( ) Baixa 1( ) Muito baixa

**3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)**

5( ) Muito boa 4( ) Boa 3( ) Moderada 2( ) Baixa 1( ) Muito baixa

**4. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?**

5( ) Nenhum 4( ) até 9 dias 3( ) de 10 a 24 dias

2( ) de 25 a 99 dias 1( ) de 100 a 365 dias

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

1( ) É improvável 4( ) Não estou muito certo 7( ) Bastante provável

**6. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?**

4( ) Sempre 3( ) Quase sempre 2( ) Às vezes 1( ) Raramente 0( ) Nunca

**7. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?**

4( ) Sempre 3( ) Quase sempre 2( ) Às vezes 1( ) Raramente 0( ) Nunca

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

4( ) Sempre 3( ) Quase sempre 2( ) Às vezes 1( ) Raramente 0( ) Nunca

#### BLOCO VII- ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

AGORA FALAREMOS UM POUCO SOBRE A SUA SAÚDE

**9. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?**

1( ) Muito bom 2( ) Bom 3( ) Regular 4( ) Ruim 5( ) Muito ruim

**10. Você possui diagnóstico médico para das doenças listadas abaixo?**

Diabetes	1( ) sim	0( ) não	Tuberculose	1( ) sim	0( ) não
Colesterol alto	1( ) sim	0( ) não	Gastrite	1( ) sim	0( ) não
Obesidade	1( ) sim	0( ) não	Úlcera	1( ) sim	0( ) não
Pressão alta	1( ) sim	0( ) não	Hepatite	1( ) sim	0( ) não
Câncer	1( ) sim	0( ) não	Infecção urinária	1( ) sim	0( ) não
Artrite/ reumatismo	1( ) sim	0( ) não	LER/DORT	1( ) sim	0( ) não
Rinite/ sinusite	1( ) sim	0( ) não	Depressão	1( ) sim	0( ) não
Asma	1( ) sim	0( ) não	Distúrbios do sono	1( ) sim	0( ) não
Infarto do miocárdio	1( ) sim	0( ) não	Anemia	1( ) sim	0( ) não
Angina	1( ) sim	0( ) não	Varizes	1( ) sim	0( ) não
Insuficiência cardíaca	1( ) sim	0( ) não	Doença dos rins	1( ) sim	0( ) não
Alergia/ eczema	1( ) sim	0( ) não	Hérnia de disco	1( ) sim	0( ) não
Disfonia	1( ) sim	0( ) não	Lombalgia	1( ) sim	0( ) não

Outro(s)? [ANOTAR] \_\_\_\_\_

**11. Em caso, de algum problema de saúde, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)**

6( ) não há impedimento / eu não tenho doença

5( ) eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença me causa alguns sintomas

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

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

2( ) por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial

1( ) na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

**12. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.**

0 = Nunca      1 = Raramente      2 = Pouco Frequente      3 = Frequente  
4 = Muito Frequente

Problema	0	1	2	3	4	Problema	0	1	2	3	4
Dor nas pernas						Cansaço mental					
Dor parte inferior das costas						Nervosismo					
Dor nos braços						Sonolência					
Dor parte superior das costas						Insônia					
Cansaço ao falar						Azia/Queimação					
Rouquidão						Fraqueza					
Problemas de pele						Redução da visão					
Esquecimento						Irritação nos olhos					
Problemas digestivos						Palpitações					

**13. Nas duas últimas semanas, você percebe piora na qualidade de sua voz?**

0( ) Não      1( ) De vez em quando      2( ) Diariamente

**14. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho?**

0( ) Não      1( ) Sim

Se **SIM**, por qual motivo? \_\_\_\_\_

**15. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?**      1( ) Sim      0( ) Não

Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

Houve emissão da CAT?

0( ) Sim      1( ) Não      2( ) Não sei o que é CAT

**16. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?**

1( ) Sim      0( ) Não

Houve emissão da CAT?

0( ) Sim      1( ) Não      2( ) Não sei o que é CAT

**17. Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde?**

0( ) Sim      1( ) Não

2( ) Não tenho conhecimento da existência dessa **Orientação**

**18. Nos últimos 12 meses, você sofreu outro tipo de acidente de trabalho ou acidente de trajeto?**

1( ) Sim      0( ) Não

Em caso afirmativo, Qual \_\_\_\_\_

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos **30 DIAS**. Se você sentiu a situação descrita nos últimos **30 DIAS** responda **SIM**. Se você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.



1. Nos últimos 12 meses você teve problemas (como dor, formigamento/ dormência) em	0( ) Sim 1( ) Não
	1. PESCOÇO
	0( ) Sim 1( ) Não
	2. OMBROS
	0( ) Sim 1( ) Não
	3. PARTE SUPERIOR DAS COSTAS
	0( ) Sim 1( ) Não
	4. COTOVELOS
	0( ) Sim 1( ) Não
5. PUNHOS/ MÃOS	
0( ) Sim 1( ) Não	
6. PARTE INFERIOR DAS COSTAS	
0( ) Sim 1( ) Não	
7. QUADRIL/ COXAS	
0( ) Sim 1( ) Não	
8. JOELHOS	
0( ) Sim 1( ) Não	
9. TORNOZELO/ PÉS	
0( ) Sim 1( ) Não	

BLOCO VIII- ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO
<p><b>1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?</b> 1( ) Sim      0( ) Não</p>
<p><b>2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?</b> 1( ) Sim      0( ) Não</p>
<p><b>3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça (física e/ou verbal) no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde?</b> 0( ) nunca    1( ) uma vez    2( ) algumas vezes    3( ) com freqüência</p>
<p><b>4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça (física e/ou verbal) no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde?</b> 0( ) nunca    1( ) uma vez    2( ) algumas vezes    3( ) com freqüência</p>
<p><b>5. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça (física e/ou verbal) praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços?</b> 0( ) nunca    1( ) uma vez    2( ) algumas vezes    3( ) com freqüência</p>
<p><b>6. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça (física e/ou verbal) praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?</b> 0( ) nunca    1( ) uma vez    2( ) algumas vezes    3( ) com freqüência</p>
<p><b>7. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça (física e/ou verbal)?</b> 0( ) nunca pensei    1( ) já pensou algumas vezes    2( ) pensa com freqüência</p>

Esta seção trata de atos de violência FORA do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:

<p><b>8. Você sofreu alguma agressão (física e/ou verbal) nos últimos 12 meses (fora do trabalho)?</b> 1( ) Sim      0( ) Não</p>
<p><b>Se sim, quem praticou a agressão?</b></p>

<p>1 ( ) paciente/ usuário do serviço de saúde</p> <p>2 ( ) esposo (a)</p> <p>3 ( ) amigo (a)</p> <p>4 ( ) pai</p> <p>5 ( ) irmão (a)</p> <p>6 ( ) mãe</p> <p>7 ( ) filho (a)</p> <p>8 ( ) vizinho (a)</p> <p>9 ( ) desconhecido (a)</p> <p>10 ( ) Outros. Especifique _____</p>
<p><b>9. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)?</b></p> <p>1 ( ) Física Especifique _____ 2 ( ) Psicológica</p> <p>3 ( ) Sexual 4 ( ) Negligência 5 ( ) Atos de destruição</p> <p>6 ( ) Xingamentos</p> <p>7 ( ) Outros. Especifique _____</p>
<p><b>10. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos <u>12 meses</u>?</b></p> <p>1 ( ) Sim 0 ( ) Não</p>

**Qual seu vencimento bruto mensal?**

R\$ \_\_\_\_\_

**Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:**

**ANEXO B**  
AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DAOS

### AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS

Projeto de pesquisa: **Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**

Pesquisador responsável: **Tânia Maria de Araújo**

Eu, **Stela dos Santos Souza**, Secretária de Saúde do município de Jequié-Ba, possuindo ciência da realização da pesquisa intitulada: "**Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**", cujo objetivo geral é investigar as condições de emprego, as condições de trabalho e de saúde de profissionais de saúde da atenção básica.

Temos ciência, que este projeto é uma parceria com a Universidade Estadual de Feira de Santana (Núcleo de Epidemiologia); envolve pesquisadores também da Universidade Federal do Recôncavo-UFRB, Universidade Federal do Vale São Francisco-UNIVASF, Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB (Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde do Trabalhador-NEST).

Neste contexto, **autorizo a coleta de dados do Projeto acima citado.**

*28 de Outubro* de 2010

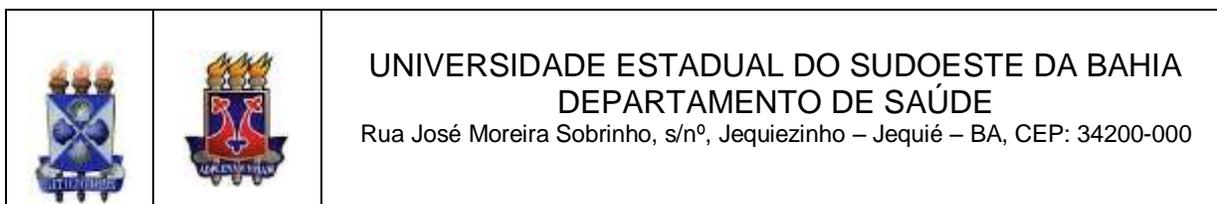
*SSouza*

---

Stela dos Santos Souza  
Secretária Municipal de Saúde – Jequié-Ba

**ANEXO C**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



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

**Título do projeto:** “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores de saúde”.

Pesquisadores: Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo; Dr<sup>a</sup> Maura Maria Guimarães de Almeida; Dr<sup>a</sup> Thereza Christina Coelho Bahia, Ana Claudia Conceição da Silva.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual a sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente na Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS (Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia – KM 03, BR 116, Campus universitário, 6º Módulo, CEP: 44.031-460, Feira de Santana-BA – Telefone (0XX75) 3224-8320) ou na Universidade estadual do Sudoeste da Bahia/UESB (Departamento de Saúde – Rua José Moreira Sobrinho, s/nº, Jequiezinho – Jequié – BA, CEP: 34200-000) para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maior informações.

Esta pesquisa pretende investigar as condições de trabalho nas unidades de Atenção Básica à Saúde dos municípios de Feira de Santana, Vitória da Conquista, Juazeiro, Santo Antônio de Jesus e Jequié, a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão em efetivo exercício profissional nas unidades selecionadas para este estudo. O conhecimento sobre os fatores envolvidos na relação entre a saúde e o trabalho pode favorecer o planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e para a eliminação ou redução de fatores de risco no ambiente de trabalho.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar você preencherá um questionário que aborda alguns

aspectos em relação às condições e características do seu ambiente de trabalho e serão avaliados também aspectos relacionados à saúde.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Se você sentir algum desconforto (mal estar) relacionado ao objeto de pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes e à comunidade em geral e a científica. Os dados serão armazenados pelo Núcleo de Pesquisa/NEPI (UEFS) e no prazo de 5 anos, sob a responsabilidade da coordenação da pesquisa. A divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consiste de duas vias onde uma ficará com você e outra conosco.

Desde já agradecemos a sua colaboração e colocamos a disposição para qualquer esclarecimentos que porventura possa surgir.

Jequié, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.



\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Profa. Tânia Maria de Araújo  
Coordenadora da pesquisa  
(0XX75) 3224-8320

\_\_\_\_\_  
Profa. Ana Claudia Conceição da Silva  
Coordenadora da pesquisa em Jequié

**ANEXO D**

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA  
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 30 de novembro de 2009.  
O f. CEP-UEFS nº 267/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

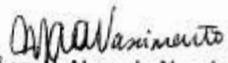
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado "**Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**", registrado sob **Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09)**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (30/11/2010) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

  
Maria Ângela Alves do Nascimento  
Coordenadora do CEP-UEFS