



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E MULTIMORBIDADE  
EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA BAHIA**

**JULIANA DA SILVA OLIVEIRA**

**JEQUIÉ-BA  
2019**

**JULIANA DA SILVA OLIVEIRA**

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E MULTIMORBIDADE  
EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da banca examinadora.

**LINHA DE PESQUISA:** Vigilância à Saúde

**ORIENTADORA:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Alves Nery

**JEQUIÉ-BA  
2019**

O48a Oliveira, Juliana da Silva.

Aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade em agentes comunitários de saúde da Bahia / Juliana da Silva Oliveira.- Jequié, 2019. 169f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Adriana Alves Nery)

1.Saúde do trabalhador 2.Trabalho 3.Condições de trabalho  
4.Agentes comunitários de saúde 5.Doença 6.Morbidade  
7.Multimorbidade I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 616.05781

Rafaella Câncio Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

## FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Juliana da Silva. **Aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade em agentes comunitários de saúde da Bahia**. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié-BA. 2019.

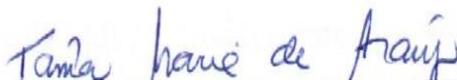
### BANCA EXAMINADORA



**Prof.ª Dr.ª Adriana Alves Nery**

Doutora em Enfermagem

Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde  
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



**Prof.ª Dr.ª Tania Maria de Araújo**

Doutora em Saúde Pública

Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



**Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho**

Doutor em Medicina e Saúde

Professor Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



**Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes**

Doutor em Epidemiologia

Professor Adjunto da Universidade Federal de Pelotas  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



**Prof. Dr. Rafael Pereira de Paula**

Doutor em Engenharia Biomédica

Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Programa Multicêntrico de Pós-Graduação em Bioquímica e Biologia Molecular

Jequié/BA, 24 de abril de 2019.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao autor da minha vida... Aquele que esteve, está e estará comigo em todos os momentos, por onde eu trilhar os meus caminhos... Aquele que nunca me desamparou, que foi e é o meu eterno amigo e companheiro... Aquele que me disse: és minha e eu te chamo pelo nome, pois és preciosa aos meus olhos, porque eu te aprecio e te amo, fica tranquila, pois eu estou contigo... Obrigada por me carregar no colo quando eu mais precisava! Sem **Ele** nada seria possível! Ao Meu Senhor **Deus**, os meus sinceros e eternos agradecimentos...

Ao meu esposo **Marcos Rogem** pelo amor, amizade, compreensão, cuidado e apoio. Obrigada por fazer meus dias mais leves e me ensinar a como viver com mais amor e paciência. Obrigada por fazer da nossa casa um lar e morada de **DEUS!** Louvo a Deus pela sua vida!

A minha mãe **Eliana Alves**, um exemplo de mulher. Obrigada por ter abdicado a sua vida para se dedicar a nossa educação. Sem você jamais teríamos chegado até aqui!

Ao meu pai **João Fernandes** pelo cuidado e amor para comigo, que por muitas vezes em silêncio dizia que me apoiava e que também estava ao meu lado...

Aos meus irmãos **Ricardo, Indira, Thiago e Lucas** pelo amor, amizade, cuidado e compressão. Na nossa irmandade a conquista de um é a conquista de todos...

As minhas cunhadas **Yndiara e Dani** e ao meu cunhado **Inaldo**, obrigado por estarem cuidando das jóias da nossa família... Sei o quanto torcem por mim!

Aos meus sobrinhos **Heloísa, Lucas, Mateus e Letícia**, por entender que nem sempre eu pude me fazer presente no crescimento e desenvolvimento de vocês.

Ao meu enteado **Theo Francisco**, por todo carinho e compreensão.

A toda minha família, por entenderem as minhas ausências, especialmente as minhas avós Maria (**FIA**) e Elzita (**ZITINHA**). Queria me fazer mais presente na vida de vocês, perdão.

Aos novos amigos adquiridos no doutorado, **Adilson, Alessandra, Claudio Henrique, Ícaro José, Lélia, Mailson, Patrícia, Rose Manuela, Sâmia, Saulo, Soraya, Sumaia**, obrigada por compartilhar momentos tão especiais juntos!

A minha companheira fiel, **Tatiane Constâncio**, grata pela convivência e apoio. Deus foi generoso em me presentear com uma pessoa tão especial quanto você!

Um agradecimento mais que especial a **Ícaro José!** Obrigada por se apresentar como uma pessoa de coração puro e como muita bondade. Sou grata por todo o incentivo, por toda a ajuda e principalmente sou grata pela sua amizade, você realmente é especial.

A todos os colegas professores, especialmente aos meus amigos **Alba Benémerita, Saulo Vasconcelos (obrigada pela conversa sobre o objeto de estudo), Lélia Renata e Hector Munaro** por todo o incentivo, apoio e disponibilidade.

A todos os colegas da minha área e aos meus companheiros da disciplina de **Estágio Curricular Supervisionado II**, por todo apoio e incentivo!

A minha amiga **Clarice Alves** pelas palavras de incentivo e por todo amor que tem por mim. Você não tem ideia do quanto contribuiu para a realização desse sonho, será eternamente especial na minha vida!

Ao meu amigo **Jefferson Cardoso**. Serei sempre grata por você ter confiado em mim desde o início da minha trajetória acadêmica! Você me proporcionou grandes oportunidades e nessa conquista especialmente! Muito obrigada amigo!

Agradeço aos meus eternos amigos **Rita de Cássia, Cinara, Samara, Valter César, Gisele, Marleide e Robertinha** por estarem sempre presentes na minha vida e torcerem pelo meu sucesso. A todos que aqui não coloquei o nome, mas sei o quanto desejam a minha vitória...

Ao meu revisor **Valter** e a sua esposa **Gisele**, muito grata pela imensa contribuição de vocês... Apesar da distância, sabemos que somos amigos verdadeiros e que sempre poderemos contar uns com os outros... Muito bom saber que tenho amigos verdadeiros e isso eu sei que é uma raridade...

A professora **Tânia Maria Araújo**, pela solicitude e incentivo. Obrigada por confiar em mim ao ceder o banco de dados para a elaboração dessa tese.

A professora **Thereza Christina Coelho**, pela presteza e disponibilidade em me apresentar o banco de dados da pesquisa qualitativa. Obrigada!

A professora **Iracema Lua**, pela presteza no encaminhamento do banco de dados, e por se colocar a disposição, mesmo com muita demanda de trabalho.

A todos os amigos do projeto de pesquisa **Morbimortalidade dos acidentes envolvendo motociclistas atendidos em serviços pré e intra-hospitalar** e ao **Núcleo de Estudos em Saúde da População**.

Agradeço aos professores do **Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)** por me ensinar a ser mais crítica e reflexiva e pela transferência de novos conhecimentos, especialmente a Coordenadora do Programa **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Alves Nery** que se dedica diuturnamente ao PPGES.

Agradeço aos professores que aceitaram participar da banca de sustentação da tese: **Dr.<sup>a</sup>. Tânia Maria de Araújo, Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, Dr. Bruno Pereira Nunes e Dr. Rafael Pereira de Paula.** Tenho certeza que todas as contribuições abrilhantaram esse estudo.

Em especial agradeço a minha amiga e orientadora **Adriana Nery!** Obrigada por me ensinar a ser professora e pesquisadora, sou grata pelas diversas oportunidades que me proporcionou. Louvo a Deus pela sua vida!!!

E a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a construção dessa tese, especialmente aos informantes desse estudo, os **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.**

*A busca do conhecimento pelo conhecimento é curiosidade.  
A busca do conhecimento para se tornar conhecido é vaidade.  
A busca do conhecimento para servir ao próximo é AMOR!*

*Autor Desconhecido*

OLIVEIRA, JULIANA DA SILVA. **Aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade em agentes comunitários de saúde da Bahia**. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA. 2019. 169p.

## RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde atua na promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio da realização de visitas domiciliares. Para tanto, vivenciam no cotidiano diversas situações que os expõem a riscos de adoecimento físico e psíquico. Desse modo, esta tese teve como objetivos: caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e aspectos psicossociais do trabalho dos agentes comunitários de saúde da Bahia; estimar a prevalência de multimorbidade e os fatores associados a essa condição em agentes comunitários de saúde da Bahia; estimar a influência entre os aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade, bem como a sua relação com idade e sexo. Estudo transversal, com abordagem quantitativa-qualitativa, realizada com agentes comunitários de saúde de cinco municípios do estado da Bahia, entre os anos de 2011 e 2012. Os resultados do estudo mostraram que os dados quantitativos e qualitativos se complementaram. A amostra do estudo quantitativo foi composta por 932 ACS, a maioria do sexo feminino (86,5%), idade maior que 38 anos (50,3%), média de 39 anos ( $\pm 9,0$ ), cor parda (60,0%), com companheiro (67,0%), tinham filhos (77,8%), ensino médio (61%) e renda superior a um salário mínimo (64,4%). Quanto ao tipo de vínculo a maioria era efetivo (99,6%), jornada maior ou igual a 40 horas (92,8%) e os direitos trabalhista eram garantidos 97,7% possuíam 13<sup>a</sup> salário, 72,1% folgas, 85,1% férias, 84,7% adicional de férias. Evidenciou-se que os ACS exercem seu trabalho em condições de alta exigência (27,8%) e em trabalho passivo (32,2%) e que existe associação entre os grupos de demanda controle em relação à renda ( $p=0,011$ ), vínculo empregatício ( $p=0,004$ ) e satisfação do trabalho ( $p=0,001$ ). As condições de trabalho a que estes profissionais estão submetidos no dia a dia configuram-se como potenciais fatores de risco de adoecimento físico e psíquico. Referente à multimorbidade observou-se que é uma condição muito presente nessa categoria profissional (53,3%), e que sofre influência dos fatores socioeconômicos, sexo feminino (RP=1,66; IC95%= 1,24-2,23) e idade > 38 anos (RP=1,34; IC95%= 1,15-1,57); e da satisfação com o trabalho (RP=1,24; IC95%= 1,07-1,44). Observou-se que existe uma relação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade. Evidenciou-se efeito pequeno e positivo entre a demanda psicológica e a multimorbidade (0,111;  $p<0,05$ ). A multimorbidade isoladamente manteve relação positiva e moderada com a idade  $\geq 38$  (0,230;  $p<0,05$ ) e efeito pequeno com o sexo feminino (0,134;  $p<0,05$ ). Dessa forma, é necessário cuidar da saúde de quem produz saúde, já que o cuidado é um dos instrumentos de trabalho dos agentes comunitários de saúde, sendo imprescindível a implementação de melhorias das condições de trabalho, visando à redução de riscos de adoecimento físico e psíquico desses profissionais. Os resultados apresentados poderão subsidiar o planejamento e desenvolvimento de ações que busquem a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis.

**Descritores:** saúde do trabalhador; trabalho; condições de trabalho; agentes comunitários de saúde; doença; morbidade; multimorbidade.

OLIVEIRA, JULIANA DA SILVA. **Psychosocial aspects of work and multimorbidity in community health agents of Bahia**. Thesis [Doctorate]. Nursing and Health Graduate Program, State University of Southwest Bahia, Jequié-BA. 2019. 169p.

### ABSTRACT

The Community Health Agent acts in health promotion, prevention and recovery through home visits. Therefore, they experience various situations in daily life that expose them to risks of physical and mental illness. Thus, this thesis aimed to: characterize the sociodemographic, occupational and psychosocial aspects of the work of community health agents of Bahia; estimate the prevalence of multimorbidity and the factors associated with this condition in community health agents of Bahia; to estimate the influence between psychosocial aspects of work and multimorbidity, as well as their relationship with age and gender. Cross-sectional study with a quantitative-qualitative approach, conducted with community health agents from five municipalities in the state of Bahia, between 2011 and 2012. The study results showed that quantitative and qualitative data complemented each other. The sample of the quantitative study consisted of 932 CHA, mostly female (86.5%), older than 38 years (50.3%), mean 39 years ( $\pm 9.0$ ), brown (60.0%), with partner (67.0%), had children (77.8%), high school (61%) and income over one minimum wage (64.4%). Regarding the type of bond most were effective (99.6%), working hours greater than or equal to 40 hours (92.8%) and labor rights were guaranteed 97.7% had 13th salary, 72.1% time off, 85.1% vacations, 84.7% additional vacations. It was evident that the CHA perform their work under conditions of high demand (27.8%) and passive work (32.2%) and that there is an association between the groups of demand control in relation to income ( $p = 0.011$ ), employment ( $p = 0.004$ ) and job satisfaction ( $p = 0.001$ ). The working conditions to which these professionals are subjected on a daily basis are potential risk factors for physical and mental illness. Regarding multimorbidity, it was observed that this condition is very present in this professional category (53.3%), and is influenced by socioeconomic factors, female gender (PR = 1.66; 95% CI = 1.24-2.23). and age > 38 years (PR = 1.34; 95% CI = 1.15-1.57); and job satisfaction (PR = 1.24; 95% CI = 1.07-1.44). It was observed that there is a relationship between the psychosocial aspects of work and multimorbidity. There was a small and positive effect between psychological demand and multimorbidity (0.111;  $p < 0.05$ ). Multimorbidity alone maintained a positive and moderate relationship with age  $\geq 38$  (0.230;  $p < 0.05$ ) and small effect with females (0.134;  $p < 0.05$ ). Thus, it is necessary to take care of the health of those who produce health, since care is one of the work tools of community health agents, and it is essential to implement improvements in working conditions, aiming at reducing the risks of physical and mental illness. of these professionals. The results presented may support the planning and development of actions that seek to promote healthier work environments.

**Keywords:** occupational health; job; work conditions; community health workers; disease; morbidity; multimorbidity.

## LISTA DE SIGLAS

**AB:** Atenção Básica

**ACE:** Agente do Combate de Endemias

**ACS:** Agente Comunitário de Saúde

**APS:** Atenção Primária em Saúde

**CFI:** Comparative Fit Index

**CNPQ:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**CP:** Coeficiente Padronizado

**DCV:** Doenças Cardiovasculares

**DORT:** Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

**ESF:** Estratégia Saúde da Família

**FAPESB:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH:** Índice de Desenvolvimento Humano

**JCQ:** Job Content Questionnaire

**LER:** Lesão por Esforço Repetitivo

**MDC:** Modelo Demanda Controle

**MEE:** Modelagem com Equações Estruturais

**MS:** Ministério da Saúde

**NASF:** Núcleo Ampliado de Saúde da Família

**OIT:** Organização Internacional do Trabalho

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**PACS:** Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PIASS:** Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

**PNAB:** Política Nacional de Atenção Básica

**PPSUS:** Pesquisas Prioritárias para o SUS

**PREV-SAÚDE:** Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

**PSF:** Programa Saúde da Família

**RAS:** Rede de Atenção à Saúde

**RMSEA:** Root-Mean-Square Error of Approximation

**RP:** Razão de Prevalência

**RSB:** Reforma Sanitária Brasileira

**SIAB:** Sistema de Informação da Atenção Básica

**SPSS:** Statistical Packag Social Science

**SRMR:** *Standardized root mean square residual*

**SUS:** Sistema Único de Saúde

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

**TLI:** Tucker–Lewis index

**TMC:** Transtornos Mentais Comuns

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

**UEFS:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**VIGITEL:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## LISTA DE QUADRO

**Quadro 1.** Diagrama com modelo conceitual dos aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade.

50

## LISTA DE TABELAS

### **MANUSCRITO 1. *Perfil sociodemográfico, ocupacional e aspectos psicossociais do trabalho de agentes comunitários de saúde***

- Tabela 1.** Características sociodemográficas de agentes comunitários de saúde. Bahia, Brasil, 2011- 2012. 72
- Tabela 2.** Características do trabalho de agentes comunitários de saúde. Bahia, Brasil, 2011- 2012. 73
- Tabela 3.** Agente comunitário de saúde por grupos do modelo demanda-controle segundo dados sociodemográficos e ocupacionais. Bahia, Brasil, 2011- 2012. 75

### **MANUSCRITO 2. *Prevalência e fatores associados à multimorbidade em agentes comunitários de saúde***

- Tabela 1.** Prevalência e fatores associados à multimorbidade em agentes comunitários de saúde segundo características sociodemográficas, comportamentos de saúde e qualidade de vida. Bahia, Brasil, 2011- 2012. 97
- Tabela 2.** Prevalência e fatores associados à multimorbidade em agentes comunitários de saúde segundo características do trabalho. Bahia, Brasil, 2011- 2012. 98
- Tabela 3.** Razão de prevalência e intervalo de confiança bruto e ajustado entre multimorbidade e variáveis independentes do estudo. Bahia, Brasil, 2011- 2012. 99

### **MANUSCRITO 3. *Relação entre aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade: análise através da modelagem com equações estruturais***

- Tabela 1.** Indicadores de ajustamento de modelo para a relação do JCQ com a multimorbidade. Bahia, Brasil, 2011- 2012. 117
- Tabela 2.** Coeficientes padronizados e não padronizados, do modelo de equação estrutural para a estimativa dos aspectos psicossociais do trabalho sobre a multimorbidade. Bahia, Brasil, 2011- 2012. 117

## LISTA DE FIGURAS

### **Manuscrito 1. *Perfil sociodemográfico, ocupacional e aspectos psicossociais do trabalho de agentes comunitários de saúde***

**Figura 1.** Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo o Modelo Demanda Controle (MDC). Bahia, Brasil, 2011-2012. 74

### **Manuscrito 2. *Prevalência e fatores associados à multimorbidade em agentes comunitários de saúde***

**Figura 1.** Distribuição das morbidades de acordo com o sistema envolvido. Bahia, Brasil, 2011-2012. 96

### **Manuscrito 3. *Relação entre aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade: análise através da modelagem com equações estruturais***

**Figura 1.** Modelos de equação estrutural completo (Modelo A) e trajetórias significantes (Modelo B) para as relações do JCQ (ap\_soc, pd, dl), idade e sexo com a multimorbidade. Bahia, Brasil, 2011-2012. 118

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	18
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	23
2.1	OBJETIVO GERAL	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	25
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: NOVO CONTEXTO PARA A REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE	25
3.2	O TRABALHO E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: CONCEITOS PARA A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	29
3.3	ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO: O DIA A DIA DO AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO EM SAÚDE	34
3.4	MULTIMORBIDADE: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE TRABALHANDO DOENTES	43
3.5	MODELO CONCEITUAL	49
<b>4</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	52
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	52
4.2	LOCAL DO ESTUDO	53
4.3	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	54
4.4	COLETA DE DADOS	55
4.5	VARIÁVEIS	56
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	59
4.6.1	<b>Manuscrito 1</b>	60
4.6.2	<b>Manuscrito 2</b>	62
4.6.3	<b>Manuscrito 3</b>	63
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	64
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	66
5.1	MANUSCRITO 1. Perfil sociodemográfico, ocupacional e aspectos psicossociais do trabalho de agentes comunitários de saúde	67
5.2	MANUSCRITO 2. Prevalência e fatores associados à multimorbidade em agentes comunitários de saúde	90
5.3	MANUSCRITO 3. Aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade: análise através da modelagem com equações estruturais	110
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	134
	<b>REFERÊNCIAS</b>	137

<b>ANEXOS</b>	148
ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	149
ANEXO B: INSTRUMENTO DE COLETA QUANTITATIVO	151
ANEXO C: INSTRUMENTO DE COLETA QUALITATIVA	166
ANEXO D: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	169

# *INTRODUÇÃO*

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho é definido como sendo um ato exercido pelo homem que modifica o mundo, bem como a natureza humana (MERHY; FRANCO, 2008), sendo fundamental na vida dos seres humanos como forma de alcançar satisfação e realização profissional (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012).

Na saúde, o trabalho se concretiza pelo trabalho vivo em ato, que é expresso pelas relações coletivas que visam à construção do cuidado com os usuários dos serviços. Para que o trabalho em saúde se concretize em ato, faz-se necessária a existência de três dispositivos tecnológicos: a tecnologia dura, que são os instrumentos utilizados; a tecnologia leve-dura, constituída pelo saber técnico e a tecnologia leve, que são relações entre os sujeitos concretizadas em ato (MERHY, 2000).

Essas valises tecnológicas, especialmente a tecnologia leve e leve-dura, constituem-se como uma ferramenta de trabalho importante para a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que iniciou o seu exercício profissional na Atenção Primária em Saúde (APS), no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e posteriormente foi incorporado na Estratégia Saúde da Família (ESF), dentro do qual exerce o papel de elo entre o serviço de saúde e a comunidade.

A APS, *locus* inicial do exercício profissional dos ACS, caracteriza-se por ações de saúde, desenvolvidas tanto no âmbito individual quanto coletivo. Tais ações abarcam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, cuja finalidade é desenvolver uma atenção integral que impacte na condição de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (AQUINO et al., 2014).

Nesse contexto, o trabalho do ACS torna-se imprescindível para a concretização e efetivação do conceito ampliado de saúde, pois, este realiza atividades de prevenção da doença e agravos e de vigilância, por meio das visitas domiciliares e da educação em saúde (COSTA et al., 2013). Ações estas, que favorecem a implantação do atual modelo de atenção à saúde adotado no Brasil e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A concretização do trabalho em saúde acontece por meio da tríade: atividade, condições de trabalho e resultados da atividade (GUÉRIN et al., 2004). Entretanto, as condições de trabalho, considerado um dos tripés dessa tríade, na maioria das vezes, não são favoráveis para a materialização da atividade profissional dos ACS, expondo-os a diversos riscos psicossociais oriundos do ambiente de trabalho. Portanto, o trabalho pode ser fonte de sofrimento para o trabalhador de saúde.

Os fatores psicossociais do trabalho, que levam ao estresse e outras doenças, representam um conjunto de percepções e experiências vivenciadas no ambiente de trabalho, expressas pelas necessidades, cultura, experiência, estilo de vida e percepção do mundo. Diante desse conceito, afirma-se que os principais fatores psicossociais do trabalho relacionam-se aos aspectos organizacionais, ao processo de trabalho, gestão e às relações humanas vivenciadas nessa dimensão da vida (VILLALOBOS, 2004).

As visitas domiciliares, as longas distâncias percorridas, a indefinição do seu papel, exposição solar, violência intrafamiliar, condições salariais inadequadas, interface família/comunidade, relacionamento interpessoal, gerenciamento de conflitos, carga emocional, ambientes insalubres, pressões, cobrança, exigências do trabalho, desvalorização do profissional, cumprimento de metas, inexistência de limites entre o ambiente de trabalho e o local de moradia são condições de trabalho que permeiam o dia a dia destes profissionais, impactando diretamente na sua condição física e mental (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016; TRINDADE; LAUTERT, 2009; WAI; CARVALHO, 2009).

Ressalta-se que o modo de gestão do trabalho taylorizado<sup>1</sup>, especialmente nos seus aspectos de fragmentação, parcelamento e especialização do trabalho, tem sido tradicionalmente incorporado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), produzindo riscos psicossociais, pois esse modelo de gestão associado às exigências, inadequação e insuficiência dos recursos humanos e materiais para a realização do trabalho diário, geram desgaste físico, cognitivo e afetivo, além de estresse, frustração e insegurança (SHIMIZU; CARVALHO JÚNIOR, 2012), o que,

---

<sup>1</sup> Os princípios da administração científica se basearam na estrutura formal e nos processos das organizações. As pessoas eram vistas como instrumentos de produção, e utilizadas para alcançar a eficiência para a organização. Estes instrumentos de produção (pessoas) poderiam ter sido interpretados por propriedades fisiológicas e psicológicas, mas os classicistas preferiram ignorar ou minimizar a importância do fator humano, principalmente porque eles, implicitamente, acreditavam que as pessoas deveriam estar sob um sistema de autoridade (SILVA, 2001, p. 117).

portanto, poderá contribuir para aquisição de multimorbidade em decorrência do trabalho entre esses profissionais da saúde.

Entende-se por multimorbidade a ocorrência de dois ou mais problemas de saúde que se apresentam de forma simultânea no indivíduo (NICE, 2016). Esta condição está associada a um maior risco de mortalidade e redução da qualidade de vida (BOYD; FORTIN, 2010; NUNES et al., 2017). Ursine, Trelha e Nunes (2010), em estudo realizado com 77 ACS na cidade de Londrina, investigando as condições de trabalho e a qualidade de vida, mostraram que 35,7% dos ACS relataram ter alguma morbidade, sendo que os agravos mais frequentes foram a hipertensão arterial, doença cardíaca e renal. Outro estudo realizado por Tomasi et al. (2008), demonstrou que 42% dos ACS pesquisados referiram algum problema de saúde, destacando as doenças do aparelho circulatório, osteomusculares, tecido conjuntivo e transtornos mentais comuns (TMC).

Embora a literatura tenha demonstrado o impacto do trabalho dos ACS na ocorrência de doenças/agravos cardiovasculares, musculares, infecciosas, TMC, estresse, síndrome do esgotamento profissional, depressão, angústia e medo (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012; TOMASI et al., 2008), ainda são escassos estudos investigando a relação entre o trabalho dos ACS e a ocorrência de multimorbidade. Nesse sentido, identificar a relação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade nessa população poderá fornecer evidências para uma maior compreensão sobre o trabalho dos ACS e as repercussões deste em suas vidas.

Dessa forma, faz-se necessário reduzir as lacunas existentes nesse campo de conhecimento, bem como possibilitar aos gestores e demais formuladores de política da saúde, evidências para a utilização de melhores ferramentas para aprimorar o desenvolvimento e organização do trabalho, inclusive, com propostas de enfrentamento, (re) organização e adequações apropriadas para um desempenho compatível com o nível exigido pelo Ministério da Saúde (MS), Sistema Único de Saúde (SUS) e ESF.

Assim, tendo como objeto de estudo os aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade referida entre agentes comunitários de saúde da Bahia, elaborou-se a seguinte questão de investigação: existe associação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade referida entre os Agentes Comunitários de Saúde na Bahia?

A presente tese parte da hipótese de que os aspectos psicossociais do trabalho são determinantes para uma maior ocorrência de multimorbidade referida em agentes comunitários de saúde. Vale destacar que as discussões acerca dessa temática são relevantes, uma vez que os agentes comunitários de saúde são o elo entre a comunidade e a unidade de saúde, e, portanto, necessária para compreensão de como o trabalho repercute no processo de adoecimento e saúde destes trabalhadores, a fim de elucidar questões relacionadas aos agentes cuidadores que atuam na operacionalização da prevenção, promoção e reabilitação à saúde da comunidade.

*OBJETIVOS*

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade referida em agentes comunitários de saúde da Bahia.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e os aspectos psicossociais do trabalho dos agentes comunitários de saúde da Bahia;
- Estimar a prevalência de multimorbidade e os fatores associados a essa condição em agentes comunitários de saúde da Bahia.
- Estimar a influência entre aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade, bem como a sua relação com idade e sexo.

# *REVISÃO DE LITERATURA*

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A Declaração de Alma Ata foi um marco mundial para a APS ao recomendar que todos os governos elaborassem políticas e estratégias de ação para implantar o cuidado primário em saúde juntamente com outros setores e destacar a necessidade do envolvimento e da vontade política para a mobilização dos recursos (OMS, 1978).

A partir da década de 70, quando se iniciam as críticas ao modelo biomédico, cuja forma de atuação prioriza o desenvolvimento de ações que atendam às necessidades imediatas dos indivíduos, como o alívio da dor e o tratamento de doenças, essas críticas estendem-se a ênfase do modelo às ações curativas e tratamento dos danos, na medicalização e hospitalização, por vezes desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde/doença e, conseqüentemente, o cuidado integral ao ser humano.

Ainda nesse período foi implantado, inicialmente no Nordeste, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com ações básicas para o fornecimento de água e privadas higiênicas. O programa incorporou os agentes de saúde como parte da equipe de saúde, sendo supervisionados por enfermeiros. Em seguida, o programa ganhou escopo e foi estendido para todo o território nacional, tendo permanecido até 1981, quando integrou-se, posteriormente, ao Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que reforçava a proposta da Conferência de Alma Ata, com o favorecimento do setor público, causando grande contrariedade por diversos atores sociais que discordavam da sua implantação (AQUINO et al., 2014).

Em 1988, a Conferência Nacional de Saúde passa a ser um marco, haja vista reafirmar a saúde como direito e dever do Estado e definir os princípios e as diretrizes para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS constitui-se como uma política de Estado que está alicerçada em uma concepção de saúde regida por princípios, diretrizes e dispositivos jurídicos que organizam o fluxo das ações dos governos (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

O SUS é um direito inalienável de toda a população brasileira, e a APS configura-se como projeto político de saúde brasileiro que emergiu de lutas populares, direcionados para a construção de uma saúde resolutiva, que atendesse

a todo território nacional e superasse o modelo médico assistencial que era, e ainda é, hegemônico (CECILIO; REIS, 2018).

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) se contrapõe ao modelo médico assistencial e fundamenta-se em uma concepção ampliada da saúde, pois parte do entendimento de que a saúde decorre de condições de vida saudáveis e, para tanto, faz-se necessário pensar nos determinantes sociais de saúde e as necessidades da população referente à alimentação, condições de moradia, à educação, ao lazer, às condições de transporte, à segurança, aos serviços de saúde, de emprego e de renda.

A APS, definida pelo MS como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado para a realização da gestão do cuidado aos indivíduos, tendo papel importante na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Caracteriza-se, ainda, pela soma de ações de saúde, que objetiva o desenvolvimento de atenção integral que impacte na condição de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (AQUINO et al., 2014). Nesse contexto, espera-se que a APS seja resolutiva e tenha condições de prestar cuidado clínico, por meio do uso dos dispositivos tecnológicos, tanto diagnósticas como terapêuticas, bem como responder às necessidades da população e fomentar a concepção ampliada da saúde com base na intersectorialização com os componentes da RAS (BRASIL, 2017).

Em 1994, foi iniciado então um processo de reorganização da atenção primária em saúde, por meio da implantação da ESF, o qual favoreceu a expansão do número de equipes de saúde da família e teve efeitos significativos na melhoria da saúde da população em todo o país.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a ESF como estratégia de expansão e consolidação da APS que visa superar um modelo assistencial, fundamentado na visão hospitalocêntrica, com ações biologicistas, baseado em curas de doentes (BRASIL, 2017). Para tanto, a ESF emerge com o foco no núcleo familiar, de forma que a atenção seja alicerçada na territorialização, pois dessa forma, acredita-se que os olhares dos profissionais serão ampliados quanto ao processo saúde/doença e as intervenções que se fazem indispensáveis para o atendimento integral da população sejam realizadas de forma mais rápida e efetiva.

Salienta-se que essa estratégia manteve as características de experiências exitosas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado

na década de 90, o qual constituiu um marco para os ACS, pois estes passaram a ser considerados como parte da equipe de saúde, com a função de contribuir para a redução das elevadas taxas de mortalidade materno-infantil no Nordeste. Além da função de atuar em situações de emergência sanitária, de territorialização, de responder pelos indivíduos daquela abrangência territorial, de enfatizar as ações voltadas para a família, de desenvolver ações preventivas centradas na equipe e da integração dos serviços ofertados com a comunidade (AQUINO et al., 2014).

Ressalta-se nesse contexto, que a ESF busca favorecer a reorientação do trabalho realizado pela equipe da atenção primária, ampliar a oferta de atendimento de prevenção e promoção da saúde com impacto direto na redução da morbimortalidade da população, o que implica numa relação custo benefício favorável (AQUINO et al., 2014).

Entretanto, para que a proposta de reorganização da atenção primária se consolide, faz-se necessária a sua operacionalização por meio dos trabalhadores de saúde. Assim, a ESF tem no ACS uma ferramenta importante no processo de reforma do setor da saúde, com a finalidade de aumentar a acessibilidade ao sistema e incrementar as ações de prevenção e promoção de saúde para a comunidade, visando ao fortalecimento das ações voltadas para a promoção e prevenção, não muito diferente das ações já realizadas pelos ACS do PACS.

A profissão dos ACS foi definida de forma legal em 1997. Dois anos depois da definição, determinaram-se as diretrizes para o exercício profissional. E, em seguida, foram publicadas, na Lei 10.507, em 2002, as regulamentações básicas para a atuação na prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas junto à comunidade. Em 2006, houve a revogação dessa lei e a promulgação da Lei 11.350, que determinava as atividades dos ACS e dos agentes de endemias (BARROS et al., 2010).

No ano de 2018, havia 263.630 mil ACS atuando em 5.504 municípios (BRASIL, 2019), com a função primordial de ser o elo entre a comunidade e as unidades de saúde, de fazer o acompanhamento de, no máximo, 750 pessoas, de desenvolver ações básicas de saúde, de identificar os fatores determinantes do processo saúde/doença, além de desencadear ações de promoção de saúde e de prevenção de doença, por meio de atividades educativas individuais e coletivas na comunidade (AQUINO et al., 2014; BRASIL, 2017).

Estudos apontam o impacto na melhora da assistência à saúde da população após a inserção dos ACS nas comunidades, entre as quais inclui-se a queda da mortalidade infantil por meio da redução do número de óbitos relacionados à pneumonia, ao sarampo e à desidratação (HARRIS; HAINES, 2012), maior cobertura vacinal (ÁVILA, 2011); aumento do número de consultas do pré-natal e o parto assistido; aumento do período de aleitamento materno incentivado pelos ACS; identificação dos óbitos infantis e maternos; aumento das notificações de doenças transmissíveis; identificação de situações de risco precoce; e melhoria nas condições de higiene e condições ambientais por meio de ações de educação em saúde (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

Contudo, apesar da relevante atuação dos ACS, a PNAB em 2017 retira a obrigatoriedade da presença desses profissionais para a composição da equipe no modelo de atenção básica tradicional. Além disso, passou a não considerar a necessidade do território possuir uma cobertura de 100% do ACS, não definiu um número mínimo desse profissional por equipe, aumentou o volume de trabalho que estes deverão desenvolver e reduziu as ações de educação em saúde em detrimento das linhas do cuidado (CECILIO; REIS, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Essa política tem implicações significativas quanto aos direitos conquistados por esses profissionais, vínculo empregatício e piso salarial. A não obrigatoriedade desses profissionais na composição da equipe da atenção básica poderá ser visto por gestores como possibilidade para “desonerar” o município. Essa nova conjuntura, além de sinalizar um retrocesso quanto ao trabalho do ACS (BROCH et al., 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), pode gerar estresse oriundo do trabalho.

Ainda não é possível avaliar adequadamente os diversos impactos que a nova PNAB poderá trazer para a sociedade brasileira, mas podem incluir algumas consequências, com potencial efeito negativo sobre a saúde das populações, como o enfraquecimento da ESF, por meio da desvinculação das equipes dos territórios, desqualificação do trabalho do ACS e do agente do combate de endemias (ACE), favorecimento de interesses particulares frente a modelos alternativos através da adoção aos planos de saúde e à privatização (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), acarretando impactos para a APS e perda de direitos conquistados pela população brasileira.

Ressalta-se que a nova PNAB constitui-se como uma regressão aos propósitos do SUS e às suas diretrizes, especialmente a universalidade e à equidade, já que estimula a expansão da AB em detrimento da ESF, que era considerada como prioritária para a organização da APS e reorganização do modelo de atenção, o que nos faz refletir sobre as condições de trabalho que vem sendo impostas aos ACS e as repercussões na vida destes trabalhadores.

### 3.2 O TRABALHO E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: CONCEITOS PARA A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O trabalho, segundo Marx (2004), distingue o homem do animal e configura-se como o centro da relação entre o homem e a natureza, como uma forma dele produzir os seus meios de vida, se diferenciando-se, assim, das demais espécies animais. Todavia, o trabalho é também uma forma de subordinação ao capital, de forma que poderá ocorrer o estranhamento, o sacrifício e a mortificação do homem, de maneira a ser percebido por meio da perda dos objetos de trabalhos e no próprio ato da produção, podendo levar o homem a se sentir fora de si (MARX; FRIEDRICH ENGELS, 2007).

Por meio do trabalho, o homem coloca em movimento as forças do corpo com a finalidade de assimilar a matéria e lhe dá uma forma útil. O trabalho é uma necessidade indispensável para a existência do homem, sendo produzido universalmente, segundo qualquer espécie, independente da necessidade do momento e conforme a relação com o objeto (MARX, 2004), diferentemente dos animais que geram apenas o que necessitam de imediato, conforme a carência do momento.

Como o trabalho possui um caráter antropológico universal, envolve uma dimensão positiva, compreendida por Marx, como a relação que o próprio homem consegue fabricar e utilizar as ferramentas das quais ele irá se apropriar para o desenvolvimento do seu trabalho. É por meio do trabalho contínuo que o homem consegue suprir suas carências e recriar permanentemente o mundo (OLIVEIRA, 2010).

Marx destaca, ainda, que o modo de produção burguês, por meio do qual o trabalho torna-se uma atividade estranhada, que conduz o homem a objetivar-se no produto do trabalho, sendo um reflexo do capitalismo, de sorte que o homem

trabalha não pelo prazer, mas sim para satisfazer os interesses do capital e as suas necessidades imediatas, o que origina o processo de perda de si, e, portanto, da perspectiva humana do trabalho (OLIVEIRA, 2010).

Observa-se que Marx comunga com a concepção que o homem é o resultado do seu próprio trabalho, mas não interpreta o trabalho apenas de forma espiritual, e sim em uma atividade prática do homem na sua relação com a natureza (MOURA, 2012).

No modo capitalista de produção, o trabalhador passa a ser uma mercadoria miserável e essa miséria aumenta conforme eleva a sua produção. O trabalho configura-se como uma relação essencial entre a propriedade privada, a ganância, o capital, entre outras, dentro da qual todos se relacionam com o dinheiro. Destaca-se que ao ocorrer a valorização das coisas – *Sundenfal*, de forma proporcional, também ocorre a desvalorização do mundo dos homens – *Menschenwelt* (MARX, 2004).

Na figura do capital, ocorre o domínio do trabalhador por meio do produto do trabalho, sendo este estranhado para o trabalhador. Dessa forma, quanto mais o trabalhador cria produtos, mais pobre materialmente torna-se seu mundo interior e menos ele pertence a si mesmo (MARX, 2004).

Corroborando com o pensamento deste filósofo, Antunes (2005) descreve que o mundo do trabalho possui uma dimensão dupla, aquela que cria, mas que também subordina, humaniza e degrada, libera e escraviza, emancipa e aliena. Para o autor, essa dualidade mantém o trabalho humano como uma questão que está inerente nas nossas vidas.

O processo de trabalho humano para Marx (2004) é um processo em que o ser humano, com a sua própria ação impulsiona, regula e controla o seu intercâmbio material com a natureza, sendo este constituído por três elementos: a atividade adequada para um fim – o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho – o objeto de trabalho; e os meios de trabalho – o instrumental de trabalho.

Mesmo em uma perspectiva da determinação do capitalismo, o trabalho permanece com sua potencialidade criadora e o homem permanece um ser ativo. Ao se pensar em emancipação, projeta-se nessa capacidade que o homem possui de criação do trabalho para que, assim, se converta a favor do próprio homem (OLIVEIRA, 2010). Não é a consciência que determina a vida, mas é a vida que determina a consciência (PAULO NETTO, 2011).

No entanto, não se deve desconsiderar que o mundo e o homem são historicamente construídos, constituem produtos da indústria e do trabalho social, que se modificam conforme a época que está sendo vivenciada. Assim, durante a sua vida, os homens adquirem relações, que acabam sendo determinadas pelas necessidades de sobrevivência do mundo capitalista. Essas relações acabam condicionando o processo da vida social, política e espiritual dos indivíduos, o ser social determina a consciência (MARX, 1982).

Nessa perspectiva, a relação interpessoal apresenta-se como fundamental para a materialização do trabalho em saúde, em que o trabalho de um funde-se ao trabalho do outro com uma intencionalidade (MERHY; FRANCO, 2008), e o agente de trabalho faz com que ocorra a operacionalização do processo de trabalho em saúde.

Para Mendes Gonçalves (1992), o processo de trabalho em saúde deverá ser analisado pelos seus componentes, a saber: o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho e o agente de trabalho, de forma que, por meio do agente, o objeto e os instrumentos se configuram e imprimem a sua finalidade.

O objeto do trabalho representa a matéria-prima e, na saúde, são as necessidades humanas de saúde da população. Todo o processo de trabalho visa a atingir um objetivo ou uma finalidade, os quais deverão ser determinados ainda no planejamento; este irá reger toda a operacionalização do trabalho.

Os meios e as condições de trabalho se ajustam para a realização do trabalho, por meio da atividade produtiva que abrange: os instrumentos e a estrutura física (equipamentos, material de consumo, instalações, medicamentos etc.), os quais permitirão a concretização do trabalho; o conhecimento e as habilidades utilizadas no processo de trabalho; e a estrutura social. Todos esses são determinantes para a constituição das relações de poder no mundo do trabalho (FARIA et al., 2009). Ao pensar em processo de trabalho, imprime a necessidade de compreender que este só poderá ser concretizado por meio dos sujeitos executores de ações, que definem objetivos e relação com os meios. Ou seja, em saúde, é difícil imaginar o trabalho isolado, fundamental é a realização da ação em equipe para o alcance do objetivo do trabalho. É por meio do agente de trabalho que ocorre o processo de trabalho, ou seja, a dinâmica entre o objeto, os instrumentos e a atividade (PEDUZZI, 1998).

Assim, afirma-se que o processo de trabalho em saúde é definido pelo dia a dia dos agentes de saúde, relaciona-se com a prática dos trabalhadores de saúde e o consumo de serviços de saúde (PEDUZZI; CIAMPONE; LEONELLO, 2016). O processo de trabalho em saúde tem como produto final a produção não material que se concretiza no ato da própria realização da atividade (PIRES, 2000).

Na ESF, o processo de trabalho se concretiza pelos agentes que são constituídos por médico generalista ou da família, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, também outros profissionais poderão compor a equipe, os quais, todos têm como principais objetivos prestar assistência integral, contínua e resolutiva às necessidades de saúde da população (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Entretanto, apesar de estudos apontarem para mudanças positivas no processo de trabalho dos agentes de saúde da ESF, outros apresentam as dificuldades que estão sendo enfrentadas para a reorganização do modelo de atenção à saúde, as quais interferem diretamente no processo de trabalho dos agentes de saúde e conseqüentemente na vida destes (BERTONCINI, 2000; SOUSA, 2001); relacionam-se com os instrumentos, a estrutura física, ao conhecimento e à estrutura social.

Entre as dificuldades, pode-se destacar a imposição dos programas pelo MS, a normatização de programas em nível central, a desconsideração da heterogeneidade dos municípios na oferta dos serviços de saúde, a fragmentação das redes de assistência e a dificuldade para encaminhamento aos outros níveis de atenção à saúde - constituindo assim uma porta apenas de entrada sem saída -, a desconsideração do quadro epidemiológico, a sobrecarga do atendimento, alta rotatividade dos profissionais, o que dificulta a constituição do vínculo entre trabalhadores e comunidade, contratos precários de trabalho, as diversas formas de contratação profissional, as diferenças de gratificações e salários, a falta de continuidade das ações por parte das gestões, a forte influência política, as desigualdades sociais e econômicas, a violência, a infraestrutura precária, entre tantos outros fatores (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015; SOARES, 2000).

As dificuldades apresentadas se acentuam entre os ACS, pois o seu trabalho envolve dimensões políticas e sociais com uso predominante de tecnologias leves. Tais condições de trabalho fazem com que estes agentes passem a vivenciar problemas relacionados à sobrecarga no trabalho devido à falta de limites das

ações. Alonso, Béguin e Duarte em estudo de revisão, apontaram que existe a descaracterização do trabalho do ACS, os mesmos atuam na recepção; no agendamento de consultas; na organização de pastas e prontuários; no controle de materiais e almoxarifado e serviço de limpeza; na entrega de encaminhamentos para especialistas; no envio de recados do serviço de saúde para usuários, na alimentação de crianças na ausência dos pais, na pesagem das famílias para cadastramento do bolsa família e nas ações de prevenção e combate à dengue (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

Outros problemas relevantes identificados no processo de trabalho dos ACS relacionam-se com as condições precárias do trabalho, como a fragilidade do vínculo empregatício; a exposição a jornadas que extrapolam o horário de funcionamento da unidade de saúde e invade a vida privada; o atendimento de um número de famílias maior do que o preconizado; a exposição a condições de trabalho insalubres; a baixa remuneração e ausência de proteção social; o pouco reconhecimento do trabalho pelos gestores, pares e usuários; e a precariedade do sistema de saúde (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; SANTOS et al., 2016; SIMAS; PINTO, 2017).

Além dessas condições, as relações com a comunidade emergem alguns problemas, a saber: obrigatoriedade de morar na comunidade onde trabalha; convivência contínua com os problemas da comunidade; exposição à violência; e as dificuldades do relacionamento com usuários. Salienta-se ainda a fragilidade na formação profissional identificada pelo excesso de padronização de conteúdos que abordam temas predominantemente técnico-científicos e que não incluem dados da realidade local; enfoque insuficiente em aspectos teóricos e práticos que poderiam auxiliá-los no enfrentamento de questões da realidade cotidiana de trabalho, como o manejo de problemas familiares e de ordem social, e, por fim, restrição da carga horária oferecida para tal atividade (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

Essas condições de trabalho em saúde poderão produzir nos ACS a alienação, sensação de impotência, estresse, medo, conflitos, disputas por poder, insegurança e baixa autoestima, o que poderá dificultar a operacionalização da ESF (BERTONCINI, 2000). Sendo assim, o trabalho do ACS deverá ser avaliado em uma abordagem complexa, tendo em vista, que o conhecimento das informações isoladamente não reflete o real contexto de condições de trabalho que estão sendo impostas pela atual conjuntura social.

Para tanto, gestores e formuladores de políticas devem aprofundar o olhar nas questões relacionadas ao trabalho em saúde e as suas relações com os ACS. Repensar como as questões do trabalho em saúde vêm sendo impostas ao longo dos anos e suas implicações para esses trabalhadores, pois o trabalho em saúde se resume em uma forma de exploração mantida por uma sociedade capitalista.

É necessário almejar que o meio de trabalho dos ACS não se configure em um meio de adoecimento ou alienação, enfatizado por Marx; que o ACS, possa ir de encontro às amarras impostas por um sistema social que lhe condiciona e lhe adoce; que ele entenda a sua relevância enquanto agente transformador de saúde no âmbito coletivo, mas especialmente que o ACS compreenda a sua importância enquanto indivíduo que se encontra inserido em uma sociedade e que também requer cuidados com a sua saúde, especialmente a saúde psíquica.

### 3.3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO: O DIA A DIA DO AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO EM SAÚDE

A situação atual de precarização e condições do trabalho, desvalorização profissional, pressão psicológica, estresse e adoecimento no trabalho, dificuldade nas relações interpessoais, que os ACS vivenciam, sinaliza para a necessidade de buscar compreender a relação entre os aspectos psicossociais do trabalho e as influências na saúde deste trabalhador.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o progresso econômico não está apenas relacionado com a produção, mas também com as condições de vida do trabalhador, a saúde e seu bem-estar e da sua família. Dessa forma, essas instituições reconhecem que os fatores psicossociais do trabalho interferem diretamente na vida e na produção dos indivíduos.

A OIT considera como aspectos psicossociais do trabalho as relações entre o meio ambiente e as condições de trabalho refletidas em organização, funções, conteúdo do trabalho, esforços, características individuais e familiares dos trabalhadores. Destaca-se, ainda, a necessidade de observar a complexidade que envolve a determinação dos aspectos psicossociais, uma vez que estes abrangem condições relacionadas aos trabalhadores, ao meio ambiente e ao trabalho (FISCHER, 2012).

O aspecto psicossocial sofre influências de variáveis que atuam em conjunto de forma extrínseca e intrínseca. Estas variáveis de ordem sociais, mentais e físicas modificam a ação dos fatores causais na fase do mecanismo precursor da enfermidade, podendo promover ou evitar o processo de adoecimento do trabalhador (LEVI, 1988). Importa considerar que os fatores psicossociais do trabalho representam um conjunto de fenômenos que estão no trabalho e que pode afetar a saúde dos trabalhadores, tendo em vista que os principais fatores que geram estresse nesse ambiente são os relativos à organização, à gestão, ao sistema de trabalho e às relações humanas (VILLALOBOS, 2004).

O estresse ocupacional pode afetar a saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, impactar a economia, o que tem levado ao interesse e ao desenvolvimento de pesquisas relativas ao tema (SCHMIDT et al., 2013). O estresse ocupacional atua em diferentes níveis de interação para a ocorrência de doenças crônicas (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002), sendo desencadeado quando os mecanismos de resposta do trabalhador não são efetivos conforme as demandas que lhes são impostas (ARAÚJO et al., 2003). Entretanto, cada pessoa o experimenta de forma diferente, já que se faz necessário considerar os aspectos intrínsecos de cada indivíduo (LIPP, 2001).

Considerando os diversos conceitos relacionados ao estresse, os autores Karasek e Theorell (1990) concluíram que o ambiente está relacionado com todos os conceitos de estresse ocupacional. Dessa forma, consideram-no como resultado de diferenças encontradas entre as condições de trabalho e as capacidades de resposta dos trabalhadores na realização das tarefas e no controle disponível para emissão de respostas relacionadas às demandas (KARASEK, 1979).

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., 2003).

O uso de habilidades refere-se à possibilidade que o trabalho tem de promover novas aprendizagens, se envolve repetitividade, criatividade, diversidade de tarefas e desenvolvimento de habilidades individuais. Autoridade decisória relaciona-se com a tomada de decisões, a influência do grupo e fatores relativos à política do trabalho (KARASEK, 1979).

As demandas psicológicas são as exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador na realização da sua tarefa, de forma que se relaciona ao tempo, à concentração, à interrupção, à não completude, à dependência de outros envolvidos para a conclusão do seu trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Dessa forma, a demanda psicológica e o grau de controle podem ser definidos de acordo com as categorias “alto” e “baixo”, de forma que a combinação delas resulta em quatro situações de trabalho:

- Alta exigência (alta demanda e baixo controle): os trabalhadores poderão apresentar reações diversas de desgastes psicológicos como fadiga, ansiedade, depressão e doenças físicas (KARASEK; THEÖRELL, 1990).

- Trabalho ativo (alta demanda e alto controle): nessa categoria, o trabalhador possui uma alta demanda, entretanto possui uma ampla possibilidade de decisão sobre o desenvolvimento do seu labor. Nesta perspectiva o trabalho torna-se um desafio a partir do qual o trabalhador busca resolver os problemas que emergem no dia a dia do trabalho (KARASEK, 2008).

- Baixa exigência (baixa demanda e alto controle): estado desejável do trabalho para uma situação de relaxamento (ALVES, 2004).

- Trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle): o trabalhador encontra-se apático, quer seja pela ausência de desafios, que para ele são significantes, quer seja pela permissão para atuação ou até mesmo pela reprovação pelas iniciativas tomadas no trabalho.

As situações de trabalho, definidas pela combinação dessas duas dimensões (controle e demanda), portanto, distinguem características específicas de trabalho que podem indicar riscos diferenciados à saúde (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Ao modelo demanda-controle, posteriormente, foi acrescentada a percepção do apoio social no trabalho. Essa dimensão do trabalho está relacionada ao apoio de colegas e dos supervisores, pode atuar como protetor, quando se tem a maior oferta, ou como potencializador de impactos negativos, na menor oferta, na saúde dos trabalhadores (KARASEK, 2008). Corresponde à interação existente entre o trabalhador e os seus colegas e o trabalhador e a chefia. O apoio social constitui-se com as experiências pessoais e sociais vivenciadas pelo trabalhador (LAVALL; OLSCHOWSKY; KANTORSKY, 2009). Este vem sendo estudado amplamente, em

virtude da sua relação positiva com o bem estar e negativa com o estresse dos indivíduos (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

O cuidado em saúde, concernente ao objeto do trabalho do ACS, resulta de processos de trabalho realizados coletivamente ou não e, por vezes, que são ou não institucionalizados, envolvendo relações entre comunidade e trabalhadores, trocas afetivas e de saberes. Além de inúmeros atos, em que os cuidadores passam a produzir modos de agir para interferirem no processo saúde/doença, na tentativa da realização da prevenção, promoção e recuperação da vida. Para tal, faz-se necessária a utilização das tecnologias do cuidado, tanto do campo científico, como do campo empírico (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

De acordo com Ferreira et al. (2009), o ACS usa a liberdade do “trabalho vivo”, operando em lógicas que eles mesmos inventam como forma de cuidar em saúde, na tentativa de criar estratégias com o foco na produção de um cuidado mais humanizado, subvertendo a lógica de um modelo hegemônico centrado na doença, modelo biomédico, que ainda impera na ESF. Porém, ao desenvolver essas estratégias, a equipe de saúde questiona as ações que promovem a inovação do cuidado pelos ACS, o que poderá levá-los a frustrações e a insatisfações nesse ambiente de trabalho.

Evidências encontradas na literatura apontam para a desvalorização deste profissional por parte da equipe de saúde e dos gestores, repercutindo nas relações interpessoais e, conseqüentemente, no desenvolvimento do trabalho em equipe (BROCH et al., 2018; RIQUINHO et al., 2018). Os ACS descrevem a sua atuação como sendo tanto importante quanto de qualquer outro profissional da equipe, haja vista que acompanham de perto a comunidade e, principalmente, conhecem a rotina e a vivência da comunidade, uma vez que emergem desta (BROCH et al., 2018).

Os ACS compreendem que o sentido do trabalho que desenvolvem está relacionado com a escuta e o atendimento das pessoas, permitindo a construção do vínculo (BROCH et al., 2018). Para tanto, faz-se imprescindível o diálogo e o trabalho em equipe, operacionalizados com a utilização de ferramentas relacionais como a comunicação e o respeito mútuo.

Pela própria posição que ocupa, de mediador entre a comunidade e os profissionais de saúde, o ACS revela-se como importante para as relações de trocas estabelecidas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos. As principais ferramentas de trabalho utilizadas estão relacionadas às

tecnologias leves: comunicação, diálogo, acolhimento, vínculo e escuta qualificada. Dessa forma, o seu trabalho é compreendido sob a lógica de produção baseada em ações do cuidado, agir tecnológico e da lógica das relações com a comunidade, através do agir comunicativo (FERREIRA et al., 2009).

Entretanto, problemas para o desenvolvimento do trabalho dos ACS junto à comunidade são identificados, por exemplo o fato de residirem no ambiente em que trabalham, a vivência com a população, a exposição contínua relacionado à violência e o relacionamento interpessoal com a comunidade (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

Por essa proximidade, estes profissionais estão expostos e vivenciam inúmeras situações de tensão, com muito mais intensidade do que qualquer outro profissional da ESF, de maneira que, por muitas vezes, encontram-se divididos entre as necessidades da população que almeja por resolução dos problemas e do outro lado o confronto com a equipe. Independentemente dessa dualidade, os ACS precisam desenvolver o seu trabalho conforme as possibilidades e/ou desafios impostos pelo próprio sistema de saúde, tidos assim, como fragilidades na rede de atenção à saúde que se refletem no trabalho e comprometem a resolutividade das ações (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; BROCH et al., 2018; PERES et al., 2010; TRINDADE; LAUTERT, 2009).

A falta de resolutividade às necessidades de saúde da população e a dificuldade de acesso às redes de atenção, média e alta complexidade, tem impactado não só na saúde da comunidade, mas também na saúde dos ACS, uma vez que a comunidade almeja por resposta às suas demandas de saúde e para tanto procuram o ACS fora do seu expediente de trabalho. Tal situação gera nos ACS sentimentos de frustração e de angústia, além da sobrecarga de trabalho e conseqüentemente o estresse.

Nesse contexto, os ACS ficam sempre na linha de frente do sistema, inseridos em um espaço de indeterminações e incertezas e que, por muitas vezes, não existe definição de competências, habilidades e saberes. Além disso, não está e não foi capacitado para atender às diversas demandas diárias, visto que suas ferramentas de trabalho são bastante restritas e não condizem com o cenário amplo de representações e subjetividades apresentado na rotina de uma unidade de saúde da família, o que poderá levá-los ao estresse ocupacional.

A descaracterização do trabalho constitui-se como outro fator estressante para os ACS, visto que estes passaram a ficar mais tempo nas unidades de saúde desenvolvendo atividades que não estão no escopo das suas funções, como: alimentação do sistema de informação da Atenção Básica, recepcionista, agendamento de consultas e exames de média e alta complexidade (QUEIRÓS; LIMA, 2012; RIQUINHO et al., 2018), arrumação de pastas e prontuários, controle de materiais, organização do almoxarifado, serviço de limpeza (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010), mensageiro de recados, pesagem da família para o bolsa família (SAKATA; MISHIMA, 2012), ações de prevenção e combate a dengue (GOMES et al., 2009), organização da entrada e saída de pacientes, entrega de medicação, desmembra exames e ajuda o(a) auxiliar de enfermagem na coleta de exames (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

Assim, os desvios de função vêm descaracterizando a atuação do ACS e a proposta de reorganização da atenção básica, pois esses profissionais deixam de passar mais tempo com a comunidade, causando um afastamento com redução da formação de vínculo e da realização de atividades de educação em saúde com vistas à promoção e prevenção dos agravos à saúde da população.

Autores de estudos realizados com ACS em Porto Alegre e na Zâmbia mostraram a indefinição de competência e habilidades do ACS como realidade vivenciada por esses trabalhadores. Isto pode abrir precedentes para que ocorra a realização de atividades que gradualmente são incorporadas e legitimadas como atribuição dos ACS (RIQUINHO et al., 2018; ZULU et al., 2014), levando a sobrecarga de trabalho e causando sofrimento a esses trabalhadores, já que se percebem distantes da sua real função. Além disso, todas as atividades relacionadas ao desvio de função não podem ser registradas nas fichas padronizadas do sistema de informação em saúde, e-SUS Atenção Básica, conferindo invisibilidade do trabalho desenvolvido.

Ressalta-se que, para obter a efetivação das ações de saúde, faz-se necessário levar em consideração as interferências existentes entre profissionais/profissionais, profissionais/comunidade e comunidade/atenção primária, sendo esta outra situação vivenciada no dia a dia do ACS. Além disso, é imprescindível o uso de tecnologias de cuidado que atendam as demandas e necessidades de saúde da população de forma acolhedora, humanizada e efetiva, o

que torna imprescindível destacar a necessidade do suporte social para a atuação do ACS.

A falta de apoio por parte da equipe constitui-se como um problema apresentado em diversos estudos. Por vezes, esses profissionais se sentem frustrados e ou até mesmo desvalorizados quanto ao exercício da sua profissão pelo fato de não se sentirem parte da equipe, já que as suas opiniões, são desprezadas, faltando reconhecimento e valorização (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; BROCH et al., 2018; RIQUELME et al., 2018; ZULU et al., 2014). Constrangimentos após a tomada de decisão revelam que o trabalhador tem poucas oportunidades de demonstrar a sua criatividade ou até mesmo o seu poder de resolução, o que poderá constituir como fator de estresse no trabalho.

O apoio social vem sendo associado à saúde: quanto maior for o apoio, menores serão os riscos para o aparecimento de doenças (MARQUES et al., 2011; UCHINO, 2006). Estudos também comprovam o inverso, quanto menor for o apoio social, mais deficiente será o sistema de defesa do corpo, maior será a propensão para o aparecimento de doença (GUEDEA et al., 2009; VALLA, 1999).

Dificuldades de comunicação prejudicam a organização e o planejamento das ações que devem ser desenvolvidas pela equipe de saúde (NASCIMENTO et al., 2017). Estratégias metodológicas de trabalho devem ser adotadas pelas equipes para tentar sanar a falta de comunicação e potencializar o trabalho dos ACS. Entre essas estratégias, destaca-se o agir comunicativo, por meio do qual o entendimento será baseado em uma troca de informações, permeado pelo diálogo; este pode ser negociado por argumentos racionais que são livres de imposições e preconceitos (JUSTO; GOMES; SILVEIRA, 2015).

As experiências relacionais negativas, sejam atuais ou anteriores, também causam estresse na vida desses profissionais, bem como respostas fisiológicas que repercutem na saúde do trabalhador. Um estudo que identificou associação entre a satisfação do trabalho e o apoio social em uma empresa na Bahia, revelou que quanto maior for o apoio social maior será a satisfação com o trabalho, o que demonstra a importância das relações interpessoais no ambiente de trabalho (FONSECA et al., 2013).

Outro ponto de destaque vivenciado no dia a dia pelos ACS refere-se à gestão do trabalho. Os princípios de gerência científica postulados por Taylor vêm sendo disseminados e adotados no processo de trabalho dos serviços de saúde.

Tais premissas estão baseadas no controle do tempo para o aumento da produtividade, registro do trabalho que foi desempenhado, instituição de normas e rotinas, reorganização física dos ambientes de trabalho para a redução do tempo gasto sem produção, entre outras. Estudo que objetivou refletir sobre as ações realizadas pelos ACS, identificou que as ações passaram a ter um objetivo muito mais voltado para atividades administrativas, que se resumem a coleta de dados e lançamento em planilhas que visa mensurar a produtividade, haja vista que são dados exigidos pela gestão tanto no nível da gerência local, Secretária de Saúde, quanto no nível Federal, Ministério da Saúde (PINTO; FRACOLLI, 2010).

Esse modelo de gestão de trabalho vem sendo adotado pela ESF atualmente. Nele se pode identificar uma acentuada divisão do trabalho entre os formuladores de política e executores, repercutidos na repetição das tarefas, fiscalização conforme a produtividade, fragilidade na comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, o que provoca desgastes intensos aos trabalhadores (SHIMIZU; CARVALHO JÚNIOR, 2012).

Um estudo em São Paulo objetivando analisar os instrumentos de controle da ação social dos ACS e suas possibilidades de emancipação, a partir da noção de agir comunicativo realizado com 14 ACS, demonstrou que o planejamento aplicado pela ESF privilegia o número de ações/horas produzidas, de forma a desconsiderar as condições de trabalho, as especificidades das visitas e o deslocamento do ACS, destacando que as atividades são pagas pela quantidade de procedimentos realizados e registrados, desconsiderando o tempo que os ACS dedicam ao cuidado (JUSTO; GOMES; SILVEIRA, 2015). Por vezes, devido às diversas demandas no trabalho, o ACS não alcança o objetivo de realizar o número de visitas preconizadas, o que poderá gerar sentimentos de frustração, de tristeza e de angústia (BEZERRA; FEITOSA, 2018; KRUG et al., 2017).

As visitas domiciliares, foco do trabalho do ACS, vêm sendo realizadas com bastante dificuldade, haja vista a complexidade socioambiental vivenciada por esses trabalhadores. A falta de estrutura dos bairros, esgotos a céu aberto, lixos expostos, risco social, tráfico de drogas e exposição à violência, grandes deslocamentos, chuva ou exposição solar, ruas íngremes, são exemplos das péssimas condições de trabalho que esses profissionais enfrentam diariamente e que contribuem para o aparecimento e/ou aumento do estresse (BEZERRA; FEITOSA, 2018; JUSTO; GOMES; SILVEIRA, 2015; KRUG et al., 2017).

A fragilidade do vínculo empregatício, exposição da jornada de trabalho que ultrapassa o horário de funcionamento da unidade, número de famílias acompanhadas superior ao preconizado pelo MS, condições de trabalho insalubres, baixa remuneração, pouco reconhecimento do trabalho realizado, recursos humanos e materiais insuficientes, ausência de equipamentos de proteção individual, ausência de capacitação e fragilidade no processo de formação entre tantas outras, ainda são destaques em estudos que mostram a realidade vivenciada no dia a dia desses profissionais que atuam com alta demanda, impactando diretamente em sua saúde (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; BROCH et al., 2018; KRUG et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2017; RIQUINHO et al., 2018).

Podem ainda ser citados outros fatores que conduzem o ACS ao aparecimento de estresse ocupacional, como as péssimas condições de trabalho, questão de gênero, estado civil, interface família/comunidade, relacionamento interpessoal, carga emocional, estresse, ambientes insalubres, pressões e exigências do trabalho, cumprimento de metas (KRUG et al., 2017; TRINDADE; LAUTERT, 2009; WAI; CARVALHO, 2009).

O trabalho desenvolvido pela ESF está baseado na racionalidade técnica na qual a gestão desconsidera a sobrecarga de trabalho, advinda dos afastamentos como licença médica, licença maternidade, férias, cursos, recursos humanos insuficientes, demissões e outros (JUSTO; GOMES; SILVEIRA, 2015). O ACS, por vezes, não consegue lidar com essas condições de trabalho, ficando mais vulnerável ao sofrimento e/ou adoecimento, refletidos em sensação de tristeza, estresse e sentimento de incapacidade (KRUG et al., 2017).

Entretanto, apesar de tantas barreiras que o ACS tem que transpor para a operacionalização do trabalho, alguns estudos apontam que esses profissionais se sentem felizes e satisfeitos com a sua profissão, principalmente durante as visitas domiciliares (GALAVOTE et al., 2013; PERES et al., 2010; ZULU et al., 2014).

O reconhecimento do trabalho pela comunidade, por meio da mudança nas condições de saúde da população, percepção de ser útil, formação do vínculo e resolutividade fazem com que sejam fonte de motivação para o fortalecimento da sua autoestima, bem como sirva de estímulo para o desenvolvimento do trabalho (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; PERES et al., 2010; ZULU et al., 2014).

Outro fator considerado como facilitador para o desenvolvimento do processo de trabalho dos ACS está relacionado ao trabalho em equipe. O fato de poder falar,

ser ouvido, participar, interagir, expor as situações vivenciadas, promover discussões das rotinas de trabalho de forma respeitosa, possibilita a elaboração de intervenção e/ou resolução de problemas junto à comunidade (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; CARLI et al., 2014).

Para que o ACS consiga atuar a contento, tornam-se necessárias condições de trabalho adequadas. Isso implica desenvolver, continuamente, processo de avaliação das principais características da política (ESF) na qual eles estão inseridos, considerando os impactos na saúde do trabalhador. Também, estabelecer compromissos mútuos entre a comunidade, os trabalhadores e os gestores, com base em definição de estratégias intersectoriais claramente definidas. Isso se torna imprescindível, pois, a função do ACS é muito relevante para a concretização do modelo de saúde centralizado no cuidado dos indivíduos, das famílias e da comunidade (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Todas as dificuldades e facilidades identificadas no dia a dia do trabalho do agente de transformação em saúde têm uma relação direta com os aspectos psicossociais e a saúde deste trabalhador. As questões apresentadas evidenciam que os contextos vivenciados no trabalho pelos ACS os expõem à diversas condições estressoras, que persistem dia após dia, de tal modo que podem repercutir na saúde destes profissionais.

### 3.4 MULTIMORBIDADE: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE TRABALHANDO DOENTES

A partir da década de 70, no Brasil, foi iniciada mudança no âmbito político, social, econômico e demográfico. Neste período houve migração dos indivíduos para a área urbana em busca de emprego, aumento de acesso à água potável, ao saneamento básico, aos serviços públicos como saúde e educação, mudanças dos ambientes de trabalho, modificação da alimentação e houve redução na frequência da realização de atividade física (RIBEIRO, 2014), contribuindo para a modificação do perfil de morbimortalidade no país.

A conquista do direito universal à saúde, em 1988, ampliou a cobertura do sistema de saúde, que passou de 30 para 190 milhões de cidadãos (RIBEIRO, 2014), especialmente após a implantação da ESF. Em consequência, houve

aumento na expectativa de vida ao nascer, contribuição significativa da atuação dos ACS, o que reduziu o número de crianças e adolescentes e aumentou a população de idosos. Houve redução das doenças infecciosas, respiratórias e parasitárias, e as doenças crônicas não transmissíveis, que são doenças relacionadas ao envelhecimento, passaram a ser uma das principais causas de morbimortalidade da população brasileira (IBGE, 2018a).

A expectativa de vida para as mulheres, também aumentou; no ano de 2017, foi para 79,6 anos (IBGE, 2018). Sabe-se que quanto maior a idade, maior é o aparecimento de doenças e maior é a probabilidade de multimorbidade (NUNES et al., 2018).

O processo de urbanização modificou o perfil de ocupação profissional, o mercado de trabalho começou a absorver as mulheres, que conquistaram mais direitos, e passaram a atuar em espaços que até então, apenas homens trabalhavam. Contudo, a conquista pelo trabalho fez com que as mulheres tivessem uma dupla ou até mesmo tripla jornada de trabalho, mantendo os seus vários papéis de dona de casa, mãe, esposa, etc. Essa descrição, não é diferente da rotina das ACS, que em sua maioria são mulheres (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016; SANTOS et al., 2016).

Estudo realizado no Nordeste do Brasil com 153 ACS identificaram a vulnerabilidade das mulheres referente às doenças relacionadas ao trabalho, pois demonstraram que o sexo feminino está associado a menores escores de qualidade de vida nos domínios capacidade funcional, limitações físicas, dor, vitalidade e aspectos sociais, haja vista a dupla jornada de trabalho que a obriga a conciliar o cuidado com a família e o trabalho, que já é bastante desgastante pela necessidade da realização de caminhadas extensas, levantamento de peso, ambiente insalubres, por intermediar conflitos, tanto com a equipe quanto com a comunidade, sobrecarregando o profissional e propiciando o aparecimento de doenças (SANTOS et al., 2016).

Dessa forma, essas modificações no âmbito nacional vêm repercutindo na população, fazendo com que a multimorbidade passe a fazer parte da condição de saúde dos indivíduos. A multimorbidade é definida como a presença de uma doença crônica com pelo menos outra doença, aguda ou crônica, fator biopsicossocial ou fator de risco somático em um mesmo indivíduo (BATISTA, 2014; LE RESTE et al., 2015). Esse conceito de multimorbidade potencializa uma abordagem da totalidade

dos problemas do indivíduo, promovendo uma compreensão da interação entre os problemas físicos, mentais e sociais (BOYD; FORTIN, 2010).

Já o termo comorbidade é definido como a existência ou ocorrência de algumas doenças adicionais, além da condição clínica e/ou doença do indivíduo. Assim, a multimorbidade, vai além do conceito de comorbidade, não sendo apenas uma doença central, permitindo a avaliação de efeitos acumulativos de condições crônicas (GARIN et al., 2014; MARENGONI et al., 2011).

As pessoas com multimorbidade tem maior probabilidade de passar por maior número de internações hospitalares, tomam mais remédios, estão mais suscetíveis ao aparecimento de novas comorbidades, tendem a requerer um maior número de tempo em consultas e em cuidados (TAYLOR et al., 2010). Existem evidências que a multimorbidade no indivíduo aumenta o risco de mortalidade, podendo ainda gerar problemas de ordem física e mental, piorar a qualidade de vida, maior tempo de internação hospitalar, maiores complicações pós-operatórias e maior uso do serviço de saúde (DIEDERICHS; BERGER; BARTELS, 2011).

Apesar de muitos estudos sobre multimorbidade terem sido realizados em população com idades mais avançadas (NUNES et al., 2018; SOUSA-MUÑOZ et al., 2013), essa condição de saúde não está presente apenas em pessoas idosas. Estudos recentes demonstram que a multimorbidade perpassa por todas as faixas etárias e o número de indivíduos atingidos vem crescendo mundialmente (NUNES et al., 2018; SOUSA-MUÑOZ et al., 2013; GALVÃO, 2012; TAYLOR et al., 2010; VIOLAN et al., 2014). Tais evidências constituem-se como um desafio para o profissional que realizará o atendimento, pois as diferentes políticas têm afastado o médico da família de seu verdadeiro objetivo, qual seja, a abordagem holística do indivíduo, fazendo, com que este se sinta excluído do cuidado devido a sua condição de saúde e/ou presença de multimorbidade (SINNOTT et al., 2013).

O objetivo de cuidar de pacientes com multimorbidade é evitar as complicações, iatrogênicas, reduzir a morbidade e a mortalidade, bem como melhorar a qualidade de vida (BROEIRO, 2015). Entretanto, os instrumentos existentes não contemplam esses objetivos e não incluem a complexidade de cuidar de indivíduos com multimorbidade (BOYD; FORTIN, 2010). Isso coloca em questão o paradigma da investigação e da formação tradicional médica baseada na doença (BROEIRO, 2015) e de outros profissionais de saúde que prestam e prestarão o

cuidado a esses indivíduos e que, por vezes, poderão se tornar pacientes com essa condição, multimorbidade.

É o que vem sendo identificado em estudos realizados com ACS que demonstram as diversas morbidades e/ou comorbidades que estes profissionais possuem, impactando na vida pessoal e profissional. A saúde dos ACS também está relacionada com as condições de trabalho; tais condições já mencionadas refletem no adoecimento destes profissionais.

Na cidade de Pelotas/RS, foi realizado um estudo, no qual os autores identificaram 48,6% de TMC e 29% de depressão entre os ACS (KNUTH et al., 2015). Na cidade de Belo Horizonte/MG, foi identificada uma prevalência de TMC de 26,5%, associado à alta demanda psicológica do trabalho, ao relato de agressões contra o trabalhador e à insatisfação com as relações pessoais (ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016). Em quatro cidades do interior de Minas Gerais foi conduzido um estudo em que os autores mostraram que 89,2% dos ACS apresentavam escore indicativo para Síndrome de *Burnout*, estresse e desgaste emocional dos trabalhadores pesquisados (SILVA et al., 2017). Resultados similares também foram encontrados em estudo com ACS na cidade de Aracaju/SE (MOTA; DOSEA; NUNES, 2014).

Santos, Vargas e Reis (2014), em pesquisa realizada nessa mesma cidade com 236 ACS mostraram que os sintomas físicos como tensão muscular (17,8%), sensação de desgaste físico (15,5%), cansaço excessivo (9,4%), insônia (10,9%), irritabilidade (7,2%) e estresse (61,4%) foram os principais problemas de saúde reportados pelos trabalhadores pesquisados. Estes resultados demonstram que o estresse tem repercutido negativamente na saúde dessa população, sendo associado com a maior carga de doença e a multimorbidade (PRIOR et al., 2016). Ressalta-se que as pessoas com altos níveis de estresse têm um mau prognóstico de doenças, como os eventos cardiovasculares e a síndrome metabólica (CHANDOLA; BRUNNER; MARMOT, 2006; KIVIMÄKI et al., 2006), além de uma elevada taxa de mortalidade (RUSS et al., 2012).

Tomasi et al. (2008), em pesquisa realizada com profissionais de saúde, entre eles os ACS, identificou que 42% dos participantes referiram algum problema de saúde, destacando as doenças do aparelho circulatório e tecido conjuntivo como as mais ocorrentes. As queixas osteomusculares também foram identificadas entre os ACS na cidade de Jequié/BA, vez que dos 316 informantes pesquisados, 84,8%

reportaram sentir dores musculoesquelética nos últimos sete dias antes da entrevista, além de insatisfação com a sua saúde (58,9%) (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013), resultados similares foram encontrados em estudo realizado em trabalhadores na cidade de Recife/PB (GOMES et al., 2015).

Em Caraguatatuba/SP, pesquisa com 137 ACS avaliou a carga de trabalho e o processo de desgaste referido por esses trabalhadores, os quais apresentaram, conforme CID 10, diversas doenças relacionadas aos sistemas endócrino, nutricionais e metabólicas, transtornos mentais e comportamentais, nervoso, doenças nos olhos, circulatório, respiratório, digestivo, de pele e tecido conjuntivo, osteomuscular e do aparelho geniturinário. Essas doenças foram identificadas pelos relatos de sinais e sintomas, entre elas destacam-se a sinovite, tenossivite, dorsalgia, dor em membro, lesões do ombro, esporão do calcâneo, transtornos internos dos joelhos, artrose do quadril, varizes em membros inferiores, cefaleia, hérnia umbilical, colelitíase, calculose renal, cistite, ansiedade, distúrbios do sono, doenças hipertensivas, úlcera em membros inferiores e hipotireoidismo (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016).

Os ACS possuem ainda um risco elevado de exposição a doenças infecto contagiosas. Estudo em Cachoeiro de Itapemirim/ES evidenciou que os ACS que acompanharam pacientes com tuberculose apresentaram um risco de infecção maior que aqueles que não acompanharam pacientes com essa doença (MOREIRA; ZANDONADE; MACIEL, 2010). As evidências na literatura apontam ainda para a existência de uma compreensão inadequada dos ACS quanto à tuberculose e a hanseníase, o que os tornam mais suscetíveis à infecção por essas patologias (ANDRADE et al., 2011; ROCHA et al., 2015).

Além disso, evidenciou-se pelo menos uma alteração cutânea em 50% dos ACS investigados em Mateus Leme/MG, dos quais 5% atingidos por câncer de pele, 13% relataram histórico familiar da doença, 23% possuem grande quantidade de pintas e 2% cicatrizes que apresentaram ulcerações frequentes (SOUZA et al., 2016). Em MG, cidade de Ribeirão das Neves, a pesquisa identificou que 100% dos ACS já apresentaram ou apresentam pelo menos um problema de pele em decorrência da exposição solar, como queimaduras de 1º grau, insolação, manchas de nascimento que sofreram alteração na cor, espessura e tamanho ao logo da exposição solar, o aumento do número de pintas, além de manchas brancas na região da face, pescoço, braços, troncos e pernas (LIMA et al., 2010).

Distúrbio da voz também foi identificado em ACS, apontando que está associado com os problemas presentes no ambiente e na organização do trabalho (CIPRIANO et al., 2013).

Ursine, Trelha e Nunes (2010) verificaram que 35,7% dos ACS tinham comorbidade, sendo que os agravos mais frequentes foram hipertensão arterial, doença cardíaca e doença renal, somam-se ainda os sentimentos de angústia e sofrimento que esses profissionais relatam devido ao processo de trabalho.

Ademais, a simultaneidade de doenças e fatores de risco poderão contribuir significativamente para repercussões negativas na vida de indivíduos que possuem doenças crônicas não transmissíveis, como a inatividade física, o tabagismo e o etilismo. Estima-se que inatividade física seja responsável por cerca de 5 milhões de mortes anualmente no mundo e tem associação significativa com hipertensão arterial e obesidade (LEE et al., 2012; MALTA et al., 2015).

Referente ao tabagismo estima-se que ocorre 4 milhões de óbitos anuais, podendo chegar a 10 milhões de mortes em 2030 (WHO, 2008). O hábito de fumar está associado ao desenvolvimento de várias doenças crônicas, entre elas hipertensão, aterosclerose, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, enfisema pulmonar, doenças respiratórias, coronariopatias e vários tipos de câncer, como: pulmão, boca, laringe, próstata (WHO, 2008). Referente ao consumo excessivo de álcool este se apresenta associado à doença coronariana, à hipertensão arterial, a alterações plaquetárias, lipoproteicas, colesterol, triglicérides e aumento de risco de trombose (LIMA; KERR-CÔRREA; REHM, 2013).

Autores revelam que fatores de risco podem ocorrer simultaneamente (GALÁNA et al., 2005; KELISHADI et al., 2005) e, portanto, doenças somadas aos fatores de risco poderão predispor a multimorbidade. Assim, é necessário que fatores de risco dos trabalhadores sejam monitorados, tanto pelo estilo de vida como pelas condições de trabalho com vistas à redução do risco para multimorbidade.

Dessa forma, fatores comportamentais e o trabalho do ACS vêm repercutindo negativamente na sua saúde física e mental. Contudo, poucos ainda são os estudos desenvolvidos sobre multimorbidade, especialmente com os trabalhadores de saúde, sendo estes necessários para subsidiar ações de saúde voltadas para essa população, demonstrando a relevância de uma visão holística e integral da relação individual, do ambiente, das condições, da demanda, do controle e do apoio social vivenciado no trabalho, com o objetivo de promover uma maior vigilância e redução

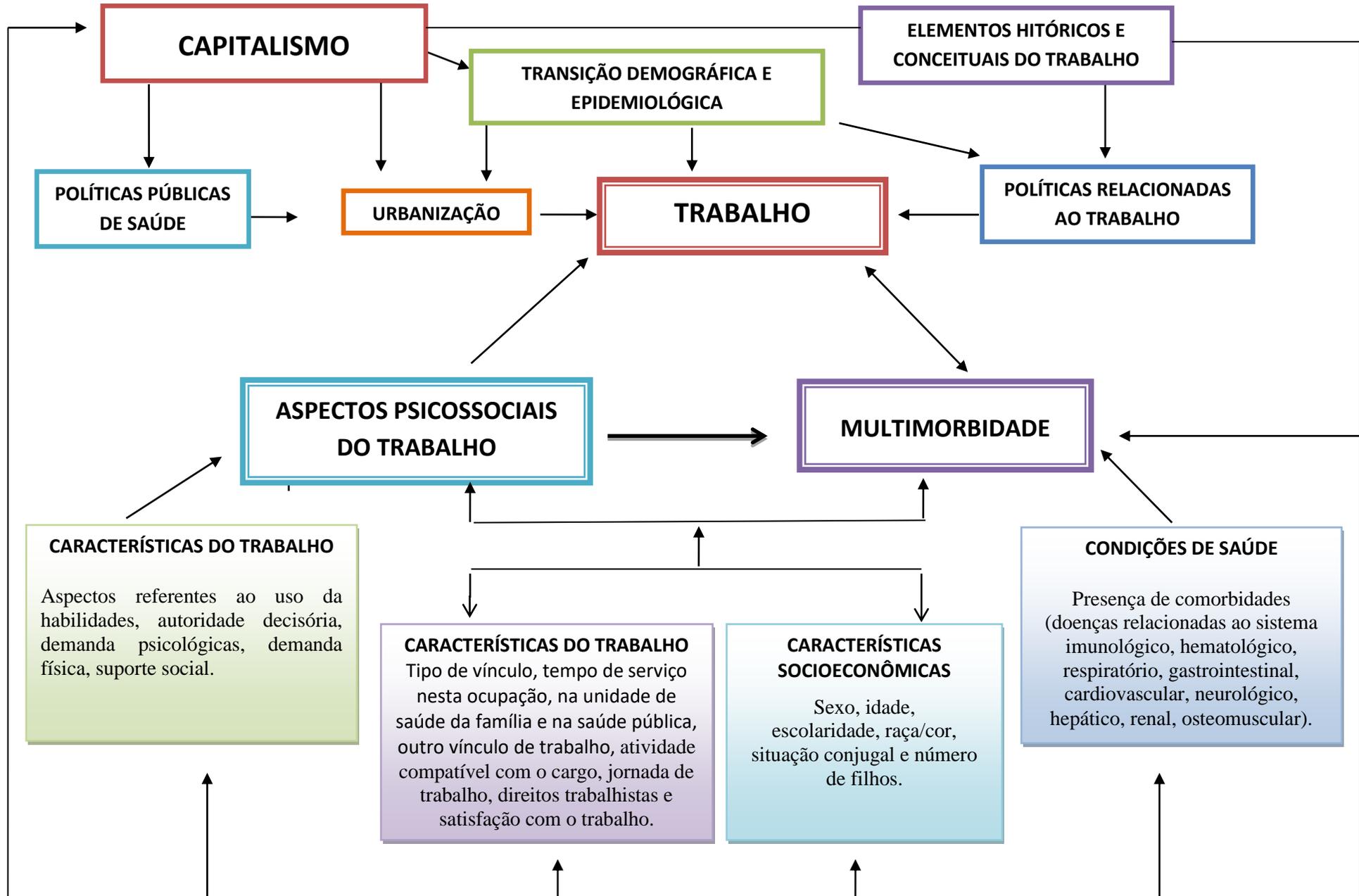
dos fatores psicossociais ocupacionais que influenciam para a multimorbidade e que vem sendo impostos aos ACS pelas condições de trabalho.

### 3.5 MODELO CONCEITUAL

Na abordagem teórica desse estudo, procurou-se identificar como os aspectos psicossociais do trabalho (demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social) influenciam na multimorbidade dos agentes comunitários de saúde.

Para tanto, estruturou-se um diagrama com modelo conceitual dos aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade.

**Quadro 1:** Diagrama com modelo conceitual dos aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade.



# *ASPECTOS METODOLÓGICOS*

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este projeto de pesquisa faz parte do estudo multicêntrico intitulado “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, da Universidade Estadual de Feira de Santana, realizado com trabalhadores da saúde da atenção primária, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), por meio do edital de Pesquisas Prioritárias para o SUS (PPSUS) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), edital Universal. O mesmo teve o objetivo de avaliar as condições de trabalho, emprego e saúde dos trabalhadores de saúde.

A pesquisa foi desenvolvida com trabalhadores de saúde que atuavam nos municípios de Salvador, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié e Itabuna e contou com uma rede de pesquisa incluindo: Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Estadual de Santa Cruz, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Universidade Federal do Recôncavo Baiano. Em cada município de coleta, havia uma coordenação local, a qual operacionalizava o desenvolvimento da pesquisa.

Apesar de alguns autores proporem uma separação dos métodos quantitativos e qualitativos, considerando que os primeiros relacionam-se com as ciências físicas e o segundo com as ciências humanas, estes podem ainda ser vistos como complementares (MINAYO, 2014). Dessa forma, essa pesquisa caracterizou-se como sendo um estudo quantitativo e qualitativo, pois ao longo da pesquisa podem intercalar-se momentos de investigação quantitativa, possibilitando suscitar questões melhor respondidas por meio do estudo qualitativo ou vice-versa.

A pesquisa quantitativa deu-se por meio do estudo epidemiológico, com corte transversal, visto que fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, produzindo “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseado na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo e a partir disto são produzidos indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2014).

A metodologia qualitativa pressupõe uma análise em profundidade, de significados, conhecimentos e atributos de qualidade dos fenômenos estudados,

mais do que a obtenção de resultados de medida, pois os dados são organizados e interpretados conforme o contexto das situações vivenciadas, partindo dos significados dos indivíduos envolvidos na pesquisa (MINAYO, 2014).

## 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié, Itabuna e Salvador, este último representado por apenas um distrito sanitário.

A capital da Bahia, Salvador, possui uma população estimada de 2.857.329 habitantes, densidade demográfica de 3.859,44 hab/km<sup>2</sup> e IDH=0,75 (IBGE, 2018a). Conta com 145 estabelecimentos entre centros de saúde e unidade de saúde (MS, 2018).

A cidade de Feira de Santana é o segundo maior município do Estado, com uma população estimada de 609.913 habitantes, densidade demográfica de 416,03 hab/km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) = 0,71 (IBGE, 2018b). O sistema de saúde do município conta com uma rede básica de saúde constituída por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 91 Unidades de Saúde da Família (USF), 120 Equipes de Saúde da Família (ESF), e 22 Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

A cidade de Santo Antônio de Jesus possui uma população estimada de 100.605 habitantes, densidade demográfica de 348,14 hab/km<sup>2</sup> e IDH=0,70 (IBGE, 2018), com 21 ESF as quais estão lotadas em 19 USF. Jequié é o nono município mais populoso da Bahia, localizado há 360 km da capital, Salvador, com população de 155.800 habitantes e densidade demográfica 47,07 hab/km<sup>2</sup> e IDH=0,66 (IBGE, 2018b). O município conta com uma rede básica de saúde composta por 24 ESF alocadas em 15 USF e 4 Centros de Saúde.

O município de Itabuna é o quinto município mais populoso da Bahia, com 212.740 habitantes, densidade demográfica 473,50 hab/km<sup>2</sup> e IDH=0,71 (IBGE, 2018). A rede básica de saúde é composta por 23 ESF lotadas em 16 USF e rede de média e alta complexidade (MS, 2018).

Todos os municípios contam com um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), o qual possui a função de ampliar a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), bem como atuar na prevenção e

controle dos problemas relacionados a saúde do trabalhador, por meio de ações integradas com gestores e trabalhadores.

#### 4.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A população do estudo foi constituída por ACS, atuando no sistema municipal de saúde das cidades supracitadas. A informação do quantitativo dos profissionais foi fornecida pela Coordenação da Atenção Básica de cada cidade.

A seleção se deu, inicialmente, a partir da obtenção da lista com a identificação dos trabalhadores de cada município sendo, posteriormente conferidas nos locais de trabalho. A distribuição percentual da amostra foi realizada com base na lista fornecida, a qual foi estratificada segundo área geográfica, nível de complexidade e grupo ocupacional e em seguida realizado sorteio aleatório com os trabalhadores. Os ACS constituíam um dos grupos ocupacionais amostrados.

Foram elegíveis os ACS que se encontravam atuando nas unidades de saúde e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A). Os trabalhadores que se encontravam afastados (licença prêmio, licença maternidade, férias ou atestado) no período em que ocorreu a coleta, bem como os profissionais que não foram localizados ou não devolveram os questionários após três agendamentos para a entrega foram excluídos do estudo.

Com o objetivo de evitar prejuízos no desenho amostral, ao se fazer o sorteio dos trabalhadores, se fez também sorteio de uma lista reserva para, no caso de perda ou recusa, ter-se amostra de reposição. Na composição dessa amostra de reposição, respeitou-se a área geográfica, o nível de complexidade, a ocupação e o sexo do sorteado original.

Dessa forma, a amostra final do estudo foi constituída de 932 trabalhadores, onde 1,1% (n=10) do município de Salvador, 36,8% (n=343) de Feira de Santana, 19,3% (n=180) de Itabuna, 29,8% (n=278) de Jequié e 13,0% (n=121) de Santo Antônio de Jesus.

Para a realização da pesquisa qualitativa procedeu-se com os mesmos critérios de seleção da definição da amostra. A determinação do número de participante ocorreu mediante a compreensão do fenômeno, objetivos da pesquisa (MINAYO, 2017).

A coleta da pesquisa qualitativa foi realizada nos municípios de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, totalizando 16 ACS, onde 50% dos participantes eram da cidade de Feira de Santana e 50% de Santo Antônio de Jesus. A escolha desses municípios foi motivada pela maior viabilidade da equipe para realização da coleta de informações.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os anos de 2011 e 2012, variando entre os municípios pesquisados.

Para padronização dos procedimentos de coleta de dados, foi elaborado um Manual de Procedimentos e Condutas, os quais todos os coordenadores locais de cada campo de coleta, receberam treinamentos para a condução da pesquisa.

Os coordenadores locais realizaram oficinas para treinamento com as equipes (estudantes de graduação e pós-graduação) para a execução da coleta, os quais entraram previamente em contato com os profissionais sorteados a fim de apresentar os objetivos do estudo e convidá-los para participar. Todos profissionais que aceitaram participar assinaram o TCLE.

O trabalho de campo, para o desenvolvimento da coleta de dados, foi organizado nas seguintes etapas: realização do contato prévio com as unidades de saúde; apresentação do estudo e entrega do questionário; recolhimento do questionário com data agendada em comum acordo com o trabalhador que tinha um prazo máximo de sete dias para a entrega; supervisão e controle da qualidade dos dados coletados realizado pela coordenação local; e o acompanhamento da coleta. Todas as etapas passaram pela supervisão dos coordenadores locais.

Na produção dos dados quantitativos foi utilizado instrumento de coleta padronizado, em forma de questionário (ANEXO B), composto por oito blocos de questões (I. Identificação geral sociodemográficas; II. Informações gerais sobre o seu trabalho; III. Informações sobre o seu ambiente de trabalho; IV. Características psicossociais sobre o trabalho; V. Atividades domésticas e hábitos de vida; VI. Capacidade para o trabalho; VII. Aspectos relacionados à saúde; VIII. Atos de violência e vitimização), elaborados a partir de instrumentos validados para pesquisas na área de saúde do trabalhador no Brasil.

Utilizou-se um questionário semiestruturado para a coleta da pesquisa qualitativa (ANEXO C), o qual foi dividido em cinco blocos com questões referentes ao trabalhador e ao trabalho (I. Identificação e trajetória profissional do(a) entrevistado(a); II. O processo de trabalho dos profissionais da saúde; III. Resultados projetados e alcançados; IV. Circunstâncias de sofrimento, adoecimento e superação; V. Determinantes políticos e ideológicos do campo). O questionário semiestruturado serviu como orientação para a interlocução, a fim de proporcionar flexibilidade, o que pode contribuir para a emergência de outras questões relevantes (MINAYO, 2014).

#### 4.5 VARIÁVEIS

- **Características sociodemográficas**

**Sexo:** masculino e feminino;

**Idade:** em anos completos e categorizada pela mediana <38, ≥38;

**Raça/cor:** foi identificada por meio da seguinte questão: Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a sua cor da pele?: Branca, amarela/oriental, parda, origem indígena, preta, sendo categorizados em brancos (branca) e não brancos (amarela, parda, indígena, preta);

**Escolaridade:** escolaridade foi identificada por meio da seguinte questão: na escola, qual o último nível de ensino e a última série/grau que concluiu? Teve como respostas possíveis: Ensino Fundamental (informar a última série concluída); Ensino Médio (1º ano, 2º ano, 3º ano); Técnico (especificar o curso); Ensino Superior: completo (especificar o curso); incompleto; especialização; mestrado; doutorado. A variável foi categorizada e analisada em três categorias: fundamental, médio, técnico/superior/pós-graduação;

**Situação conjugal:** casado(a)/união estável, solteiro(a), separado(a), viúvo(a), sendo categorizada em: sem companheiro (solteiro(a), separado(a), viúvo(a)) e com companheiro (casado(a)/união estável);

**Tem filhos:** sim e não;

**Renda:** valor da renda em real, sendo categorizada em: ≤ R\$ 622,00 e > R\$ 622,00, valor do salário mínimo referente ao de 2012.

- **Características profissionais**

**Tempo de trabalho:** apresentada em anos, sendo categorizada pela mediana  $\leq 9$  anos e  $>9$  anos;

**Tipo de vínculo:** representado pela seguinte afirmação: Seu vínculo de trabalho atual é: municipal com concurso (do quadro permanente), municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal), contratado pela CLT, cooperativado. Essa variável foi categorizada em efetivo (contratado pela CLT e cooperativado) e não efetivo (municipal com concurso (do quadro permanente), municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal)).

**Tempo de trabalho em saúde pública:** o tempo de trabalho em saúde pública foi investigado com a seguinte pergunta: Há quanto tempo você trabalha nos serviços públicos de saúde? A variável foi categorizada pela mediana  $\leq 9$  anos e  $>9$  anos;

**Tempo de trabalho na USF:** o tempo de trabalho na USF foi obtido por meio da pergunta: Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo? Sendo categorizada pela mediana  $\leq 6$  anos e  $> 6$  anos;

**Turno de trabalho:** o turno de trabalho foi verificado com a pergunta: Seu turno de trabalho é?: manhã, tarde, manhã e tarde e regime de plantão.

**Jornada de trabalho:** a jornada de trabalho foi investigada através da pergunta: Qual a sua jornada real neste trabalho no município? Jornada semanal de 8 horas, 10 horas, 12 horas, 10 horas, 20 horas, 24 horas, 30 horas, 36 horas, 40 horas,  $\geq 44$  horas. Na qual foi categorizada em  $< 40$  horas (8 horas, 10 horas, 12 horas, 10 horas, 20 horas, 24 horas, 30 horas, 36 horas, 40 horas) e  $\geq 40$  horas.

**Outro trabalho:** investigada essa variável por meio da pergunta: Você possui outro trabalho?: Sim, na prefeitura; sim em outra prefeitura; sim, no Estado; sim, no nível Federal; Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada; Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada; Sim, tenho outro trabalhai por conta própria; Não, não tenho outro trabalho. Sendo categorizado em outro trabalho: sim (sim, na prefeitura; sim em outra prefeitura; sim, no Estado; sim, no nível Federal; Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada; Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada; Sim, tenho outro trabalhai por conta própria) e não (Não, não tenho outro trabalho);

**Satisfação com o trabalho:** a satisfação com o trabalho foi avaliada com a pergunta: Você está satisfeito(a) com o seu trabalho?: Não estou satisfeito(a) de

forma nenhum; não estou satisfeito(a); estou satisfeito(a); estou muito satisfeito(a). Sendo categorizado em não (não estou satisfeito(a) de forma nenhum e não estou satisfeito(a) e sim (estou satisfeito(a) e estou muito satisfeito(a)).

- **Comportamento de saúde**

**Qualidade de vida:** representada pela pergunta: Como você avaliaria sua qualidade de vida?: muito ruim; ruim; nem ruim, nem boa; boa; muito boa. Sendo categorizada em: ruim (muito ruim; ruim), boa (boa; muito boa) e indiferente (nem ruim, nem boa);

**Atividades de lazer:** questionada pela pergunta: Você participa de atividades regulares de lazer?: sim e não;

**Tabagista:** O tabagismo foi avaliado com a seguinte pergunta: Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como: não fumante; ex-fumante e fumante atual. Sendo categorizado em não (não fumante) e sim (ex-fumante e fumante atual);

**Consumo de bebida alcoólica:** O consumo de bebida alcoólica foi avaliado pela seguinte questão: Você consome bebida alcoólica?: Sim e não.

- **Aspectos psicossociais do trabalho**

Os aspectos psicossociais do trabalho foram avaliados por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ), versão traduzida para o português e validado para trabalhadores brasileiros (ARAÚJO; KARASEK, 2008), cuja às dimensões foram: demanda psicológica (cinco questões), controle sobre o trabalho (seis questões relacionadas com habilidade e três questões que versam sobre autoridade de decisão) e apoio social no trabalho (três questões sobre apoio social dos colegas e três questões relacionada ao apoio social da chefia). Todas as questões do JCQ apresentam-se organizadas em escala ordinal tipo Likert de quatro pontos (discordo totalmente, discordo, concordo, concordo totalmente).

Estudo avaliando o desempenho do JCQ foi realizado no Brasil, evidenciando que é um bom instrumento para a identificação de aspectos psicossociais do trabalho e a relação com o processo saúde-doença (ARAÚJO; KARASEK, 2008).

Para a construção dos indicadores oriundos do JCQ, as variáveis relacionadas foram somadas, conforme instrução do manual do JCQ Center (KARASEK, 1995). O JCQ foi categorizado em alto e baixo, utilizando a média como

ponto de corte. Sendo assim, obtiveram-se as quatro possibilidades do modelo: baixa exigência (alto controle e baixa demanda); trabalho ativo (alto controle e alta demanda); trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda) e alta exigência (baixo controle e alta demanda). Foi utilizado o apoio social para a verificação da relação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade.

- **Multimorbidade**

Para a variável multimorbidade, utilizou-se a pergunta: Você possui **diagnóstico médico** para uma das doenças listadas abaixo? Todas as opções eram dicotômicas (sim e não), para as seguintes doenças: diabetes, colesterol alto, obesidade, pressão alta, câncer, artrite/reumatismo, rinite/sinusite, asma, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca, alergia/eczema, disfonia, tuberculose, gastrite, úlcera, hepatite, infecção urinária, LER/DORT, depressão, distúrbios do sono, anemia, varizes, doenças nos rins, hérnia de disco, lombalgia.

A multimorbidade foi avaliada por meio da contagem simples da doença, que é a abordagem mais comum para medi-la (HUNTLEY et al., 2012). O uso dessa abordagem baseada em contagem para medição da multimorbidade tem várias vantagens, já que é razoavelmente simples de aplicar e a sua replicação é mais direta, o que a torna importante para alcançar definições consistentes sobre multimorbidade em pesquisas (WALLACE et al., 2016). Assim, considerou como presença de multimorbidade aqueles profissionais que possuíam duas ou mais doenças autorreferidas (HUNTLEY et al., 2012).

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A tese resultou na elaboração de três manuscritos, em que foram empregados, para a análise de dados, caminhos metodológicos distintos, sendo que as particularidades de cada manuscrito estão apresentadas separadamente.

Os dados dos municípios foram tabulados no software Epidata, versão 3.1, e convertidos para o formato padrão de análise do software *Statistical Packag Social Science – SPSS*, versão 21, sendo utilizado o guia do digitador, com números absolutos e inteiros que foram codificados por meio do questionário.

Nos manuscritos, foi realizada a avaliação da população de interesse. Nessa primeira etapa, objetivando conhecer os dados, realizou-se a descrição de

frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse (características sociodemográficas, características profissionais, psicossociais do trabalho e multimorbidade), conforme objetivo de cada manuscrito.

#### 4.6.1 Manuscrito 1

Manuscrito intitulado “Perfil sociodemográfico, ocupacional e aspectos psicossociais do trabalho de agentes comunitários de saúde” teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e aspectos psicossociais do trabalho dos agentes comunitários de saúde da Bahia.

Este manuscrito teve abordagem quantitativa-qualitativa. Para a análise quantitativa descritiva utilizou-se as variáveis referente às:

- *Características sociodemográficas*: sexo (masculino e feminino); idade ( $\leq 38$  anos e  $> 38$  anos); raça/cor (branca, amarela, parda, indígena, preta, não sabe), filhos (sim e não), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro); escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, técnico/superior/pós-graduação); e renda ( $\leq 622,00$  e  $> 622,00$ ).

- *Características ocupacionais*: vínculo empregatício (efetivo e não efetivo); direito a 13º salário (sim e não), a folga (sim e não), a férias (sim e não) e a adicional de férias (sim e não), turno de trabalho (manhã, tarde, diurno, regime de plantão); jornada de trabalho ( $< 40$  horas e  $\geq 40$  horas); outro trabalho (não e sim) e satisfação com o trabalho (sim e não).

- *Aspectos psicossociais do trabalho*: baixa exigência (alto controle/baixa demanda); trabalho ativo (alto controle/alta demanda); trabalho passivo (baixo controle/baixa demanda) e alta exigência (baixo controle/alta demanda).

Os aspectos psicossociais do trabalho foram avaliados por meio do Modelo Demanda Controle (MDC), no qual foi mensurado pela versão traduzida do *Job Content Questionnaire* (JCQ), composto por questões organizadas em escala ordinal tipo *Likert* de quatro pontos (discordo fortemente, discordo, concordo, concordo fortemente), o qual abordam as seguintes dimensões: demanda psicológica (cinco itens), controle sobre o trabalho (seis itens sobre habilidade e três itens sobre autoridade de decisão).

As variáveis sociodemográficas e ocupacionais foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas. Para a análise dos fatores associados aos

aspectos psicossociais do trabalho, realizou-se a análise bivariada entre a variável dependente (MDC) e as variáveis independentes (sexo, idade, filhos, situação conjugal, escolaridade, renda, vínculo, satisfação com o trabalho, candidatura ao trabalho), procedeu-se a análise bivariada por meio do Teste Qui-quadrado. Foi considerado o Teste Exato de Fisher nos casos em que a frequência esperada das tabelas de contingência foram  $\leq 5$ . Quanto o nível de significância estatística, adotou-se  $p < 0,05$ . Os dados foram tabulados e analisados pelo Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.

Para a pesquisa qualitativa realizou-se entrevista semiestruturada nos municípios de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, totalizando 16 ACS. O roteiro de entrevista foi compreendido por cinco blocos, a saber: I - Identificação e trajetória profissional do(a) entrevistado(a); II – O processo de trabalho dos profissionais da saúde; III – Resultados projetados e alcançados; IV – circunstâncias de sofrimento, adoecimento e superação; Bloco V– determinantes políticos e ideológicos do campo.

Para manter a fidedignidade das informações, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Determinou-se o número de entrevistados com base no alcance dos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2017).

A análise, referente aos dados qualitativos, foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. A análise temática é uma técnica capaz de descobrir os núcleos de sentidos, objetivando estabelecer a comunicação a qual signifique alguma coisa para o objetivo analítico a ser estudado (MINAYO, 2014).

Os dados foram tratados respeitando as fases proposta por Bardin: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise foi a fase de organização. O primeiro contato com as entrevistas que haviam sido coletadas, buscando compreender a transcrição da forma como foram expressas durante a gravação. Em seguida, realizou-se a leitura flutuante do material que foi transcrito, sendo organizadas a partir da proposta analítica do estudo.

A segunda etapa constituiu-se na exploração do material. Etapa considerada longa, que se refere à realização de tarefas de codificação, ou seja, recorte, escolha das unidades, enumeração, escolha das regras de contagem, classificação e a

determinação da categoria. Realizou-se inicialmente um recorte do texto, denominado unidades de registro, posteriormente ocorreu a separação dos recortes e por fim realizou-se a classificação e agregação dos dados. Após essa etapa de exploração do material emergiu três núcleos do sentido, denominados: as condições de trabalho dos ACS, sentimentos vivenciados pelos agentes comunitários de saúde e as condições de saúde dos agentes comunitários de saúde.

Na terceira etapa buscou-se realizar o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, que objetiva tornar os dados válidos e significativos. Em seguida procedeu-se à articulação dos núcleos. Por fim, realizou-se a articulação dos núcleos relacionados com o objeto de estudo, aproximando com o material empírico, de forma que identificou-se o grande tema denominado “O dia-a-dia do agente comunitário de saúde”.

À medida que as informações obtidas são confrontadas com informações já existentes, pode-se chegar a amplas generalizações, o que torna a análise de conteúdo um dos mais importantes instrumentos para a análise das comunicações em massa.

#### **4.6.2 Manuscrito 2**

O segundo manuscrito “Prevalência e fatores associados à multimorbidade em agentes comunitários de saúde” teve como objetivo estimar a prevalência de multimorbidade e os fatores associados a essa condição em agentes comunitários de saúde da Bahia.

A variável dependente foi multimorbidade, mensurada por meio da contagem de morbidades autorreferidas de 26 doenças, a saber: diabetes, colesterol alto, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, câncer, artrite/reumatismo, rinite/sinusite, asma, infarto agudo do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca, alergia/eczema, disfonia, tuberculose, gastrite, úlcera, hepatite, infecção urinária, Lesão por Esforço Repetitivo (LER)/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho/DORT, depressão, distúrbios do sono, anemia, varizes, doenças dos rins, hérnia de disco e lombalgia.

As variáveis independentes estudadas foram:

- Características sociodemográficas: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, situação conjugal e presença de filhos;

- Hábitos de vida: atividades de lazer, atividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e qualidade de vida;

- Característica do trabalho: tipo de vínculo, tempo de trabalho, tempo de trabalho na saúde pública, tempo de trabalho na ESF, jornada de trabalho, outro vínculo e satisfação com o trabalho.

Realizou-se a análise dos dados por meio das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas; e média e desvio padrão para as variáveis contínuas. No intuito de melhor apresentar os dados, as variáveis contínuas referentes ao tempo de serviço foram convertidas em categóricas, por meio das suas medianas.

Para comparar a distribuição das frequências das variáveis independentes de acordo com o acometimento ou não por multimorbidade, o teste de *chi* quadrado foi utilizado com significância de 0,05. Posteriormente, as variáveis que apresentaram valor de  $p > 0,2$  foram incluídas em um modelo de regressão de Poisson multivariada, método *backward* visando o afastamento de potenciais confundimentos.

#### 4.6.3 Manuscrito 3

O título do terceiro manuscrito que objetiva estimar a influência entre aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade, bem como a sua relação com idade e sexo foi intitulado “Aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade: análise através da modelagem com equações estruturais”.

Os aspectos psicossociais do trabalho foram avaliados a partir de três dimensões do JQC: demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social. A covariável idade foi tratada de forma contínua e foi considerado o sexo feminino.

A variável desfecho, multimorbidade, foi mensurada por meio da contagem de 26 problemas de saúde autorreferidos, conforme supracitado. Considerou-se multimorbidade a presença de duas ou mais doenças autorreferidas (BOYD; FORTIN, 2010).

Para a análise dos dados recorreu-se a Modelagem de Equações Estruturais (MEE). Este modelo tem-se tornado cada vez mais importante entre os métodos estatísticos que buscam compreender as relações entre variáveis (NEVES, 2018).

Foram excluídos os questionários incompletos (comando *listwise*), resultando em 817 participantes (711 mulheres e 106 homens), com média de idade de 39 anos

( $\pm 8,78$ ). Considerou-se a matriz de covariância como entrada, adotando o estimador de máxima verossimilhança (ML), uma vez que a normalidade uni e multivariada foram atestadas (HOYLE, 2012).

No intuito de verificar a adequação dos modelos foram utilizados os seguintes índices, a *Standardized root mean square residual* (SRMR), sendo inferior a 0,08 considerado um bom ajuste (HU; BENTLER, 1999; KLINE, 2012); o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker–Lewis index* (TLI), com valores mais próximos de 1 indicando ajustamento (WANG; WANG, 2012); a *Root-Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA), com seu intervalo de confiança de 90% (IC90%), com valores  $<0,05$  sendo bom ajuste (BROWNE; CUDECK, 1992; MACCALLUM; BROWNE; SUGAWARA, 1996).

Utilizou-se a raiz do erro quadrático médio (RMSEA), para avaliação do ajuste do modelo, valores inferiores a 0,05 indicam um bom ajuste; o índice de comparação do ajuste de Bentler (CFI) e o índice de Tucker-Lewis (TLI) com valores acima de 0,9 indicando bom ajuste.

Os coeficientes padronizados (CP) foram interpretados de acordo com Kline (2011), onde um CP de cerca de 0,10 indica um efeito pequeno, um CP de cerca de 0,30 indica um efeito médio e  $CP > 0,50$  indica um efeito forte. As análises foram realizadas no *Stata* (Versão 12) e *MPLUS* (versão 7.0).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo contemplou os aspectos éticos para pesquisa, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que estava em vigor no período da submissão do projeto, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, conforme parecer nº 081/2009 e CAE: 0086.0.059.000-09 (ANEXO C).

Após esclarecimento dos objetivos, da importância e sigilo da pesquisa foi procedido à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes em duas vias. A participação dos sujeitos foi livre e espontânea, sendo garantido aos mesmos o direito de desistir do estudo ou não responder a qualquer questão que lhes trouxessem desconforto.

## *RESULTADOS*

## 5 RESULTADOS

Os resultados dessa tese serão apresentados em três manuscritos científicos que foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão.

A seleção dos temas visa contemplar os objetivos propostos no estudo, possibilitando a análise dos aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade referida em agentes comunitários de saúde da Bahia.

Com vistas a responder o primeiro objetivo específico, Caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e os aspectos psicossociais do trabalho dos agentes comunitários de saúde da Bahia, foi elaborado o primeiro manuscrito intitulado *Perfil sociodemográfico, ocupacional e aspectos psicossociais do trabalho de agentes comunitários de saúde*.

Para atender o segundo objetivo, estimar a prevalência de multimorbidade e os fatores associados à essa condição em agentes comunitários de saúde da Bahia, foi elaborado o manuscrito *Prevalência e fatores associados à multimorbidade em agentes comunitários de saúde*.

O terceiro artigo, *Relação entre aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade: análise através da modelagem com equações estruturais* contempla o objetivo terceiro objetivo que teve o intuito de estimar a influência entre aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade, bem como a sua relação com idade e sexo.

## 5.1 MANUSCRITO 1

Revista Ciência e Saúde Coletiva – Qualis B1 – Fator de Impacto 0,50

### **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, OCUPACIONAL E ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Juliana da Silva Oliveira, Adriana Alves Nery

#### **RESUMO**

Este artigo tem por objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e aspectos psicossociais do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa-qualitativa, realizado com agentes comunitários de saúde de cinco municípios do estado da Bahia, nos anos de 2011 e 2012. Utilizou-se para a coleta de dados um questionário estruturado contendo questões sociodemográficas e ocupacionais (incluindo estressores ocupacionais avaliados pelo *Job Content Questionnaire*) e entrevista semiestruturada. Os resultados mostraram que a maioria era do sexo feminino, adultas jovens, casada/união estável, com filhos, ensino médio e renda superior a um salário mínimo. Eram efetivos, não possuíam outro vínculo empregatício, atuavam em regime de 40 horas semanais, turno diurno e com direitos trabalhistas garantidos (13<sup>a</sup> salário, férias e adicional de férias). Encontravam-se, em sua maioria, satisfeitos com o trabalho. Os ACS exerciam sua função em condições de alta exigência e em trabalho passivo, o que resulta em alta exposição para o adoecimento físico e psíquico. Observou-se associação entre os grupos de demanda-controle em relação à renda, vínculo empregatício e satisfação do trabalho. Considerando a categoria temática, os dados sugerem que o dia-a-dia do ACS pode contribuir para um maior adoecimento desses profissionais. Frente a esses resultados faz-se necessária a consolidação de políticas relacionadas à saúde do trabalhador, visando à promoção e prevenção dos agravos oriundos do exercício profissional, bem como a promoção de debates entre gestores e trabalhadores.

**Palavras-chave:** agentes comunitários de saúde, saúde do trabalhador, trabalho; doença.

## INTRODUÇÃO

Os ACS têm um papel fundamental para a reorganização, expansão e consolidação da Atenção Básica (AB), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). A sua atuação tem por objetivo promover ações de prevenção e promoção da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da realização das visitas domiciliares, seu principal *locus* de atuação. Contudo, apesar de atuarem desde 1990 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), apenas no ano de 2002 a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi criada pela Lei n. 10.507<sup>1</sup>.

Por sua dinâmica de trabalho intensa, os ACS expõem-se a sobrecarga física e emocional em seu fazer cotidiano. Além disso, o fato desses profissionais residirem no mesmo local em que exercem a sua profissão, favorece a convivência e compartilhamento com os mesmos problemas da comunidade, especialmente os relacionados ao processo saúde/doença, deixando-os mais vulneráveis a riscos físicos e psíquicos quando comparados aos outros profissionais que atuam na ESF<sup>2</sup>.

Ressalta-se ainda que a credibilidade do ACS na comunidade vincula-se diretamente à sua capacidade de solução das demandas oriundas da população assistida, o que, por vezes, torna-se difícil em virtude dos aspectos relacionados à estrutura do serviço, à precariedade das condições nas quais esses serviços são oferecidos e falta de resolutividade do sistema de saúde. Isso, por sua vez, pode levá-los a experimentarem sentimentos de tristeza e frustração, bem como expô-los a situações de agressões verbais e físicas<sup>2-4</sup>.

Outras características relacionadas ao trabalho do ACS também podem contribuir para o adoecimento físico e psíquico nessa população. Entre os fatores apontados, inclui-se o desvio de função, acúmulo de tarefas, baixos salários, ausência de autonomia, jornadas longas, precarização do trabalho, fragilidade do vínculo empregatício, atendimento superior ao preconizado, exposição a condições de trabalho insalubres, ausência de proteção social, pouco reconhecimento do trabalho pelos gestores, pares e usuários, estreita convivência com os problemas da comunidade e exposição à violência<sup>5-7</sup>.

Destaca-se ainda que essas características do trabalho podem constituir-se fatores estressores, que limitam a capacidade de atuação do ACS e potencializam o desequilíbrio entre as demandas do trabalho e os recursos disponíveis para a execução deste.

Para análise das características do ambiente/processo de trabalho que favorecem a produção de estresse ocupacional, Karasek propôs o Modelo Demanda Controle (MDC). Este contribui para a compreensão das relações do trabalho e saúde, uma vez que enfatiza aspectos da organização psicossocial do trabalho, sistematizando a influência das demandas do

ambiente externo e o nível de controle que o trabalhador tem sobre o trabalho e a sua relação com o risco de adoecimento<sup>8,9</sup>.

Este estudo tem por objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e aspectos psicossociais do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

## **METODOLOGIA**

Estudo do tipo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa-qualitativa, que integra a pesquisa multicêntrica “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, realizada entre os anos de 2011 e 2012. Esta pesquisa foi realizada por meio da parceria de cinco Universidades Estaduais (Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Universidade Estadual de Santa Cruz, Universidade Federal do Recôncavo Baiano e Universidade Federal da Bahia) e teve como objetivo identificar as características do trabalho e emprego e as condições gerais de saúde dos trabalhadores que atuam na saúde em cinco municípios do estado da Bahia (Feira de Santana, Salvador, Santo Antônio de Jesus, Itabuna e Jequié), escolhidos de forma intencional.

Dentre os municípios que fizeram parte da pesquisa, Salvador possui maior densidade populacional (3.859,44 hab/km<sup>2</sup>), maior IDH (0,75) e maior número de estabelecimentos de saúde que atende pelo Sistema Único de Saúde (367). O segundo maior município foi Feira de Santana com 609.913 hab/km<sup>2</sup>, IDH 0,71 e 125 estabelecimentos de saúde, entre os quais inclui-se 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 91 Unidades de Saúde da Família (USF), 120 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 08 Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Os municípios de Itabuna e Santo Antônio de Jesus, os quais contam com uma população de 473,50 hab/km<sup>2</sup> e 348,14 hab/km<sup>2</sup>; IDH de 0,71 e 0,70 e com 23 e 21 ESF, lotada em 16 e 19 USF, respectivamente. Jequié foi o menor município participante desta pesquisa com população estimada de 155.800/47,07 hab/km<sup>2</sup> e IDH=0,66. Este município conta com uma rede básica de saúde composta por 24 ESF alocadas em 15 USF, além de 4 Centros de Saúde.

A população do estudo foi constituída por trabalhadores de saúde que atuavam na atenção básica dos sistemas municipais de saúde dos referidos municípios, selecionados de forma aleatória a partir da relação nominal dos trabalhadores fornecida pelas secretarias municipais de saúde, a qual foi atualizada pela equipe da pesquisa nos locais de trabalho. A população elegida para o presente estudo foi de ACS, os quais contabilizaram 932 indivíduos

nessa categoria profissional. Utilizou-se o programa EPI Info para a seleção da amostra dos trabalhadores.

A coleta de dados foi realizada por meio do questionário elaborado com base em instrumentos já validados, seguindo com rigor as orientações estabelecidas pelo Manual de Procedimentos e Condutas, elaborado a fim de padronizar e garantir a qualidade dos dados coletados. Foram realizados contatos com gerentes e trabalhadores das unidades de saúde, com a finalidade de apresentar os objetivos da pesquisa. Em seguida contataram-se os profissionais sorteados para explicar os objetivos do estudo, solicitar a participação na pesquisa e recolher a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Maiores detalhes sobre o desenho da amostra e outros aspectos metodológicos poderão ser encontrados em outros estudos<sup>10-12</sup>.

Para o presente estudo foram utilizadas as informações referentes às características sociodemográficas: sexo (masculino e feminino); idade coletada em anos completos e categorizada em:  $\leq 38$  anos e  $> 38$  anos; raça/cor (branca, amarela, parda, indígena, preta, não sabe), filhos (sim e não), situação conjugal categorizado em com companheiro (casado/união estável) e sem companheiro (Solteiro, viúvo, separado/divorciado); escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, técnico/superior/pós-graduação); renda em reais, categorizada em:  $\leq 622,00$  e  $> 622,00$ , valor referente ao salário mínimo do ano de 2012; características ocupacionais: vínculo empregatício (efetivo e não efetivo); direito a 13º salário (sim e não), a folga (sim e não), a férias (sim e não) e a adicional de férias (sim e não), turno de trabalho (manhã, tarde, diurno, regime de plantão); jornada de trabalho ( $< 40$  horas e  $\geq 40$  horas); outro trabalho (sim e não) e satisfação com o trabalho (sim e não); aspectos psicossociais do trabalho, avaliados por meio do Modelo Demanda Controle (MDC).

Ressalta-se que o Modelo Demanda Controle (MDC) foi avaliado por meio da versão traduzida do *Job Content Questionnaire* (JCQ), composto por questões organizadas em escala ordinal tipo *Likert* de quatro pontos (discordo fortemente, discordo, concordo, concordo fortemente), o qual abordam as seguintes dimensões: demanda psicológica (cinco itens), controle sobre o trabalho (seis itens sobre habilidade e três itens sobre autoridade de decisão). O escore obtido para cada uma das dimensões do JCQ foi categorizado em alto e baixo, utilizando a média como ponto de corte. Sendo assim, foi possível estabelecer as quatro situações de trabalho propostas pelo modelo: baixa exigência (alto controle/baixa demanda); trabalho ativo (alto controle/alta demanda); trabalho passivo (baixo controle/baixa demanda) e alta exigência (baixo controle/alta demanda).

Para análise univariada dos dados utilizou-se procedimentos da estatística descritiva (frequências absolutas e relativas). Na análise bivariada entre a variável dependente (MDC) e as variáveis independentes do estudo (sexo, idade, filhos, situação conjugal, escolaridade, renda, vínculo, satisfação com o trabalho, candidatura ao trabalho), utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher. Adotou-se o valor de probabilidade dos testes menor ou igual 0,05 para significância estatística dos dados. Foi utilizado o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21 para tabulação e análise dos dados.

Adicionalmente foram utilizados dados qualitativos, obtidos por meio de entrevista semiestruturada, realizada nos municípios de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, totalizando 16 ACS. A escolha desses municípios foi motivada pela maior viabilidade da equipe para realização da coleta de informações. A determinação do número de participantes para a pesquisa qualitativa ocorreu mediante a compreensão do fenômeno, objetivos da pesquisa<sup>13</sup>. As entrevistas foram gravadas com a finalidade de manter a fidedignidade das informações, as quais foram transcritas na íntegra. Para a realização das entrevistas seguiu-se roteiro de previamente estabelecido, o qual incluiu blocos relacionados a identificação e trajetória profissional do(a) entrevistado(a); o processo de trabalho dos profissionais da saúde; os resultados projetados e alcançados; as circunstâncias de sofrimento, adoecimento e superação; e os determinantes políticos e ideológicos do campo.

Para análise qualitativa dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, respeitando-se as fases de pré-análise, constituição do *corpus*, seleção das unidades de significância, classificação e agregação dos núcleos temáticos<sup>14</sup>. Este último deu origem a uma categoria temática denominada “O dia-a-dia do agente comunitário de saúde”.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolução em vigor na época de elaboração do projeto de pesquisa, tendo obtido a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana conforme protocolo de nº 267/2009 (CAAE: 0086.0.0059.000-09).

## **RESULTADOS**

Entre os participantes do estudo, 36,8% eram do município de Feira de Santana, 1,1% de Salvador, 13,0% de Santo Antônio de Jesus, 19,3% de Itabuna e 29,8% de Jequié. Foram estudados, no conjunto, 932 ACS.

Os ACS pesquisados eram em sua maioria do sexo feminino (86,5%), com idade maior que 38 anos (50,3%), média de 39 anos ( $\pm 9,0$ ), cor parda (60,0%), com companheiro (67,0%), tinham filhos (77,8%), possuíam ensino médio (61%) e renda superior a um salário mínimo (64,4%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de agentes comunitários de saúde. Bahia, Brasil, 2011-2012.

Variáveis	n	%
<b>Sexo (n=930)</b>		
Masculino	126	13,5
Feminino	804	86,5
<b>Idade (n=925)</b>		
$\leq 38$ anos	460	49,7
$> 38$ anos	465	50,3
<b>Raça/cor (n= 927)</b>		
Branca	92	9,9
Amarela	8	0,9
Parda	556	60,0
Indígena	7	0,8
Preta	259	27,9
Não sabe	7	0,5
<b>Tem filhos (n=927)</b>		
Não	206	22,2
Sim	721	77,8
<b>Situação conjugal (n=929)</b>		
Com companheiro	622	67,0
Sem companheiro	307	33,0
<b>Escolaridade (n=921)</b>		
Fundamental	18	2,0
Médio	562	61,0
Técnico/superior/pós-graduação	341	37,0
<b>Renda em salário mínimo (n=863)*</b>		
$\leq$ R\$ 622,00	307	35,6
$>$ R\$ 622,00	556	64,4

\*Valor do salário mínimo referente ao ano de 2012.

Em relação às características do trabalho, observou-se que a maioria dos ACS ingressou na profissão por concurso público (99,6%) e tinha jornada de trabalho maior ou igual 40 horas (92,8%). Em relação aos direitos trabalhistas, 97,7% possuíam 13<sup>a</sup> salário, 72,1% folgas, 85,1% férias, 84,7% adicional de férias, 69,9% atuavam no turno diurno, 92,8% tinham carga horária maior ou igual a 40 horas semanais e 91,6% não possuíam outro vínculo empregatício. A satisfação pelo trabalho foi referida por 74,6% dos ACS (Tabela 2).

Com relação ao tempo de trabalho evidenciou-se uma média de 8,9 anos ( $\pm 5,1$ ). Ao considerar o tempo de atuação na saúde pública e tempo na unidade de saúde a média foi de 9,2 anos ( $\pm 5,4$ ) e 7,0 anos ( $\pm 5,5$ ), respectivamente.

**Tabela 2.** Características do trabalho de agentes comunitários de saúde. Bahia, Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Total	
	n	%
<b>Tipo de vínculo (n=929)</b>		
Efetivo	925	99,6
Não efetivo	4	0,4
<b>Direito à 13º salário (n=926)</b>		
Sim	905	97,7
Não	21	2,3
<b>Direito a folgas (n= 926)</b>		
Sim	668	72,1
Não	258	27,9
<b>Direito a férias (n=926)</b>		
Sim	788	85,1
Não	138	14,9
<b>Direito a adicional de férias (n=926)</b>		
Sim	784	84,7
Não	142	15,3
<b>Turno de trabalho (n=924)</b>		
Manhã	6	0,6
Tarde	2	0,2
Diurno	643	69,6
Regime de plantão	273	29,6
<b>Jornada de trabalho (n=930)</b>		
< 40 horas	67	7,2
≥ 40 horas	863	92,8
<b>Outro trabalho (n=927)</b>		
Sim	78	8,4
Não	849	91,6
<b>Satisfação com o trabalho (n=930)</b>		
Sim	694	74,6
Não	236	25,4

Referente à situação de trabalho dos ACS, observa-se que 27,8% dos ACS encontravam-se no quadrante de alta exigência e o maior percentual desses trabalhadores 32,2% no quadrante referente ao trabalho passivo. O menor percentual de ACS atuavam na situação de trabalho ativo (17,4%). Portanto, predominavam situações de baixo controle.

		DEMANDA PSICOLÓGICA	
		BAIXA	ALTA
CONTROLE	ALTO	<b>BAIXA EXIGÊNCIA</b> 22,6% (n=195)	<b>TRABALHO ATIVO</b> 17,4% (n=150)
	BAIXO	<b>TRABALHO PASSIVO</b> 32,2% (n=278)	<b>ALTA EXIGÊNCIA</b> 27,8% (n=240)

**n = 863**

**Figura 1.** Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo o Modelo Demanda Controle (MDC). Bahia, Brasil, 2011-2012.

Não houve diferenças expressivas dos grupos de demanda-controle segundo sexo, idade, presença de filhos, situação conjugal e raça/cor da pele. Registra-se, contudo, que as maiores diferenças entre homens e mulheres foi observada na situação de trabalho de alta exigência, no qual as mulheres representaram 89,5% e os homens apenas 10,5%. De acordo com a faixa etária, observou-se que trabalhadores mais jovens estavam alocados em maior proporção na situação de alta exigência (54,8%), enquanto os mais velhos estavam em trabalho ativo ou passivo (em torno de 53%). Com relação à escolaridade chama a atenção a maior proporção de trabalhadores em alta exigência com nível técnico/superior (44,9%).

O maior percentual de ACS que possuíam outro emprego (14,4%) atuava em baixa exigência no trabalho. Em relação à satisfação para o trabalho, observou-se que os ACS em alta exigência apresentaram o menor nível de satisfação (63,6%), enquanto o maior nível foi observado entre os ACS que atuam em baixa exigência (84,1%). Ademais, o maior número de profissionais que não se candidataria novamente a profissão atuavam em alta exigência (15,1%).

Dentre os fatores avaliados, observou-se associação entre os grupos de demanda controle apenas com renda ( $p=0,011$ ), vínculo empregatício ( $p=0,004$ ) e satisfação do trabalho ( $p=0,001$ ).

**Tabela 3.** Distribuição (%) dos Agentes comunitários de saúde por grupos do modelo demanda-controle segundo dados sociodemográficos e ocupacionais. Bahia, Brasil, 2011-2012.

Variável (n)	Baixa exigência		Trabalho passivo		Trabalho ativo		Alta exigência		<i>p</i> valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	<b>Sexo (n=862)</b>								
Masculino	22	11,3	44	15,8	25	16,7	25	10,5	
Feminino	173	88,7	234	84,2	125	83,3	214	89,5	
<b>Idade (n=859)</b>									0,211
≤ 38 anos	100	51,5	129	46,6	69	46,3	131	54,8	
> 38 anos	94	48,5	148	53,4	80	53,7	108	45,2	
<b>Tem filhos (n=859)</b>									0,250
Não	39	20,1	60	21,7	32	21,5	66	27,5	
Sim	155	79,9	216	78,3	117	78,5	174	72,5	
<b>Situação conjugal (n=861)</b>									0,448
Com companheiro	135	69,2	189	68,0	104	69,8	151	63,2	
Sem companheiro	60	30,8	89	32,0	45	30,2	88	36,8	
<b>Escolaridade (n=853)</b>									0,072
Fundamental	1	0,5	4	1,4	2	1,4	5	2,1	
Médio	131	67,9	172	62,3	93	62,8	125	53,0	
Técnico/superior	61	31,6	100	36,2	53	35,8	106	44,9	
<b>Renda (n=807)</b>									0,008*
≤ R\$ 622,00	56	30,6	82	31,7	48	34,0	100	44,6	
> R\$ 622,00	127	69,4	117	68,3	93	66,0	124	55,4	
<b>Outro vínculo (n=860)</b>									0,004*
Não	166	85,6	257	92,8	139	93,3	227	94,6	
Sim	28	14,4	20	7,2	10	6,7	13	5,4	
<b>Satisfação trabalho (n=862)</b>									0,001*
Sim	164	84,1	208	74,8	113	75,3	152	63,6	
Não	31	15,9	70	25,2	37	24,7	87	36,4	
<b>Candidataria ao trabalho (n=861)</b>									0,141
Sim	179	91,8	245	88,1	135	90,0	202	84,9	
Não	16	8,2	33	11,9	15	10,0	36	15,1	

Para uma melhor compreensão de como o trabalho influenciava a vida dos ACS foi elencada a categoria temática denominada “O dia-a-dia do agente comunitário de saúde”. Essa categoria temática de análise foi construída com base em informações de 16 ACS incluídos na pesquisa qualitativa. Destes 50% eram da cidade de Feira de Santana e 50% de Santo Antônio de Jesus, sendo 87,5% do sexo feminino, 75% casado/união estável, 75% com filhos e a maioria (56,6%) possuía curso técnico e/ou superior. Todos eram efetivos, com carga horária

de 8 horas diária, sem folga semanal e afirmaram não ter outro vínculo. Esse perfil reproduz o perfil dos entrevistados da pesquisa qualitativa.

Apesar da maioria dos ACS não possuírem outro vínculo empregatício, as unidades de análise revelaram que alguns destes trabalhadores possuíam uma dupla jornada de trabalho o qual indicava sobrecarga.

*[...] pessoal conversa e tem que ouvir as pessoas conversarem, ai meio dia, [...] tenho que pegar meu filho na escola, volto de novo pra casa, dou banho e almoço, mando pra banca e volto 2 horas pra trabalhar de novo [...] tenho que sair da área e ir buscar na escola e voltar de novo para casa. Em casa vou para o banho, ver se algum dever ainda não tá pronto, tá certo, tá direitinho, comida e janta de novo, café, alguma coisa... e, brincar um pouco com ele que se eu não brincar ele reclama, [...] tenho que colocar ele na cama pra dormir, [...] ai no outro dia tudo de novo. (ACS 01)*

*De manhã quando eu acordo, [...] preparar o café, [...] cuido da minha sogra em casa, tem que deixar, às vezes eu preciso fazer almoço, terminar o almoço antes de sair. (ACS 02)*

Apesar da maioria dos ACS entrevistados informarem não possuir outro vínculo, evidencia-se que eles desenvolviam trabalhos informais no período noturno e nos finais de semana para complementar a renda familiar.

*[...] à noite eu cuido do café, dou banca aos meus filhos e mais uma criança que eu dou banca a noite. (ACS 11)*

*Corto cabelo, a partir das seis vou para barbearia, que fico normalmente até oito horas, oito e meia [...] Sábado, domingo, feriado, estou na barbearia e a noite (ACS 12)*

A descaracterização do trabalho do ACS também emergiu nas entrevistas.

*[...] o agente comunitário ele não é para marcar visita, num é para marcar uma consulta para o paciente, o agente comunitário não é para chegar na casa do cliente e fazer um curativo nem levar um medicamento [...] ai termina não chegando no objetivo que nós queríamos chegar (ACS 14).*

A maioria das vezes esses profissionais ultrapassavam o horário do trabalho, por esperar os indivíduos durante a visita ou em virtude de serem procurados em suas residências em qualquer horário da semana.

*Às vezes acontece de trabalhar até 7 horas, que tem pessoas que trabalha, aí os filhos ficam com outras pessoas, aí a gente tem que esperar, às vezes aquela criança chegar em casa para gente poder trabalhar. A dona de casa também trabalha, aí a gente só pega mais a partir das 6 horas em diante, aí a gente já estica um pouquinho. (ACS 11)*

*[...] já aconteceu assim várias vezes de eu tá em casa a noite, tomando café, jantando, ou até mesmo no banho e de repente chega alguém da comunidade batendo na porta, pedindo um cartão família, pedindo alguma coisa relacionado ao trabalho, mesmo muita das vezes altas horas da noite, seja dez hora, onze horas, ou até no horário de almoço a gente tá almoçando ai de repente alguém bate né, ai a gente vai vivendo tentando conscientizar a comunidade do nosso horário de trabalho mas infelizmente nem sempre é possível. (ACS 13)*

Outro aspecto pontuado foram as condições precárias de trabalho como ausência de recursos materiais e a insatisfação com o salário.

*A falta de subsídio que a gente não tem [...] não tem espaço para fazer reuniões [...] material, fardamento a gente não tem, a gente não tem fardamento adequado para trabalhar na área, [...] a gente não ganha sapato só ganha camisa e acabou, calça, sapato que é pra a gente trabalhar sem a gente não trabalha, então fica muito difícil você trabalhar [...] a questão do salário, é questão que a gente não tem o apoio como no caso do fardamento, é o salário da gente não compensa pra o risco que a gente corre (ACS 09)*

Os ACS citaram a exposição contínua aos riscos ocupacionais, principalmente os referentes ao tráfico de drogas e a sobrecarga do trabalho, os quais são fatores contributivos para causar adoecimento psíquico e físico.

*[...] tem uma parte que não é calçada, [...] um cachorro deu atrás de mim, [...] a parte de drogas também [...] é a pior de todas. (ACS 08)*

*Não tem pavimentação, não tem saneamento básico, segurança não tem, as ruas todas esburacadas. (ACS 12)*

*[...] são os riscos, [...] tá sempre exposto, [...] sol, chuva na comunidade, [...] o risco também de transito, porque a gente tem que tá na rua sempre. [...] a gente tem que tá sempre andando. (ACS 02)*

*[...] eu estava passando na hora e levei uma pedrada, mas assim é muito risco. (ACS 15)*

*A mochila é muito pesada. Balança, cartão sombra, caneta, lápis, borracha, não dá nem pra levar água senão fica muito pesada [...] (ACS 16)*

*[...] o contágio com as doenças. (ACS 06)*

Observou-se que os vínculos constituídos pelos ACS com as famílias os conduziam a um envolvimento emocional que lhes causavam sofrimento e repercutiam em sua saúde emocional.

*Muitas vezes a gente chega na casa de um paciente vê que por exemplo, ontem mesmo eu cheguei na casa de uma senhora que ela está com CA, e a gente vê a situação dela, debilitada, é horrível, ela disse que ela não é aposentada, não tem condições nenhuma e ta na casa da mãe, e ela disse que não conseguiu ainda se aposentar. Então isso aí a gente fica um pouco triste, sem poder fazer, porque a gente não pode fazer nada. A gente chega na casa da pessoa e vê o que ela ta precisando, de uma coisa assim que a gente não pode fazer, não tem como fazer pra ajudar muitas vezes, isso aí é triste. (ACS 07)*

Observa-se ainda a fragmentação da lógica da ESF, especialmente no que concerne ao trabalho em equipe, bem como a desvalorização do profissional pela equipe e a falta de apoio.

*[...] acham que o agente comunitário não sabe de nada [...] que elas acham que são técnicas, enfermeira é que sabem de tudo e agente comunitário é que não sabe de nada e na verdade, quem tá ali na ponta é a gente, a gente que vê, a gente que sabe. (ACS 01)*

*[...] não acha apoio na secretaria, [...] a gente não acha apoio lá, [...] não acha apoio mesmo e as vezes a gente tenta ajudar, vê que ta precisando mesmo um [...] um caso especial e não tem o apoio. (ACS 09)*

Evidencia-se que o trabalho vem causando um grande desgaste emocional e adoecimento desses trabalhadores, principalmente pela sensação de impotência e por não poderem resolver os problemas da comunidade.

*Eu tenho a gastrite nervosa já e digo assim a você, com toda certeza, às vezes eu fico assim com medo de entrar numa depressão e quando eu vejo assim muita coisa na área que eu não posso fazer... eu fico muito agoniada, fico nervosa [...] (ACS 01)*

*Adquiri hipertensão e diabetes no meu trabalho, no dia a dia, ficava estressada, nervosa, por ver coisas e situações de não poder fazer e resolver e ficar nervosa e com isso me transformando cada dia as vezes a ficar nervosa, ansiosa e ajuda a pessoa a ficar estressada, a ficar nervosa, agoniada e não ter como resolver que a gente dá a saúde pra comunidade mas não tem saúde pra si. (ACS 03)*

Apesar das dificuldades vivenciadas os ACS tinham satisfação pelo trabalho que desenvolviam, especialmente quando alcançavam o seu objetivo ou quando se sentiam valorizados pela comunidade. Entretanto, as falas revelaram o desejo de melhorar o nível de escolaridade, bem como mudar de profissão.

*[...] saber que eu to fazendo trabalho que tá fazendo bem ao outro, isso me realiza muito (ACS 10)*

*[...] a insatisfação da gente é você não poder conseguir resolver alguns problemas da comunidade e quando você consegue, você se reanima, quando não consegue aquilo lhe baixa a autoestima. (ACS 12)*

*[...] não é a profissão dos meus sonhos, às vezes eu acordo pouco deprimida, não tenho vontade de vim trabalhar, mas eu sei que é minha obrigação e eu venho. Então assim, eu desejo muito passar em outro concurso público [...] (ACS 04)*

## **DISCUSSÃO**

A predominância de ACS do sexo feminino reflete a tradição na área da saúde de ter mulheres exercendo o papel de cuidadora<sup>7,15-18</sup>, revelando a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, possibilitando maior renda familiar e maior avanço social.

Culturalmente na sociedade o papel das mulheres em muitos domicílios é de cuidadora. Atribui-se a ela a responsabilidade do cuidado das crianças, adolescentes adultos e

demais membros da residência, o que contribui para a sua maior inserção e credibilidade junto à comunidade.

Desde o início dessa profissão houve a priorização das mulheres para a atuação como ACS. No Brasil, as primeiras contratações para desenvolvimento desse tipo de atividade ocorreram no Ceará, onde todas as 6.113 trabalhadoras foram mulheres. Estudos apontam que a escolha das mulheres por determinadas profissões orienta-se pela busca de aceitação social, a partir da estruturação do processo de qualificação feminina que se constrói na esfera privada<sup>19</sup>. Vale ressaltar aqui que pela justificativa de aproveitar a função já executada em sua residência e melhorar a sua condição social por meio do trabalho remunerado<sup>20</sup>.

Ademais, a dificuldade da inserção dos homens para exercerem a profissão de ACS, devido aos constrangimentos das donas de casa em recebê-los, principalmente quando estão sozinhas, e também pela barreira em falar sobre temas referentes à saúde da mulher, dificultam as relações interpessoais e a formação do vínculo, o qual é imprescindível para a efetividade do trabalho do agente de saúde<sup>21</sup>.

A média de idade foi semelhante a outros estudos<sup>12,22,23</sup>. A amostra foi constituída por adultos jovens, demonstrando que os mesmos vêm sendo atraídos para essa profissão, especialmente pela possibilidade de tornar-se funcionário público, haja vista que mais de 99% dos ACS eram efetivos. O tipo de contratação valoriza a profissão, desprecariza o vínculo de trabalho, estimula a fixação no emprego e diminui a rotatividade<sup>22</sup>, refletindo no pilar da atuação do ACS, a formação do vínculo.

No estudo houve predominância na cor parda e este resultado foi similar a pesquisa com essa população de trabalhadores no Brasil e Nordeste<sup>18</sup>, no entanto, difere de estudos realizados no Sul e Sudeste, na qual predominou a cor branca, apontando a forte relação existente das características regionais e a sua composição racial<sup>22</sup>.

Referente à situação conjugal, a maioria dos ACS era casada/união estável, com filhos, resultados similares a outros estudos<sup>2,24</sup>. Os relatos das entrevistas qualitativas revelaram que, após chegarem do trabalho, as mulheres realizavam diversas atividades referentes ao cuidado com a família. O fato de serem casadas e terem filhos pode contribuir para o aumento da sobrecarga doméstica<sup>25</sup>.

O nível de escolaridade dos participantes foi superior ao previsto na lei, que determina a conclusão do ensino fundamental para a contratação desse profissional. Este achado é semelhante a estudos que evidenciaram que a maioria dos ACS possuía nível fundamental e médio<sup>24,26</sup>. No entanto, observou-se uma ascensão no número de profissionais que vem buscando a realização de cursos técnicos, superior e especializações, o que poderá refletir em

uma atuação mais eficaz, haja vista que quanto maior o grau de escolaridade maior a possibilidade dos profissionais incorporarem novos conhecimentos<sup>21</sup>.

Evidenciou-se que a maioria dos ACS tinha renda superior a um salário mínimo, não possuíam outro vínculo empregatício, mantinham jornada de trabalho de 40 horas e exerciam suas atividades no turno diurno, características identificadas também em outros estudos<sup>17,18,27</sup>. Apesar do turno diurno e da jornada de trabalho dificultar a conciliação com outros empregos foi evidenciado a complementação da renda familiar com a realização de trabalho informal no período noturno e nos finais de semana.

Quanto aos direitos trabalhistas, observou-se que eram efetivos, possuíam 13º salário, folga nos finais de semana, férias e adicional de férias. A categoria profissional foi reconhecida por meio da Lei 10.507/2002 e com a Lei 12.994/2014 proibiu-se a contratação temporária ou terceirizada, entretanto, ainda é possível identificar, no país, formas de contratação por fundações, organizações sociais e consórcios municipais<sup>28</sup>.

A maioria dos ACS referiu ter satisfação com o trabalho, resultado similar ao evidenciado por outros autores<sup>29,30</sup>. As unidades de análise qualitativa revelaram que os ACS se sentiam satisfeitos quando tinham o reconhecimento e a valorização do seu trabalho pela equipe e comunidade. Bezerra e Feitosa afirmam que o bom encontro com o outro é um grande potencializador da ação do profissional e da formação do vínculo com o território sendo este, capaz de promover uma maior participação e envolvimento do ACS com a comunidade e com trabalho, podendo gerar transformação na comunidade<sup>31</sup>.

Em revisão integrativa que objetivou analisar os indicadores de esgotamento profissional entre os trabalhadores de saúde da Atenção Primária em Saúde foi revelado que estes profissionais apresentaram-se esgotados pelas condições inadequadas de trabalho, entretanto, encontravam-se satisfeitos com o ambiente de trabalho<sup>32</sup>.

No presente estudo, observou-se que percentual expressivo dos ACS trabalhavam em alta exigência. Há evidência de que trabalhadores que possuíam baixo controle e alta demanda no trabalho estiveram mais propensos ao adoecimento<sup>9</sup>. Essa condição de vulnerabilidade aponta para o risco da ocorrência de transtornos mentais comuns e estresse entre esses profissionais<sup>24</sup>.

Fatores de risco referente ao trabalho do ACS emergiram nas unidades de análise qualitativa revelando a realidade vivenciada no dia-a-dia desses profissionais que atuavam sob alta demanda como: exposição da jornada de trabalho que ultrapassou o horário de funcionamento da unidade, condições de trabalho insalubres, riscos ocupacionais, baixa

remuneração, pouco reconhecimento do trabalho realizado, recursos materiais insuficientes, características evidenciadas também por outros autores<sup>2,6,15,22,33</sup>.

Foi possível identificar por meio das entrevistas qualitativas a indefinição de competência e habilidades de ACS, o que abre precedentes para que ocorra a realização de atividades que são incorporadas e legitimadas gradualmente<sup>33,34</sup>, levando-os a sobrecarga de trabalho e causando sofrimento, já que estes se percebem distantes da sua real função.

O trabalho passivo também destacou-se entre os ACS. Nessa condição, o trabalhador atua sobre baixa demanda e baixo controle sobre o seu trabalho, o que pode refletir em desmotivação e desinteresse pelo exercício da sua profissão<sup>7</sup>. A redução da capacidade criativa pode deixá-los expostos a situações que atingem a sua saúde e suas relações já que não existe estímulo para o desenvolvimento de habilidades.

Fatores relacionados ao trabalho como organização, condições de trabalho e relações interpessoais refletem diretamente na atuação e na saúde do ACS. Preconiza-se que o trabalho em baixa demanda psicológica e alto controle seria favorável aos ACS, entretanto, apenas uma pequena parte dos ACS atuava nessa condição e um percentual ainda menor atuava na condição de trabalho ativo. Portanto, uma característica importante neste grupo foi o desenvolvimento do trabalho em condição de baixo controle.

Quando observada a composição geral dos grupos de demanda-controle, observou-se maior proporção de mulheres que não possuíam filhos, eram solteiras, tinham maior escolaridade, estavam insatisfeitas com o trabalho e que não se candidatariam novamente ao emprego estavam atuando na condição de alta exigência.

Esse dado revela características desvantajosas e sobrecarga do trabalho exercido pelas mulheres, podendo hipotetizar que os ACS que não possuíam filhos e eram solteiras estavam mais vulneráveis a inserir em trabalho de alta exigência e, por conseguinte estava expostos a maior risco de adoecimento. As mulheres na atualidade vêm aumentando a sua autonomia por meio da independência financeira; para tanto, decidem por estudar, priorizam a estabilidade do emprego e se tornam independentes, para só posteriormente casar-se e ter filhos<sup>35</sup>. Entretanto, mesmo após as mudanças ocorridas nos papéis sociais e na dinâmica familiar, as mulheres ainda são vistas como a principal cuidadora dos filhos e do lar<sup>36</sup>.

A escolarização é importante para todas as faixas etárias ou nível socioeconômico, tornando-se imprescindível em classes mais baixas, pois poderá reduzir diferenças e desigualdades relacionadas às oportunidades de emprego e mobilidade social<sup>37</sup>. Subentende-se que os profissionais que tem uma maior escolaridade possuem maiores condições de apreender novos conhecimentos e realizar intervenções junto à comunidade, levando-os

consequentemente ao desenvolvimento de mais atividades, por conseguinte elevando a demanda no trabalho.

As diversas motivações, exigências sociais, institucionais e pessoais os conduzem para a busca de novos conhecimentos fazendo-os vislumbrar o inédito viável<sup>38</sup>. Assim, o fato de atuarem em alta exigência pode conduzi-los a reflexão sobre a possibilidade de mudar de área de atuação, fazendo com que não queiram concorrer ao emprego novamente, revelado nas falas dos ACS<sup>22</sup>.

É necessário fazer com que o meio de trabalho não se configure em um meio de adoecimento ou alienação. Os ACS deve ir de encontro às amarras impostas por um sistema social que lhe condiciona e lhe adoce; é pertinente que os ACS entenda as partes que o constituem enquanto ser existencial, para que ele possa compreender toda a sua complexidade e a partir daí fazer mudanças, tanto no âmbito coletivo, quanto individual.

Este estudo aponta associação entre a alta demanda e a insatisfação com o trabalho. A sobrecarga de trabalho gera situações de sofrimento, levando-os a insatisfação no trabalho, especialmente quando não são reconhecidos pelas ações que desempenham<sup>2</sup>.

Conforme evidenciado nos relatos, outros fatores que geravam insatisfações entre os ACS foram a desvalorização do profissional, a remuneração e as condições de trabalho e estes achados tem sido confirmados por outras pesquisas<sup>34,39</sup>. O prazer no desenvolvimento das atividades associa-se com a satisfação, e a insatisfação revela-se com as experiências vivenciadas de indiferença, desvalorização e desmotivação. Tais condições poderão contribuir para a superação dessas situações limites fazendo com que o ACS busque o inédito viável<sup>38</sup>.

Proporcionar melhores condições de trabalho, implementar plano de cargos, carreiras e salários e melhorar a remuneração pode aumentar a satisfação com o trabalho e promover uma melhora do atendimento na comunidade. É relevante desenvolver, continuamente, processo de avaliação das principais características da política da ESF na qual eles estão inseridos, considerando os impactos na saúde do trabalhador, bem como estabelecer compromissos mútuos entre a comunidade, os trabalhadores e os gestores, com base em definição de estratégias intersetoriais claramente definidas, pois, a função do ACS é relevante para a concretização do modelo de saúde centralizado no cuidado dos indivíduos, das famílias e da comunidade<sup>40,41</sup>.

É preciso repensar a importância da atuação do ACS para a consolidação da atenção primária em saúde vislumbrando o desenvolvimento de melhores condições de trabalho, haja vista que essas condições têm relação direta com os aspectos psicossociais e a saúde deste trabalhador.

Algumas limitações devem ser consideradas na análise dos dados desse estudo. O delineamento transversal produz um recorte instantâneo da exposição dos participantes ao efeito estudado, portanto não permite a apreensão da relação causal das associações estudadas.

Deve-se ainda considerar o efeito do trabalhador sadio, sendo possível ter ocorrido subestimação dos resultados já que não foram entrevistados sujeitos afastados para tratamento de saúde, nem aqueles que não se mantiveram no exercício da profissão por motivo de doenças, bem como os aposentados precocemente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo mostrou que os dados quantitativos e qualitativos se complementam, à medida que as entrevistas legitimaram os resultados apresentados na caracterização sociodemográfica, ocupacional e especialmente aqueles relacionados aos aspectos psicossociais do trabalho dos ACS.

O perfil sociodemográfico desses profissionais segue as tendências nacionais, com mulheres, adultos jovens, cor parda, com companheiro e filhos, ensino médio e renda superior a um salário mínimo. Destaque para o tipo de vínculo onde a maioria era efetivo, com uma jornada igual a 40 horas, com direitos trabalhistas garantidos conforme preconizado pela legislação profissional.

Os ACS vêm exercendo a sua profissão em condições de alta exigência e em trabalho passivo, o que poderá gerar desgaste e adoecimento no trabalho, pois são as duas piores condições para o exercício profissional. Observou-se ainda associação entre os grupos de demanda-controle em relação à renda, vínculo empregatício e satisfação do trabalho. As condições de trabalho que os ACS são submetidos no dia-a-dia, conforme relatadas, configuram-se como potenciais fatores estressores físicos e psíquicos.

Esses dados apontaram para a necessidade da implementação de políticas relacionadas à saúde do trabalhador, para que se possa promover a prevenção e proteção dos agravos relacionados à saúde, bem como a necessidade de promover debates entre gestores e trabalhadores visando à detecção e soluções de problemas relacionados ao ambiente de trabalho.

Os resultados apresentados podem servir como subsídio para que novos estudos referentes à caracterização do perfil sociodemográfico, ocupacional e dos aspectos psicossociais do trabalho de ACS sejam conduzidos de modo a possibilitar o planejamento e

desenvolvimento de ações que promovam e gerem mudanças no ambiente de trabalho dos agentes de transformação em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto de lei nº 10.507, 10 de julho de 2002, que dispõe sobre a criação da profissão de agentes comunitário de saúde [Internet]. Brasil. Brasília; 2002 [citado 15 de Novembro de 2018]. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm)
2. Krug SBF, Dubow C, Santos AC dos, Dutra BD, Weigelt LD, Alves LMS. Work, suffering and illness: the reality of community health agents in southern Brazil. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2017;15(3):771–88. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462017000300771&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300771&lng=pt&tlng=pt)
3. Jardim TDA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface Commun Heal Educ* [Internet]. 2009;13(28):123–35. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a11.pdf>
4. Santos LFB, David HMSL. Community health workers perceptions off occupational stress. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):2011.
5. Alcântara MA de, Assunção AÁ. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. *Rev Bras Saude Ocup* [Internet]. 2016;41(e2):1–11. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&tlng=pt)
6. Alonso CM do C, Béguin PD, Duarte FJ de CM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: Meta-synthesis. *Rev Saude Publica*. 2018;52:1–13.
7. Neves MO, Almeida THR da C, Querino ADL, Lino DCSF, Souza RC de. Aspectos psicossociais do trabalho de agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Coletiva da UEFS* [Internet]. 2017;7(1):24–8. Disponível em:  
<http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1123>
8. Alves MGDM, Chor D, Faerstein E, Lopes CDS, Werneck GL. Short version of the job stress scale: a portuguese-language adaptation. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):164–71.
9. Karasek RA. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* [Internet]. 1979;24(2):285–308. Disponível em:

- [https://www.jstor.org/stable/pdf/2392498.pdf?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/pdf/2392498.pdf?seq=1#page_scan_tab_contents)
10. Rocha SV, Barbosa AR, Araújo TM De. Common mental disorders of health care workers in Bahia state. *Acta Sci.* 2018;40(e38398):1–8.
  11. Lua I, Almeida MMG de, Araújo TM de, Soares JF de S, Santos KOB. Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da Atenção Básica. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2018;16(3):1301–19. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462018000301301&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301301&lng=pt&tlng=pt)
  12. Araújo TM de, Mattos AIS, Almeida MMG de, Santos KOB. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016;19(3):645–57. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2016000300645&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300645&lng=pt&tlng=pt)
  13. Minayo MC de S. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesqui Qual.* 2017;5(7):01-12.
  14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edições 70. Lisboa; 2012. 280 p.
  15. Broch D, Souto LHD, Riquinho DL, Pai DD. Lives of pleasure and suffering in the work of the Community Health Agent. *Ciência, Cuid e Saúde* [Internet]. 2018;17(2):1–7. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39287>
  16. Hoppe ADS, Santos AC dos, Weigelt LD, Alves LMS, Krug SBF. O contexto de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde: a relação do conteúdo do trabalho com variáveis sociodemográficas. *Rev Jovens Pesqui* [Internet]. 2017;7(1):60. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/9301>
  17. Almeida MC dos S, Baptista PCP, Silva A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(1):95–103.
  18. Simas PRP, Pinto IC de M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(6):1865–76. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601865&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601865&lng=pt&tlng=pt)
  19. Araújo T M, Godinho T M, Reis EJFB, Almeida M MG. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2006;11(14): 1117- 29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32347.pdf>
  20. Morosini MVGC, Lopes MCR, Chagas DC, Chinelli F, Vieira M. Trabalhadores

- técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Venâncio/Fiocruz EP de SJ, editor. Rio de Janeiro; 2013. p. 447.
21. Baptistini RA, Figueiredo TAM de. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambient Soc* [Internet]. 2014;17(2):53–70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-753X2014000200005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2014000200005&lng=pt&tlng=pt)
  22. Castro TA de, Davoglio RS, Nascimento AAJ do, Santos KJ da S, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2017;25(3):294–301. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2017000300294&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300294&lng=pt&tlng=pt)
  23. Santos FAAS, Sousa L de P, Serra MAA de O, Rocha FAC. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016;29(2):191–7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000200191&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000200191&lng=pt&tlng=pt)
  24. Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Chaves J, Jacques CS, Martinazzo K, et al. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Epidemiol Control Infecção* [Internet]. 2017;7(1):1–7. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6927>
  25. Pinho P de S, Araújo TM de. Association between housework overload and common mental disorders in women. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012;15(3):560–72. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rb\\_epid/v15n3/10.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rb_epid/v15n3/10.pdf)
  26. Menegussi JM, Ogata MN, Rosalini MHP. The community health agent as a person, worker, and user in São Carlos, São Paulo. *Trab Educ Saude*. 2014;12(1):87–106.
  27. Góes AF, Pinho P de S. Whork psychosocial aspects and common mental disorders among community health agents. *Rev Saude Coletiva* [Internet]. 2016;6(1):8–13. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1172/847>
  28. Carneiro CCG, Martins MIC. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2015;13(1):45–66. Disponível em:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000100045&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100045&lng=pt&tlng=pt)
29. Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cogitare Enferm*. 2010;15(1):40–7.
  30. Oliveira AR de, Chaves AEP, Nogueira J de A, Sá LD de, Collet N. Satisfaction and limitation in the daily of community health agents. *Rev Eletr Enf [Internet] [Internet]*. 2010;12(1):28–36. Disponível em:  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a04.htm>.
  31. Bezerra YR do N, Feitosa MZ de S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2018;23(3):813–22. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000300813&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300813&lng=pt&tlng=pt)
  32. Garcia GPA, Marziale MHP. Indicators of burnout in Primary Health Care workers. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(suppl 5):2469–78. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=132862751&site=eds-live>
  33. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF dos. The daily work of the community health agent: between difficulty and power. *Trab Educ Saúde [Internet]*. 2018;16(1):163–82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>
  34. Zulu JM, Kinsman J, Michelo C, Hurtig AK. Hope and despair: Community health assistants' experiences of working in a rural district in Zambia. *Hum Resour Health*. 2014;12(30):1–14.
  35. Secco ML, Lucas MG. A vida amorosa de mulheres financeiramente independentes. *Pensando famílias*. 2015;19(1):61–76.
  36. Borsa JC, Nunes MLT. Psychosocial aspects of parenting: men and women's role in nuclear families. *Psicol Argumento [Internet]*. 2011;29(64):31–9. Disponível em:  
<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19835>
  37. Carvalho MM De, Waltenberg FD. Desigualdade de oportunidade no acesso ao ensino superior no Brasil: uma comparação entre 2003 e 2013. *Econ Apl [Internet]*. 2015;19(2):369–96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ecoa/v19n2/1980-5330-ecoa-19-02-00369.pdf>
  38. Mota RR de A, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab Educ Saude*. 2010;8(2):229–48.

39. Kebriaei A, Moteghedhi MS. Job satisfaction among community health workers in Zahedan District, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Heal J*. 2009;15(5):1156–63.
40. Ursine BL, Trelha CS, Nunes E de FPA. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2010;35(122):327–39. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572010000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt%0Ahttp://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO 122 Agente comunitário de saúde.pdf%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt%0Ahttp://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20122%20Agente%20comunitario%20de%20saude.pdf%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303)
41. Silveira MR da, Sena RR de, Oliveira SR de. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2011;15(2):196–201. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462005000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)

## 5.2 MANUSCRITO 2

Revista de Saúde Pública – Qualis A2 – Fator de Impacto – 1,911

### **PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À MULTIMORBIDADE EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Juliana da Silva Oliveira, Adriana Alves Nery

#### **RESUMO**

**OBJETIVO:** Este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de multimorbidade e os fatores associados a essa condição em agentes comunitários de saúde (ACS).

**MÉTODOS:** Trata-se de estudo transversal, exploratório, realizado em cinco municípios do Estado da Bahia. A multimorbidade foi definida com base no diagnóstico médico de duas ou mais doenças crônicas referida pelos ACS. Os dados foram analisados com procedimentos da estatística descritiva. Teste Qui-quadrado de Pearson foi empregado na análise bivariada. As razões de prevalência foram estimadas por meio da regressão múltipla de Poisson com variância robusta. O nível de confiança adotado foi de 95%.

**RESULTADOS:** Foram avaliados 932 agentes comunitários de saúde. A prevalência de multimorbidade foi de 53,3%. Sexo feminino, idade superior a 38 anos e insatisfação com o trabalho estiveram associados à multimorbidade em agentes comunitários de saúde.

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que a multimorbidade nessa categoria profissional é uma condição prevalente e que tem sido influenciada pelos fatores socioeconômicos e pela satisfação com o trabalho.

**DESCRITORES:** Multimorbidade, Agentes comunitários de saúde, Fatores associados.

#### **INTRODUÇÃO**

O SUS, conforme descrito na Lei 8080/90 tem por objetivo prestar assistência aos indivíduos por meio do desenvolvimento de ação de promoção, proteção e recuperação da saúde, conjugando atividades integradas de assistência e

prevenção<sup>1</sup>. Para a concretização do que determina o SUS e visando atender a população de forma universal, o Ministério da Saúde (MS) criou, após experiência bem sucedida no Ceará, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujos profissionais foram posteriormente incorporados na Atenção Primária em Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tem por função atender todos os indivíduos e famílias que estão sobre sua área adstrita, manter os dados atualizados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), analisar a situação de saúde, priorizar ações de promoção e prevenção em saúde, realizar atividades educativas, registrar e acompanhar dados de nascimento, óbitos, doenças e agravos à saúde, promover ações de integração entre a equipe de saúde e a comunidade, informar datas e horários de consulta de exames agendados, bem como as desistências e cancelamento dos mesmos, aferir a pressão arterial e temperatura, medir glicemia capilar, realizar curativo, indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas junto à equipe, entre outras atribuições em sua área de atuação<sup>2</sup>.

No desenvolvimento dessas ações, os ACS vêm enfrentando diversos problemas relacionados às condições no qual trabalho tem sido executado, a saber: falta de definição e limites de suas atribuições e papéis, condições gerais e ambientais precárias, relação complexa com a comunidade, fragilidade na formação profissional, burocratização do trabalho e problemas relacionados com a equipe de saúde<sup>3</sup>.

As condições de trabalho vivenciadas dia a dia pelos ACS podem repercutir significativamente na sua saúde, contribuindo para ocorrência de diversas morbidades e multimorbidade crônica nesse grupo. Multimorbidade pode ser caracterizada pela presença conjunta de duas ou mais morbidades, ou seja, uma doença crônica com pelo menos outra doença, aguda ou crônica, fator biopsicossocial ou fator de risco somático em um mesmo indivíduo<sup>4,5</sup>.

Estudos sugerem que indivíduos com multimorbidade possui maior probabilidade de internações hospitalares, uso de medicamentos e pode requerer mais tempo em consultas e em cuidados<sup>6,7</sup>. Dessa forma, embora os dados sejam ainda pouco conclusivos, sinalizam que a ocorrência combinada de duas ou mais condições crônicas poderá interferir negativamente na dinâmica de trabalho dos

ACS, haja vista que um corpo de evidências apontam relação existente entre morbidade e características e condições do trabalho em saúde<sup>8-10</sup>.

Ressalta-se que no Brasil existe escassez de estudos com foco na multimorbidade em ACS, sendo estes necessários para subsidiar ações de saúde voltadas para essa população, com vistas à promoção e vigilância dos fatores sociodemográficos e ocupacionais que influenciam para a multimorbidade nos ACS. Assim, este estudo tem por objetivo estimar a prevalência de multimorbidade e os fatores associados a essa condição em agentes comunitários de saúde.

## **MÉTODOS**

### **Caracterização e local do estudo**

Estudo epidemiológico de corte transversal vinculado ao estudo multicêntrico “Condições de Trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, realizado nos municípios de Feira de Santana, Salvador, Santo Antônio de Jesus, Itabuna e Jequié, o qual teve a finalidade de avaliar as condições de trabalho, emprego e saúde dos profissionais de saúde do Estado da Bahia.

A coleta de dados foi realizada entre os anos de 2011 a 2012. Inicialmente contactou-se a Coordenação da Atenção Básica de cada município, para obter uma lista com a informação do quantitativo dos profissionais. Em seguida foi realizada a conferência dos profissionais em seus respectivos locais de trabalho. A distribuição percentual da amostra foi feita com base na lista fornecida, a qual se estratificou segundo área geográfica, nível de complexidade e grupo ocupacional. A amostra foi definida proporcionalmente com base nesses estratos. Os trabalhadores foram selecionados por procedimento aleatório, utilizando a lista de números aleatórios do Epi-Info 6.0. Para esse estudo utilizou-se o cálculo da amostra de ACS realizada pelo estudo multicêntrico, o qual estabeleceu o tamanho amostral que deveria ser obtido em cada município. Os ACS era um dos grupos dos estratos ocupacionais amostrados.

Os dados foram coletados utilizando questionário estruturado, elaborado a partir de instrumentos já validados na literatura que versavam sobre a saúde do trabalhador e as condições de saúde e trabalho dos profissionais de saúde.

Para a aplicação do instrumento e padronização das condutas em campo, elaborado um Manual de Procedimentos e Condutas. Os pesquisadores foram

treinados, visando garantir a qualidade dos dados que seriam obtidos. Além disso, para testar o instrumento e realizar possíveis correções realizou-se estudo piloto com 30 trabalhadores de saúde em um município que não estava incluído no estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio das seguintes etapas: contato prévio com as unidades de saúde; apresentação do estudo e entrega do questionário; recolhimento do questionário com data agendada em comum acordo com o trabalhador que tinha um prazo máximo de sete dias para a entrega; supervisão e controle da qualidade dos dados coletados realizado pela coordenação local; e o acompanhamento da coleta.

Como critério de inclusão dos trabalhadores, incluindo os ACS, estabeleceu-se: estar atuando nas unidades de saúde e aceitar participar do estudo. A anuência foi obtida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os trabalhadores que se encontravam afastados (licença prêmio, licença maternidade, férias ou atestado) no período em que ocorreu a coleta, bem como os profissionais que não foram localizados ou não devolveram os questionários após três agendamentos para a entrega foram excluídos do estudo. Com o objetivo de evitar prejuízos no desenho amostral, com possíveis perdas e/ou recusas a seleção de uma amostra de reposição foi realizada no início da coleta de dados, respeitando a área geográfica, o nível de complexidade, a ocupação e o sexo do sorteado. Maior detalhamento do desenho e dos procedimentos de para a obtenção e seleção da amostra e outros aspectos metodológicos poderão ser encontrados em outros estudos<sup>11,12</sup>.

## **Variáveis**

A variável dependente do presente estudo foi a multimorbidade. A obtenção de informação de multimorbidade foi feita com base na referência a diagnósticos médicos já recebido. Uma lista de doenças foi apresentada para auxílio e identificação as doenças. Assim, multimorbidade foi mensurada por meio da contagem de morbidades autorreferidas de 26 doenças reportadas pelos participantes (diabetes, colesterol alto, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, câncer, artrite/reumatismo, rinite/sinusite, asma, infarto agudo do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca, alergia/eczema, disfonia, tuberculose, gastrite, úlcera, hepatite, infecção urinária, Lesão por Esforço Repetitivo (LER)/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), depressão, distúrbios do sono,

anemia, varizes, doenças dos rins, hérnia de disco e lombalgia). A medição por contagem para a abordagem da multimorbidade tem a vantagem de ser um método razoavelmente simples de aplicar e a sua replicação é mais direta, o que a torna importante para o alcance de definições consistentes sobre multimorbidade em pesquisas<sup>13</sup>. Foi considerada multimorbidade a presença de duas ou mais doenças, conforme recomendado em outros estudos<sup>14</sup>.

As variáveis independentes estudadas foram: (a) sociodemográficas – sexo (masculino; feminino); idade (informada em anos e categorizadas pela média:  $\leq 38$  anos;  $> 38$  anos); raça/cor (negros e não negros), escolaridade (fundamental; médio; técnico/superior; pós-graduação); situação conjugal (com companheiro; sem companheiro; presença de filhos (com filho; sem filho); (b) hábitos de vida - atividades de lazer (não; sim); atividade física (não; sim); tabagismo (não; sim), consumo de bebidas alcoólicas (não; sim) e qualidade de vida (boa; ruim; nem boa nem ruim); e (c) aspectos relacionadas ao emprego - tipo de vínculo (não efetivo; efetivo); tempo de trabalho ( $\leq 9$  anos;  $> 9$  anos); tempo de trabalho na saúde pública ( $\leq 9$  anos;  $> 9$  anos); tempo de trabalho na ESF ( $\leq 6$  anos;  $> 6$  anos); jornada de trabalho ( $< 40$  horas;  $\geq 40$  horas); outro vínculo (não; sim) e satisfação com o trabalho (sim; não).

### **Análise dos dados**

Foram estimadas frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e média e desvio padrão para as variáveis contínuas. No intuito de melhor apresentar os dados, as variáveis contínuas referentes ao tempo de serviço (tempo de trabalho, trabalho em saúde pública e trabalho na unidade de saúde) foram convertidas em categóricas, levando-se em consideração as suas medianas.

Para explorar a distribuição das frequências das variáveis de exposição de acordo com o acometimento ou não por multimorbidade, o teste de Qui-quadrado foi utilizado, considerando-se estatisticamente significativo quando o valor de p foi menor ou igual a 0,05. Posteriormente, as variáveis que apresentaram valor de p menor do que 0,2 foram incluídas em um modelo de regressão de Poisson multivariada, método *backward* visando o afastamento de potenciais confundimentos. As razões de prevalência (RP) foram estimadas por meio da regressão múltipla de Poisson com variância robusta. O nível de confiança adotado foi de 95%.

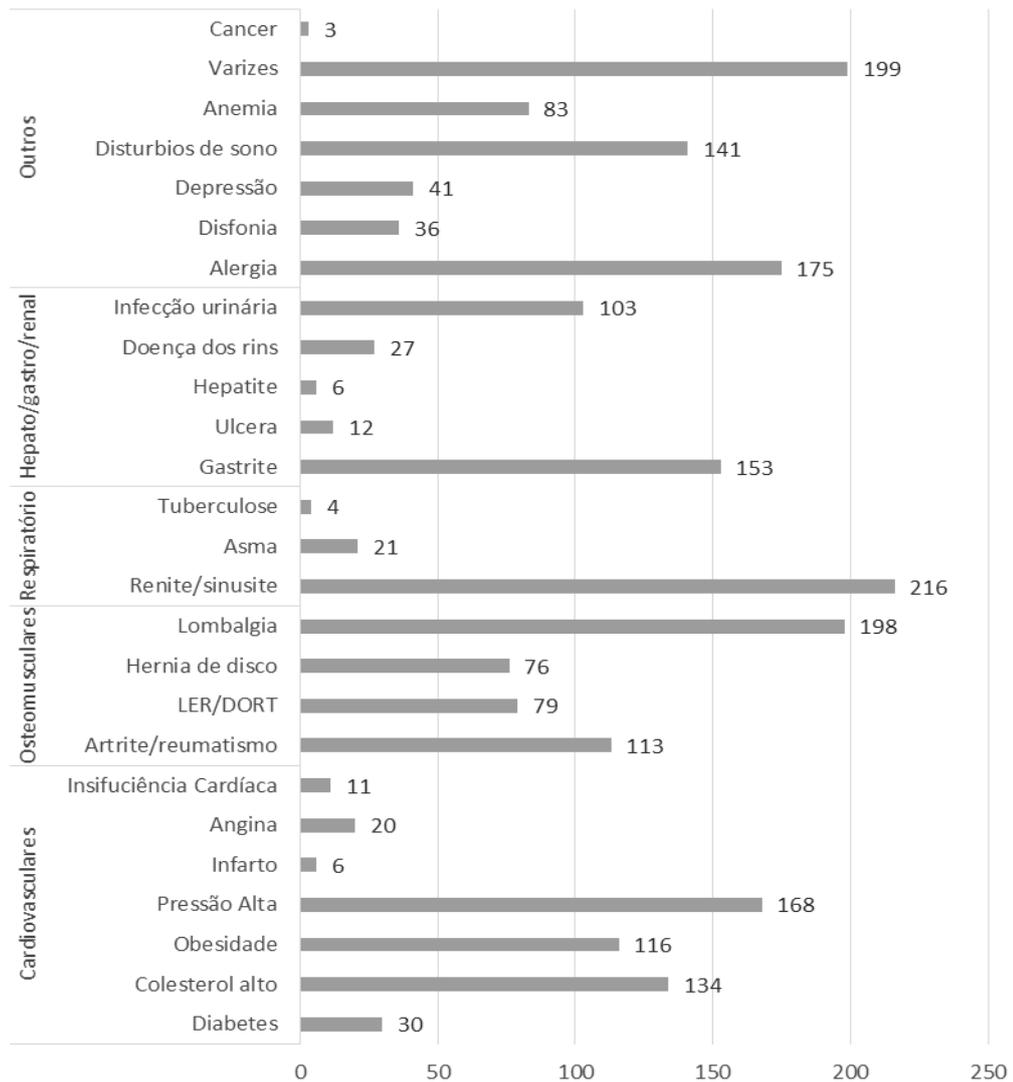
### **Aspectos éticos**

O projeto que resultou neste estudo obedeceu aos princípios éticos, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que estava em vigor, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), conforme parecer nº 081/2009 e CAE: 0086.0.059.000-09.

### **RESULTADOS**

O estudo incluiu 932 trabalhadores, sendo 86,5% (n=804) do sexo feminino, com média de 39,49 anos, variando de 21 a 70 anos. Desses 36,8% (n=343) eram do município de Feira de Santana, 1,1% (n=10) do município de Salvador, 13,0% (n=121) de Santo Antônio de Jesus, 19,3% (n=180) de Itabuna, 29,8% (n=278) de Jequié.

A prevalência de multimorbidade foi muito elevada, 53,3%, sendo que a média foi de aproximadamente três morbidades para cada ACS. Os principais problemas de saúde relatados pelos trabalhadores foram aqueles relativos aos sistemas cardiovasculares, musculoesquelético, respiratório, gástrico e renal. As principais morbidades autorreferidas foram: rinite/sinusite (24,3%; n=216), varizes (22,3%; n=199), lombalgia (22,2%; n=198), alergia 19,8% (n=175), pressão alta 18,6%; n= 168) e gastrite (17,1%; n=153) (Figura 1).



**Figura 1** - Distribuição das morbidades de acordo com o sistema envolvido. Bahia, Brasil, 2011-2012

A prevalência de multimorbidade foi mais elevada entre as mulheres (56,1%) (n=446), idade maior que 38 anos (62,2%; n=286), entre quem possuía ensino técnico/superior/pós-graduação (53,7%; n=182), viviam com companheiro 54,1% (n=333), tinham filho(s) (54,5%; n=390) e se declararam não brancos (53,0%; n=437). Observou-se que 52,4% (n=100) desses profissionais não possuem atividade de lazer, 54,8% (n=256) não realizam atividade física, 57,0% (n=90) são tabagistas, 53,2% (n=92) ingerem bebida alcoólica e identificam como boa sua qualidade de vida 54,0% (n=324), não havendo significância estatística entre essas variáveis (Tabela 1).

Na análise de associação de multimortalidade com as características sociodemográficas e hábitos de vida, observou-se que associou-se positiva de multimorbidade com sexo e idade e associação negativa com escolaridade. Assim, mulheres e ACS mais jovens apresentaram maior prevalência de multimorbidade, enquanto ACS de menor escolaridade apresentaram menores prevalências. Essas associações foram estatisticamente significantes. Não houve associação com as demais variáveis investigadas.

**Tabela 1** - Prevalência e fatores associados à multimorbidade em agentes comunitários de saúde segundo características sociodemográficas, comportamentos de saúde e qualidade de vida. Bahia, Brasil, 2011-2012.

Variáveis (N)	Multimorbidade		RP (IC95%)
	Não [n (%)]	Sim [n (%)]	
<b>Sexo (n=919)</b>			
Masculino	80 (64,5)	44 (35,5)	1,00
Feminino	349 (43,9)	446 (56,1)	<b>1,58 (1,24-2,02)*</b>
<b>Idade (n=914)</b>			
≤ 38 anos	253 (55,7)	201 (44,3)	1,00
> 38 anos	174 (37,8)	286 (62,2)	<b>1,40 (1,24-1,59)*</b>
<b>Escolaridade (n=910)</b>			
Técnico/superior/Pós-graduação	157 (46,3)	182 (53,7)	1,00
Médio	257 (46,5)	296 (53,5)	<b>0,64 (0,44-0,92)*</b>
Fundamental	10 (55,6)	8 (44,4)	<b>0,53 (0,28-0,99)*</b>
<b>Situação conjugal (n=918)</b>			
Com companheiro	282 (45,9)	333 (54,1)	1,00
Sem companheiro	147 (48,5)	156 (51,5)	0,95 (0,83-1,08)
<b>Tem filhos? (n=918)</b>			
Não	104 (51,2)	99 (48,8)	1,00
Sim	325 (45,5)	390 (54,5)	1,11 (0,95-1,30)
<b>Raça/cor (n=907)</b>			
Brancos	39 (43,3)	51 (56,7)	1,00
Não brancos	388 (47,0)	437 (53,0)	0,93 (0,77-1,13)
<b>Atividade de lazer (n=905)</b>			
Não	91 (47,6)	100 (52,4)	0,98 (0,84-1,14)
Sim	333 (46,6)	381 (53,4)	1,00
<b>Atividade física (n=747)</b>			
Não	211 (45,2)	256 (54,8)	1,09 (0,95-1,26)
Sim	140 (50)	140 (50)	1,00
<b>Tabagismo (n=895)</b>			
Não	352 (47,8)	385 (52,2)	1,00
Sim	68 (43,0)	90 (57,0)	1,09 (0,94-1,27)
<b>Consumo de bebida alcoólica (n=642)</b>			
Não	221 (47,1)	248 (52,9)	1,00
Sim	81 (46,8)	92 (53,2)	1,00 (0,85-1,18)

<b>Qualidade de vida (n=911)</b>			
Boa	276 (46,0)	324 (54,0)	1,00
Ruim	19 (50,0)	19 (50,0)	0,92 (0,67-1,28)
Nem boa nem ruim	131 (48,0)	142 (52,0)	0,96 (0,84-1,10)

Ao avaliar as características do trabalho dos ACS com o desfecho, identificou-se que 53% (n=259) havia tempo de trabalho maior que 9 anos, eram efetivos 99,8% (n=487), já atuavam há mais de 9 anos na saúde pública 53,1% (n=259), com tempo igual ou menor de 6 anos na USF 57,6% (n=250), não possuíam outro emprego 92,4% (n=449), a maioria com jornada de trabalho maior ou igual a 40 horas, 93,5% (n=458) e 28% (n=137) encontravam-se insatisfeitos com o trabalho que exercem.

Tempo de trabalho (RP=1,18; IC=1,05-1,33), tempo de trabalho na saúde pública (RP=1,18 IC=1,05-1,33) e tempo de trabalho na USF (RP=0,84; IC=0,74-0,97) apresentaram associação significativa com multimorbidade (Tabela 2).

**Tabela 2.** Prevalência e fatores associados à multimorbidade em agentes comunitários de saúde segundo características do trabalho. Bahia, Brasil, 2011-2012.

	<b>Multimorbidade</b>		<b>RP (IC95%)</b>
	<b>Não [n (%)]</b>	<b>Sim [n (%)]</b>	
<b>Tipo de vínculo (n=918)</b>			
Efetivo	427 (46,7)	487 (53,3)	1,00
Não efetivo	3 (75,0)	1 (25,0)	0,47 (0,08-2,56)
<b>Tempo de trabalho (n=919)</b>			
≤ 9 anos	241 (51,2)	230 (48,8)	1,00
>9 anos	189 (42,2)	259 (57,8)	<b>1,18 (1,05-1,33)*</b>
<b>Tempo de trabalho na saúde pública (n=916)</b>			
≤ 9 anos	239 (51,1)	229 (48,9)	1,00
>9 anos	189 (42,2)	259 (57,8)	<b>1,18 (1,05-1,33)*</b>
<b>Tempo de trabalho na USF (n=817)</b>			
≤ 6 anos	254 (49,5)	259 (50,5)	1,00
>6 anos	135 (42,2)	184 (57,8)	0,84 (0,74-0,97)*
<b>Jornada de trabalho (n=919)</b>			
< 40 horas	32 (50,0)	32 (50,0)	1,00
≥ 40 horas	397 (46,4)	458 (53,6)	1,07 (0,83-1,38)
<b>Outro trabalho (n=916)</b>			
Não	391 (46,5)	449 (53,5)	1,00
Sim	39 (51,3)	37 (48,7)	0,91 (0,71-1,16)
<b>Satisfação com trabalho (n=919)</b>			
Sim	332 (48,5)	352 (51,5)	1,00
Não	98 (41,7)	137 (58,3)	1,13 (0,99-1,29)

Na análise multivariada, as variáveis referentes ao tempo de trabalho não permaneceram no modelo para a análise ajustada. No modelo final foram retidas as variáveis sexo, idade e satisfação.

Os dados evidenciaram que a prevalência de multimorbidade foi 55% maior em mulheres do que entre os homens e 37% maior entre os ACS que possuíam mais de 38 anos de idade quando comparado a outras faixas de idade.

A insatisfação com trabalho, por sua vez, mostrou-se estatisticamente significativa no modelo multivariado, associando-se com multimorbidade. A prevalência dessa condição de saúde em ACS que estavam insatisfeitos com o trabalho foi 20% maior quando comparado aos que estão satisfeitos (Tabela 3).

**Tabela 3.** Razão de prevalência e intervalo de confiança bruto e ajustado entre multimorbidade e variáveis independentes do estudo. Bahia, Brasil, 2011-2012.

Variáveis	RP Bruta	IC95% Bruto	RP Ajustada	IC95% Ajustado
Sexo feminino	1,58	1,24-2,02	1,66	1,24-2,23
Idade > 38 anos	1,40	1,24-1,59	1,34	1,15-1,57
Insatisfeito com trabalho	1,13	0,99-1,29	1,24	1,07-1,44

## DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível avaliar a ocorrência e fatores associados à multimorbidade em ACS da Bahia. Identificou-se uma média de aproximadamente três morbidades para cada ACS. Considerando a relevância do papel dos ACS na redução dos agravos à saúde, já consolidado mundialmente<sup>15</sup>, destaca-se o pioneirismo deste estudo no Brasil com o objetivo de avaliar a multimorbidade nessa população de trabalhadores, e conseqüentemente contribuir para a consolidação do sistema de saúde nesse país.

Observou-se que mais da metade dos ACS apresentaram multimorbidade. Essa condição é considerada um problema de saúde pública devido à alta prevalência e ao fato de estar associada a muitos desfechos adversos à saúde, como a mortalidade, baixa qualidade de vida, incapacidade, hospitalização e aumento dos gastos relacionados à assistência médica<sup>6,16,17</sup>. Apesar dos avanços da ciência e da medicina, o manejo da multimorbidade ainda é um desafio para o sistema de saúde, devido à falta de habilidade dos profissionais em conduzir o atendimento a esses pacientes.

Observou-se maior prevalência de multimorbidade no sexo feminino e com idade superior a 38 anos, estando associado, mesmo após a análise multivariada. Ressalta-se que ao comparar homens e mulheres, infere-se que as mulheres procuram mais o serviço de saúde, logo podem ser mais suscetíveis ao diagnóstico precoce de doenças crônicas, além de terem uma maior expectativa de vida, mesmo sendo mais acometidas<sup>16,18</sup>. Ademais, a dupla jornada de trabalho as expõem a eventos estressores ao longo da vida, o que repercute na sua condição de saúde<sup>19-21</sup>.

Embora a multimorbidade esteja ligada ao envelhecimento, estudos vem demonstrando que não constitui-se como um fenômeno exclusivo para essa população, uma vez que existem pessoas de meia idade que também são acometidas por essa condição de saúde<sup>7,22</sup>. Nesse contexto, se insere os ACS, pois os dados desse estudo revelam que essa categoria profissional possui multimorbidade, apesar de serem jovens.

De modo similar a este estudo, pesquisa que abordou as morbidades nessa população, especialmente fazendo correlações com as condições de trabalho e a sobrecarga das atividades desenvolvidas no dia-a-dia por esse trabalhador, também destacaram a identificação das morbidades psíquicas, distúrbios musculoesqueléticos, circulatórios, respiratório, endócrino, metabólico, nutricional<sup>3,8,23,24</sup>.

Os resultados desta pesquisa mostraram que as principais morbidades autorreferidas foram as dos sistemas cardiovasculares, osteomuscular, respiratório, gástrico e renal. Dentre os problemas investigados para o sistema cardiovascular, a pressão alta, o colesterol alto e a obesidade apresentaram as maiores prevalências. As varizes também tiveram destaque, sendo essa condição de saúde identificada em outros estudos relacionados com ACS<sup>23,25</sup>.

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade no mundo, elevando os custos da assistência social e econômica. No Brasil, as DCV foram a principal causa de óbito entre os anos de 2000 a 2011 (30,4%)<sup>26</sup>. Entre os anos de 2010 a 2015, os custos referentes às DCV no Brasil aumentaram significativamente, salienta-se que a população brasileira está envelhecendo, fato este que repercute no aumento dessas doenças<sup>27</sup>.

A pressão elevada foi a principal doença referida entre os ACS. Situação semelhante foi encontrada em estudos com trabalhadores que atuavam na APS<sup>21,28</sup>,

bem como na população brasileira em geral<sup>16</sup>. Essa condição de saúde frequentemente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo, agravando-se com a presença dos fatores de risco como: obesidade abdominal, diabetes melito e dislipidemia<sup>29</sup>.

Referente à dislipidemia, o colesterol alto constitui em fator de risco para o desencadeamento de doença cardiovascular. Sabe-se que a redução do LDL-colesterol em cerca de 30% diminuiu o risco de infarto do miocárdio em 33%, o AVC em 29% e a mortalidade cardiovascular em 28%<sup>30</sup>. Ademais, hipertensão arterial e dislipidemia associam-se com morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica<sup>29</sup>.

No Brasil o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), identificou que em 27 capitais a frequência de excesso de peso foi de 54,0%, e de adultos obesos 18,9%, sendo menor em adultos com até 34 anos de idade<sup>31</sup>. Em João Pessoa na Paraíba identificou-se que 37,5%, entre 125 ACS, encontravam-se com sobrepeso e 33,7% com obesidade, destes 44,1% apresentavam risco muito elevado para doenças cardiovasculares<sup>32</sup>.

Em relação ao aparelho respiratório destaca-se a rinite/sinusite como os principais relatos. Isso pode ser explicado pelas condições de trabalho dos ACS, que os expõem constantemente a poeira e fumaça, pois geralmente atuam em áreas que muitas vezes não possuem ruas asfaltadas, saneamento adequado e com presença de poluição do ar, agravando esta condição de saúde<sup>23</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado na Macrorregião do Nordeste de Minas Gerais com 1.793 profissionais de saúde que atuam na ESF, onde 22,5% dos informantes tinham doenças relacionadas ao aparelho respiratório<sup>21</sup>.

Apesar de apenas quatro informantes ter tido diagnóstico médico para tuberculose, faz-se necessário fazer uma reflexão sobre essa condição de saúde. O principal campo de atuação dos ACS são as residências dos indivíduos, o que os tornam ainda mais susceptíveis para a aquisição de doenças infectocontagiosas, bem como transmiti-las. Moreira e colaboradores<sup>33</sup> identificaram que profissionais que acompanharam pacientes com tuberculose apresentaram um risco de infecção maior que aqueles que não acompanharam pacientes com essa doença. Destarte que existe uma compreensão inadequada dos ACS sobre a forma de prevenção,

transmissão e cuidados quanto à tuberculose, o que os tornam ainda mais susceptíveis<sup>34</sup>.

Doenças do sistema osteomuscular é queixa frequente entre esses profissionais. Neste estudo houve destaque para a lombalgia, caracterizada por dores e desconfortos físicos em diferentes pontos da coluna vertebral. Uma possível explicação para essa ocorrência consiste no fato de que a principal atribuição dos ACS inclui atividades que podem contribuir para a ocorrência e/ou agravamento do adoecimento relacionado a esse sistema como as visitas domiciliares, as longas distâncias percorridas, condução de materiais obrigatórios para a execução do seu trabalho como mochilas pesadas e balança<sup>24,35</sup>.

Outras doenças ainda foram identificadas nesse estudo como gastrite, infecção urinária, câncer e distúrbio do sono, corroborando com outros achados na literatura<sup>23,35-38</sup>.

Dessa forma, infere-se que parte dessa população vem executando as suas tarefas mesmo estando doentes (presenteísmo), haja vista que todos os participantes da pesquisa foram inquiridos em seus locais de trabalho. Em Juiz de Fora, Minas Gerais, estudo com 400 ACS identificou que 58,8% afirmaram ser presenteístas no trabalho justificando que não havia quem o substituísse e que o serviço poderia se acumular (59,1%) e 44,3%, afirmaram que a sua ausência poderia comprometer a assistência<sup>39</sup>.

Observou-se quanto às características do trabalho que o tempo de trabalho em saúde, tempo de trabalho em saúde pública e tempo de trabalho na USF estavam, na análise bivariada, associados à multimorbidade. A sobrecarga do trabalho somada as atividades da vida diária ao longo dos anos, podem impactar diretamente na saúde dos profissionais de saúde. Evidências na literatura mostram que as doenças relacionadas ao trabalho estão associadas ao tempo de atuação profissional<sup>40</sup>. Investigou-se 1.731 trabalhadores das equipes de saúde da família, em Minas Gerais, sendo evidenciado que as morbidades autorreferidas foram associadas ao tempo de atuação igual ou superior a cinco anos, ao sexo feminino e entre aqueles trabalhadores com mais de 30 anos de idade<sup>21</sup>.

As condições de trabalho impostas a esses profissionais fazem com que vivenciem problemas relacionados à sobrecarga no trabalho devido à descaracterização da função, gerando sofrimento e impactando em sua condição de saúde<sup>8,41</sup>. Os desvios de função como atuação na recepção; no agendamento de

consultas; na organização de pastas e prontuários; no controle de materiais e almoxarifado e serviço de limpeza; na entrega de encaminhamentos para especialistas; no envio de recados do serviço de saúde para usuários; e na alimentação de crianças na ausência dos pais, na pesagem das famílias para recadastramento da bolsa família e nas ações de prevenção e combate à dengue, são cada vez mais identificados entre esses trabalhadores<sup>3,10</sup>.

Foi possível observar ainda associação entre multimorbidade e insatisfação com o trabalho entre os trabalhadores pesquisados. Diversos são os motivos oriundos do trabalho que podem levar a insatisfação, a saber: barreiras ambientais, vulnerabilidade, riscos físicos, biológicos, ergonômicos, químicos, mecânicos, indiferença da comunidade, desvalorização da profissão, assédio, a falta de apoio por parte da equipe e da gestão, precarização do trabalho, entre tantos outros fatores que acabam desmotivando e levando-os a insatisfação e o adoecimento no trabalho<sup>23,42-44</sup>.

Ademais, embora o consumo de bebida alcoólica, tabaco, práticas de atividades de lazer e física não apresentaram associação com multimorbidade no estudo, faz-se necessário estudos longitudinais com vistas a possibilitar a identificação da relação de causa e efeito neste grupo ocupacional. Apesar dos participantes reportarem como boa sua percepção sobre qualidade de vida, não podemos desconsiderar a necessidade que os profissionais de saúde têm de assumir novos comportamentos no estilo de vida referente à realização de atividade física, hábitos alimentares mais saudáveis, redução do peso, abolindo o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que esses são fatores já consolidados na literatura como sendo de risco para muitas doenças crônicas<sup>21,45</sup>.

Enfatiza-se ainda, que o trabalho desenvolvido pelos ACS na atenção primária pode ser considerado complexo principalmente pelas mudanças que vem ocorrendo referente ao processo de trabalho e gestão em saúde, com destaque para as alterações realizadas no âmbito da atuação desses profissionais pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que precariza ainda mais o trabalho deste agente, considerado fundamental para a redução da morbimortalidade no país.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. Apesar do consenso na literatura de que a prevalência de multimorbidade afeta mais mulheres que homens, importa considerar que essa variável foi avaliada a partir do autorrelato

de diagnóstico médico prévio, podendo haver subestimação da prevalência em homens devido ao fato destes procurarem menos os serviços de saúde quando comparado às mulheres<sup>16</sup>.

Outra limitação se refere à falta de definição padronizada das doenças consideradas de multimorbidade, fato este que dificulta a comparação dos resultados obtidos com outros estudos. A causalidade reversa não pode ser descartada no presente estudo, devido à abordagem transversal dos dados.

## **CONCLUSÃO**

É importante salientar que o tema multimorbidade tem sido objeto de interesse e discussão mundial nos últimos anos, sendo foco de número expressivo de publicações. Contudo, ainda existem muitas lacunas na literatura que necessitam de investigações, com destaque para os fatores associados a essa temática na população de trabalhadores da saúde.

Esses dados possibilitaram realizar um diagnóstico de multimorbidade autorreferida e os fatores associados entre os ACS demonstrando o quanto a sua saúde está comprometida. Além disso, apontam para a necessidade de ações intervencionistas, por meio do desenvolvimento de políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador, visando reduzir as complicações referentes às condições de saúde física e mental, principalmente na intervenção das variáveis que influenciam na multimorbidade.

A partir dos resultados encontrados, percebe-se que a multimorbidade em agentes comunitários de saúde é uma condição bastante presente e que tem sido influenciada por fatores socioeconômicos e relacionados à satisfação com o trabalho. O fato de ser do sexo feminino, ter idade acima de 38 anos e estar insatisfeito com o trabalho pode levar a um maior vulnerabilidade para multimorbidade.

Dessa forma, objetivando promover novas evidências para possibilitar a generalização e uma maior consolidação desses conhecimentos torna-se imprescindível à realização de pesquisas envolvendo esse tema.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

- saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. Presidência da República. 1990 [citado 10 de Novembro de 2018]. p. 2100–25. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Vol. 91, Brasil. Brasília; 2017 [citado 18 de Novembro de 2018]. p. 399–404. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-nº-2436-2017-Ministério-da-Saúde-Aprova-a-Política-Nacional-de-Atenção-Básica..pdf>
  3. Alonso CM do C, Béguin PD, Duarte FJ de CM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: Meta-synthesis. *Rev Saude Publica*. 2018;52:1–13.
  4. Batista SR. The complexity of multimorbidity. *J Manag Prim Heal Care*. 2014;5(1):125–6.
  5. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, et al. The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS One*. 2015;10(1):1–13.
  6. Carvalho JN, Roncalli ÂG, Cancela MDC, De Souza DLB. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. *PLoS One*. 2017;12(4):1–13.
  7. Taylor AW, Price K, Gill TK, Adams R, Pilkington R, Carrangis N, et al. Multimorbidity: not just an older person's issue. *BMC Public Health* [Internet]. 2010;10(718):1–10. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-10-718>
  8. Krug SBF, Dubow C, Santos AC dos, Dutra BD, Weigelt LD, Alves LMS. Work, suffering and illness: the reality of community health agents in southern Brazil. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2017;15(3):771–88. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462017000300771&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300771&lng=pt&tlng=pt)
  9. Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Chaves J, Jacques CS, Martinazzo K, et al. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Epidemiol Control Infecção* [Internet]. 2017;7(1):1–7. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6927>
  10. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF dos. The daily work of the community health agent: between difficulty and power. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2018;16(1):163–82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>

11. Araújo TM de, Mattos AIS, Almeida MMG de, Santos KOB. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016;19(3):645–57. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2016000300645&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300645&lng=pt&tlng=pt)
12. Rocha SV, Barbosa AR, Araújo TM De. Common mental disorders of health care workers in Bahia state. *Acta Sci.* 2018;40(e38398):1–8.
13. Wallace E, McDowell R, Bennett K, Fahey T, Smith SM. Comparison of count-based multimorbidity measures in predicting emergency admission and functional decline in older community-dwelling adults: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2016;6(9):e013089.
14. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of Multimorbidity and Morbidity Burden for Use in Primary Care and Community Settings: A Systematic Review and Guide. *Ann Fam Med* [Internet]. 2012;10(2):134–41. Disponível em: <https://www.samsungrecycle.co.uk/>
15. Baatiema L, Sumah AM, Tang PN, Ganle JK. Community health workers in Ghana : the need for greater policy attention. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2016;1(e000141):1–8. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/1/4/e000141>
16. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB de, Júnior PRB de S, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade : ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica.* 2018;52(Supl 2):1–12.
17. Wang X, Lin W, Chen X, Lin Y, Huang L, Zhang S, et al. Multimorbidity associated with functional independence among community-dwelling older people: a cross-sectional study in Southern China. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(73):1–9.
18. Levorato CD, Mello LM de, Silva AS da, Nunes AA. Factors associated with the demand for health services from a gender-relational perspective. *Ciência & Saúde Coletiva,* [Internet]. 2014;19(4):1263–74. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/1/4/e000141>
19. Berger SMD, Barbosa RHS, Soares CT, Bezerra C de M. Formação de agentes comunitárias de saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da educação popular e da pedagogia feminista. *Interface Commun Heal Educ.* 2014;18(Supl. 1):1241–54.
20. Durão AVR, Menezes CAF de. In wake of E.P.Thompson: social gender relations and making yourself a health community agent in the city of Rio de Janeiro. *Trab Educ Saúde, Rio Janeiro* [Internet]. 2016;14(2):355–76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00011.pdf>
21. Pereira IVS, Rocha M de JL, Silva VM da, Caldeira AP. Self-reported morbidity by workers in the Family Health Teams. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(2):461–8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200461&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200461&lng=pt&tlng=pt)

22. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet* [Internet]. 2012;380(9836):37–43. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
23. Almeida MC dos S, Baptista PCP, Silva A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):95–103.
24. Broch D, Souto LHD, Riquinho DL, Pai DD. Lives of pleasure and suffering in the work of the Community Health Agent. *Ciência, Cuid e Saúde* [Internet]. 2018;17(2):1–7. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39287>
25. Gomes MF, Lima A da SR de, Feitosa L dos S, Netto VBP, Nascimento RD do, Andrade MS. Occupational hazards and health problems: perceptions of community health workers. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2015;7(4):3574–86. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5185>
26. Malta DC, Moura L de, Prado RR do, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Chronic non-communicable disease mortality in Brazil and its regions, 2000-2011. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2014;23(4):599–608. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
27. Siqueira A de SE, Siqueira-Filho AG de, Land MGP. Analysis of the economic impact of cardiovascular diseases in the last five years in Brazil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2017;109(1):39–46. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20170068>
28. Minas M, Koukousias N, Zintzaras E, Kostikas K, Gourgoulisanis KI. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: An epidemiological study. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(252):1–8.
29. SBC. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016;107(3 Supl3):1–83. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)
30. Hebert PR, Gaziano M, Chan KS, Hennekens CH. Cholesterol Lowering With Statin Drugs, Risk of Stroke, and Total Mortality: An Overview of Randomized Trials. *Jama*. 1997;278(4):313–21.
31. Brasil. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. 2019. 130 p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel\\_2010\\_preliminar\\_web.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf).
32. Barbosa AM, Lacerda DAL de. Associação entre consumo alimentar e estado nutricional em agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Ciências da Saúde* [Internet]. 2017;21(3):189–96. Disponível em:

- <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/25321/17730>.
33. Moreira TR, Zandonade E, Maciel ELN. Risk of tuberculosis infection among community health agents. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010;44(2):332–8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000200014%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200014%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  34. Rocha GSS, Lima MG, Moreira JL, Ribeiro KC, Ceccato M das GB, Carvalho W da S, et al. Community health workers' knowledge on tuberculosis, control measures, and directly observed therapy. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015;31(7):1483–96. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000701483](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701483)
  35. Paula ÍR, Marcacine PR, Castro SS de, Walsh IAP de. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. *Saude e Soc*. 2015;24(1):152–64.
  36. Cipriano FG, Ferreira LP. Voice complaints in community health agents: correlation between general health problems, lifestyle habits and vocal aspects. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(2):132–9.
  37. Nascimento G de M, David HMSL. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2008;16(4):550–6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a16.pdf>
  38. Frighetto AV, Schmidt RB, Jacomeli MD, Millan WC. Skin cancer: evaluation, knowledge and identification in community health agents of the municipality of Ji-Paraná-RO. *Brazilian J Surg Clin Res* [Internet]. 2019;25(2):38–42. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190103\\_215127.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190103_215127.pdf)
  39. Belini IC. A prática do presenteísmo e suas implicações no cotidiano dos agentes comunitários de saúde [Internet]. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem; 2018. Disponível em: [http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN\\_D\\_HeloisaCamposPaschoalin.pdf](http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_HeloisaCamposPaschoalin.pdf)
  40. Silveira SLM, Câmara SG, Amazarray MR. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cad Saúde Coletiva*. 2015;22(4):386–92.
  41. Alcântara MA de, Assunção AÁ. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. *Rev Bras Saude Ocup* [Internet]. 2016;41(e2):1–11. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&tlng=pt)
  42. Vogt MS, Beck CLC, Prestes FC, Diaz P da S, Tavares JP, Silva GM da. Physical and psychological burdens in the work of community health agents. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012;17(2):297–303. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23559>

43. Oliveira AR de, Chaves AEP, Nogueira J de A, Sá LD de, Collet N. Satisfaction and limitation in the daily of community health agents. *Rev Eletr Enf [Internet]* [Internet]. 2010;12(1):28–36. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a04.htm>.
44. Santos KOB, Araújo TM De, Carvalho FM, Karasek R. The job content questionnaire in various occupational contexts: Applying a latent class model. *BMJ Open*. 2017;7(5):1–7.
45. Joseph B, Joseph M. The health of the healthcare workers. *Indian J Occup Env Med [Internet]*. 2016;20(2):71–2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5299814/>

### 5.3 MANUSCRITO 3

*BMJ Journals Occupational & Environmental Medicine* - Fator de Impacto - 3.965

#### **Aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade: análise através da modelagem com equações estruturais**

Juliana da Silva Oliveira e Adriana Alves Nery

#### **RESUMO**

**Objetivo:** avaliar a influência dos aspectos psicossociais do trabalho na multimorbidade, bem como investigar a sua relação com idade e sexo. **Metodologia:** estudo transversal, realizado com 817 agentes comunitários de saúde em cinco municípios baianos, entre os anos de 2011 e 2012. A variável multimorbidade foi mensurada por meio da autorreferência a diagnósticos médicos recebidos, com base em uma lista prévia de 26 doenças. A variável exploratória, aspectos psicossociais do trabalho foi mensurada por meio das dimensões do *Job Content Questionnaire* (JCQ): demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social. Empregou-se modelo de equações estruturais para análise dos dados. **Resultado:** o apoio social apresentou efeito pequeno e negativo sob a demanda psicológica (-0,121,  $p < 0,05$ ) e exerceu efeito positivo e moderado no controle sob o trabalho (0,280;  $p < 0,05$ ). Evidenciou-se efeito pequeno e positivo entre a demanda psicológica e a multimorbidade (0,111;  $p < 0,05$ ). Também foi observada, apesar de não significativa, efeito pequeno e negativo (-0,052;  $p > 0,05$ ) entre controle sob o trabalho e multimorbidade. A multimorbidade isoladamente manteve relação positiva e moderada com a idade  $\geq 38$  (0,230;  $p < 0,05$ ) e efeito pequeno com o sexo feminino (0,134;  $p < 0,05$ ). **Conclusão:** os resultados apontaram para a relação entre aspectos psicossociais do trabalho e multimorbidade em agentes comunitários de saúde. A multimortalidade foi determinada pela demanda psicológica, sexo e idade.

## INTRODUÇÃO

O trabalho é considerado indispensável para a existência do homem<sup>1</sup>. É por meio do trabalho que o homem se insere no contexto das relações sociais, adquire sentimento de pertencimento e garante a sua subsistência e a da sua família<sup>2</sup>. Entretanto, o trabalho é marcado por uma característica paradoxal, ao mesmo tempo em que pode ser fonte de realização e satisfação, também poderá adquirir caráter patogênico, desencadeando doenças de ordem física e psíquica<sup>2</sup>.

A relação entre o trabalho e saúde e/ou doença é complexa e depende do ambiente psicossocial do trabalho. Entende-se por aspectos psicossociais do trabalho as relações entre o meio ambiente e as condições do trabalho, a organização do trabalho, o conteúdo do trabalho, envolvendo os esforços do trabalhador, as características individuais e familiares dos trabalhadores<sup>3</sup>.

Estes aspectos sofrem influências de variáveis que atuam em conjunto de forma extrínseca e intrínseca, que podem ser de ordem social, mental e física, que contribui para modificar a ação dos fatores causais na fase do mecanismo precursor da enfermidade, podendo promover ou evitar o processo de adoecimento do trabalhador<sup>4</sup>. No trabalho em saúde, os aspectos psicossociais do trabalho têm sido objeto de estudo, os quais vêm comprovando a relação desses aspectos e adoecimento dos trabalhadores de saúde<sup>5,6</sup>.

Nesse contexto do trabalho em saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que compõe a equipe multidisciplinar de saúde, tem papel destacado na reorganização do modelo de atenção primária no país, já que atua como elo entre a comunidade e o serviço de saúde<sup>7</sup>.

Um corpo de evidências apontam os benefícios do trabalho desses profissionais para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a ampliação no número de consultas do pré-natal e de parto assistido, aumento do período de aleitamento materno, identificação dos óbitos infantis e maternos; ampliação do número de notificações compulsórias; identificação de situações de risco precoce; melhoria nas condições de higiene e condições ambientais, ampliação da cobertura vacinal e queda da mortalidade infantil<sup>8,9</sup>.

Contudo, o trabalho dos ACS pode ser extremamente desgastante, em virtude da exposição a riscos ocupacionais, sobrecarga do trabalho, maior número de atribuições e responsabilidade as quais geram falta de tempo para a demanda do

trabalho, condições e ambientes insalubres, baixos salários, indisponibilidade de recursos materiais e humanos, desvalorização profissional especialmente por parte da equipe de saúde<sup>10</sup>.

Condições de trabalho como estas favorecem o aparecimento de doenças de ordem física e psíquica nesses trabalhadores, a saber: doenças infecciosas, artrite, tendinite, hipertensão, arritmia, rinite, sinusite, asma, diabetes, obesidade, dislipidemia, hipotireoidismo, transtornos mentais comuns (TMC), estresse, síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*), depressão, angústia entre outros<sup>11,12</sup>.

No entanto, por muitas vezes, esses profissionais não apresentam doenças de forma isolada, e sim simultânea. A coexistência de duas ou mais doenças crônicas, em que uma não é necessariamente relacionada com outra é definida como multimorbidade<sup>13</sup>. Essa condição de saúde possui diversas repercussões para o indivíduo como redução da qualidade de vida, diminuição da capacidade para o desenvolvimento das atividades laborais, podendo gerar afastamento no trabalho e maior prevalência de mortalidade<sup>13</sup>.

Assim, considerando as dificuldades relacionadas às condições de trabalho, a organização, as funções, conteúdo do trabalho e esforços vivenciados no dia-a-dia dos ACS que os expõem a riscos físicos e psíquicos no ambiente de trabalho, assumiu-se a hipótese de que os aspectos psicossociais do trabalho estruturam situações que expõem a saúde dos trabalhadores, contribuindo para a multimorbidade. Dessa forma, este estudo objetivou avaliar a influência dos aspectos psicossociais do trabalho na multimorbidade, bem como investigar a sua relação com idade e sexo.

## **MÉTODO**

### **Caracterização e local do estudo**

Estudo epidemiológico de corte transversal com base em dados do estudo multicêntrico “Condições de Trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, cujo objetivo foi avaliar as condições de trabalho, emprego e saúde dos profissionais de saúde em cinco municípios baianos (Feira de Santana, Salvador, Santo Antônio de Jesus, Itabuna e Jequié), no período de 2011 a 2012.

## **Amostra**

O estudo foi constituído por trabalhadores de saúde atuando nos serviços da rede básica e de média complexidade. Utilizou-se da intencionalidade para a seleção dos municípios.

A amostra foi selecionada com base em lista fornecida pela Coordenação da Atenção Básica, a qual foi estratificada por área geográfica, nível de complexidade e grupo ocupacional. Em seguida realizou-se um sorteio aleatório conforme lista. Utilizou-se o cálculo da amostra dos trabalhadores de saúde realizada pelo estudo multicêntrico, o qual estabeleceu o tamanho amostral que deveria ser obtido em cada município.

Foi obtida a amostra assumindo a prevalência estimada do evento de interesse com maior prevalência, no caso os acidentes de trabalho (42,9%) erro amostral de 3% e 95% de confiança, utilizando o programa EPI Info. Foram incluídos na amostra final do estudo 3.084 trabalhadores da saúde que se encontravam no exercício da profissão e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, sendo 33,8% (n=1.041) do município de Feira de Santana, 13,0% (n=400) de Salvador, 20,3% (n=627) de Itabuna, 16,5% (n=510) de Jequié e 16,4% (n=506) de Santo Antônio de Jesus.

Foram excluídos os trabalhadores afastados (licença prêmio, licença maternidade, férias ou atestado) no período da coleta, os que não foram localizados e os que não devolveram os questionários após três agendamentos. Com o objetivo de evitar prejuízos no desenho amostral, com possíveis perdas e/ou recusas a seleção de uma amostra de reposição foi realizada no início da coleta de dados, respeitando a área geográfica, o nível de complexidade, a ocupação e o sexo do sorteado. Maiores detalhes sobre os aspectos metodológicos poderão ser encontrados em outros estudos<sup>14,15</sup>.

Para o presente estudo, foram incluídos os dados (da subamostra) de 932 ACS, coletados mediante aplicação de um questionário estruturado, elaborado com base em instrumentos já validados na literatura. As variáveis foram obtidas após autorização expressa da coordenação do estudo para utilização da base de dados.

## **Variáveis**

A variável desfecho principal do estudo foi a multimorbidade. Identificada através da pergunta: Você possui algum diagnóstico médico para as seguintes

doenças? Dessa forma, mensurou-se a variável desfecho através da contagem de 26 problemas de saúde autorreferidos (diabetes, colesterol alto, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, câncer, artrite/reumatismo, rinite/sinusite, asma, infarto agudo do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca, alergia/eczema, disfonia, tuberculose, gastrite, úlcera, hepatite, infecção urinária, Lesão por Esforço Repetitivo (LER)/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), depressão, distúrbios do sono, anemia, varizes, doenças dos rins, hérnia de disco e lombalgia). Considerou-se caso de multimorbidade a partir da presença de duas ou mais doenças autorreferidas<sup>13</sup>.

Os aspectos psicossociais do trabalho, variável de exposição principal, foi mensurada por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ). O JCQ possibilita avaliar quatro dimensões psicossociais do trabalho: demanda psicológica relacionada às exigências psicológicas vivenciadas pelo trabalhador durante realização do trabalho; controle do trabalhador sobre as atividades laborais relacionado com a autonomia decisória no trabalho; o apoio social relacionado às relações com a chefia e dos colegas de trabalho; e a demanda física<sup>16</sup>.

Os aspectos psicossociais do trabalho no presente estudo foram avaliados de forma contínua por meio de três dimensões do JCQ: demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social.

Demanda psicológica é definida como exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador na realização da sua tarefa como tempo, concentração, interrupção, não completude, dependência de outros envolvidos para a conclusão do seu trabalho<sup>3</sup>.

O apoio social é definido como sendo as relações existentes entre os indivíduos no seu contexto social, relacionados com a disponibilidade das pessoas em apoiarem, confiar, valorizar, comunicar, ajudar e assistir<sup>17</sup>.

O controle sobre o trabalho é avaliado sob dois aspectos: o uso de habilidades e a autoridade decisória<sup>3</sup>. O uso de habilidades refere-se a possibilidade que o trabalho tem em promover novas aprendizagens, o quanto que é repetitivo, a criatividade, a diversidade de tarefas e as habilidades individuais; e a autoridade decisória é a tomada de decisões, a influência do grupo e a política do trabalho<sup>16</sup>.

Considerou-se como covariáveis, o sexo feminino, bem como a idade, a qual foi tratada de forma contínua.

## **Análise dos dados**

Procedeu-se a análise dos dados utilizando Modelagem com Equações Estruturais (MEE). A MEE analisa como os constructos e variáveis observadas se relacionam, por meio do cálculo de equações simultâneas<sup>18</sup>. Este método de análise apresenta a vantagem de permitir trabalhar de forma simultânea a estimação e a mensuração de efeitos diretos e indiretos de variáveis explicativas sobre variáveis respostas e possuir uma apresentação de fácil interpretação devido às interfaces gráficas, além de ser uma estratégia robusta de análise de dados quando comparados com as modelagens de regressão tradicionais<sup>19</sup>. Apesar da MEE ser mais utilizada em pesquisas de ciências sociais e humanas, especialmente em psicologia, este modelo constitui-se como importante ferramenta entre os métodos estatísticos de análise, pois busca compreender as relações entre variáveis e permite avaliar mais de uma relação entre as variáveis dependentes e independentes<sup>18,19</sup>.

Foram excluídos os questionários incompletos (comando *listwise*), resultando em 817 participantes (711 mulheres e 106 homens), com média de idade de 39 anos ( $\pm 8,78$ ). Considerou-se a matriz de covariância como entrada, adotando o estimador de máxima verossimilhança (ML), uma vez que a normalidade uni e multivariada foram atestadas<sup>20</sup>.

No intuito de verificar a adequação dos modelos foram utilizados os seguintes índices, a *Standardized root mean square residual* (SRMR), cujo valor inferior a 0,08 foi considerado um bom ajuste<sup>21,22</sup>; o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker–Lewis index* (TLI), com valores mais próximos de 1 indicando ajustamento<sup>23</sup>; a *Root-Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA), com seu intervalo de confiança de 90% (IC90%), com valores  $<0,05$  indicativo de bom ajuste<sup>24,25</sup>.

Os coeficientes padronizados (CP) foram interpretados de acordo com Kline (2011), onde um CP de cerca de 0,10 indica um efeito pequeno, um CP de cerca de 0,30 indica um efeito médio e CP  $> 0,50$  indica um efeito forte. As análises foram realizadas no *Stata* (Versão 12) e o *MPLUS* (versão 7.0).

## **Questões éticas**

Obedecendo aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 em vigor na época do estudo, o mesmo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

conforme protocolo nº 081/2009 e CAE: 0086.0.059.000-09. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 817 ACS, predominando as mulheres (87,03%), com média de idade de 39 anos ( $\pm 8,78$ ), cor de pele parda/negra (87,7%), com companheiro (67,16%) e filhos (76,96%). Mais da metade havia concluído o ensino médio (61,21%).

A maioria informou possuir vínculo efetivo (99,75%), sem outro vínculo empregatício (92,14%), jornada de trabalho maior ou igual a 40 horas semanais (93,27%). Quanto ao tempo de trabalho como profissional, tempo de atuação em saúde pública e tempo de trabalho na unidade de saúde as médias foram, respectivamente, oito, nove e sete anos. A frequência de insatisfação com o trabalho foi referida por 25,98% dos ACS.

Em relação aos aspectos psicossociais do trabalho, a maioria dos ACS atuava na condição de trabalho passivo (31,82%), seguidos pela alta exigência (27,91%). Apenas 17,3% estavam na condição de trabalho ativo.

A prevalência de multimorbidade entre os participantes foi de 52,75%.

No intuito de compreender as relações entre a demanda psicológica (pd), o controle sob o trabalho (dl) e apoio social (ap\_soc), obtidos por meio do JCQ, bem como a influências de sexo e idade na relação com a multimorbidade foi implementado o modelo de equações estruturais, tal como descrito a seguir.

A relação principal aqui destacada (JCQ  $\rightarrow$  Multimorbidade) foi avaliada de duas formas: modelos A e B (Figura 1). No primeiro, a variável JCQ foi considerada um constructo latente, formado pelos indicadores demanda psicológica e controle sob o trabalho, a qual era influenciado pelo apoio social. No modelo B, não foi criado nenhum constructo, sendo a demanda psicológica e controle sob o trabalho consideradas observáveis, influenciadas pelo apoio social e com relações diretas independentes com a multimorbidade. Os indicadores de ajuste listados na tabela 1 indicaram a melhor adequação do modelo B.

**Tabela 1** - Indicadores de ajustamento de modelo para a relação do JCQ com a multimorbidade. Bahia, Brasil, 2011- 2012.

	<b>CFI</b>	<b>TLI</b>	<b>RMSEA (IC90%)</b>	<b>SRMR</b>
<b>Modelo A</b>	0,917	0,814	0,059 (0.030 0.091)	0,028
<b>Modelo B</b>	0,991	0,964	0,023 (0.000-0.068)	0,014

Na tabela 2 estão apresentados os coeficientes padronizados e não padronizados, com respectivo valor de p. Nota-se que o apoio social (ap\_soc), influenciava os dois domínios do JCQ em magnitudes diferentes. Enquanto a relação com a demanda psicológica apresentava um efeito pequeno, negativo (-0,112,  $p < 0,001$ ), o controle sob o trabalho relaciona-se de forma positiva e com efeito moderado (0,280;  $p < 0,001$ ).

**Tabela 2** – Coeficientes padronizados e não padronizados, do modelo de equação estrutural para a estimativa dos aspectos psicossociais do trabalho sobre a multimorbidade. Bahia, Brasil, 2011- 21012.

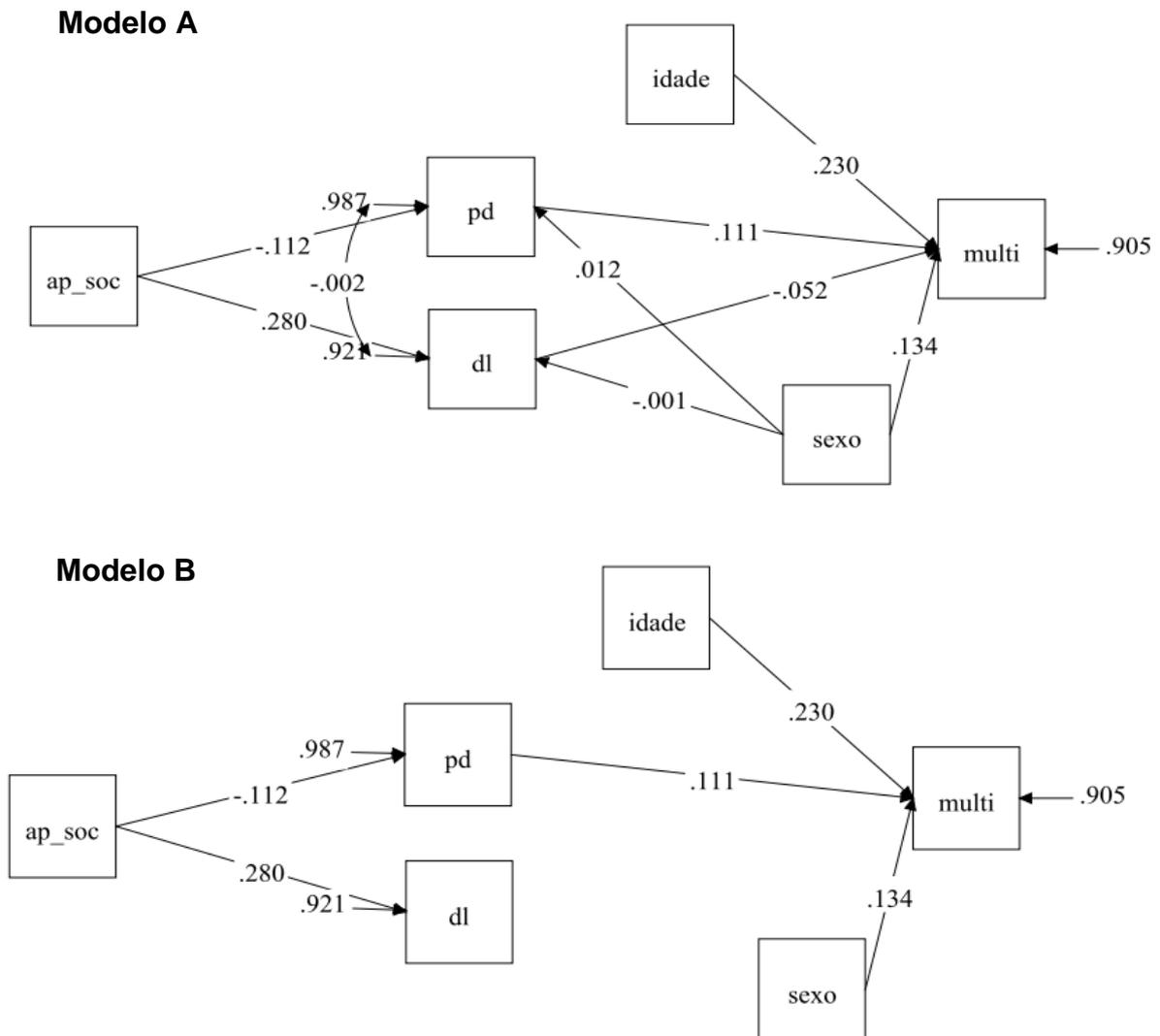
<b>Efeito</b>	<b>Coeficiente padronizado</b>	<b>Coeficiente não padronizado</b>	<b>Valor de p</b>
Demanda psicológica ← apoio social	- 0,112	-0,222	<0,001
Controle trabalho ← apoio social	0,280	0,968	<0,001
Demanda psicológica ↔ controle trabalho	- 0,002	-0,065	0,955
Sexo ← demanda psicológica	0,012	0,164	0,721
Sexo ← controle trabalho	- 0,001	-0,023	0,976
Multimorbidade ← demanda psicológica	0,111	0,060	<0,001
Multimorbidade ← controle trabalho	- 0,052	-0,016	0,122
Multimorbidade ← idade	0,230	0,063	<0,001
Multimorbidade ← sexo	0,134	0,962	<0,001

Foi possível evidenciar um efeito pequeno e positivo entre a demanda psicológica e a multimorbidade (0,111;  $p < 0,001$ ). Apesar de não significativa, a relação entre o controle sob o trabalho e a multimorbidade também foi observada, com efeito pequeno e negativo (-0,052;  $p = 0,122$ ). Ademais, a multimorbidade isoladamente manteve relação positiva e moderada com a idade  $\geq 38$  (0,230;

$p < 0,001$ ), e efeito pequeno e significativo com sexo feminino (0,134;  $p < 0,001$ ), conforme apresentado na tabela 2.

A figura 1 apresenta o modelo de equação estrutural completo e as trajetórias significantes.

**Figura 1** - Modelos de equação estrutural completo (Modelo A) e trajetórias significantes (Modelo B) para as relações do JQC (ap\_soc, pd, dl), idade e sexo com a multimorbidade. Bahia, Brasil, 2011- 2012.



**Nota:** ap\_soc = apoio social; pd = demanda psicológica; dl = controle sobre o trabalho; multi = multimorbidade.

## DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar aspectos relevantes entre aspectos psicossociais do trabalho e saúde, tanto no que se refere às interrelações existentes entre as escalas utilizadas, quanto destas com a multimorbidade em ACS de cinco

idades do estado da Bahia. Evidenciou-se que entre os aspectos psicossociais do trabalho avaliados, a demanda psicológica relacionou-se de forma positiva e significativa com a multimorbidade.

A alta prevalência de multimorbidade entre os ACS destaca a necessidade de intervenções visando à prevenção e acompanhamento adequado da morbidade entre esses trabalhadores. A multimorbidade tem impactos importantes na vida dos indivíduos, especialmente no que se refere a qualidade de vida, pois se apresenta associada à incapacidade, comprometimento funcional, aumento do uso e gasto com os serviços de saúde, aumento do uso e do número de medicamentos, incremento na carga de trabalho, e hospitalização, provocando isolamento social e aumento da mortalidade<sup>26,27</sup>.

Destaca-se que, neste estudo, a multimorbidade manteve relação de efeito pequeno com o sexo feminino e positiva e moderada com a idade maior ou igual a 38 anos. O predomínio de mulheres atuando como ACS, já está consolidado na literatura<sup>11,28</sup>. Esse resultado reforça a necessidade de maior cuidado em relação as ACS, haja vista a maior prevalência de multimorbidade em todas as faixas etárias para o sexo feminino<sup>29</sup>.

As mulheres se preocupam com seu estado de saúde e por isso possuem uma maior facilidade de dialogar sobre sinais e sintomas de doença<sup>30</sup> e de buscar ajuda e atenção nos serviços de saúde; assim, em geral, têm diagnóstico médico mais precocemente<sup>31</sup>. Além disso, diversas doenças são mais prevalentes em mulheres, como doenças cardiometabólicas, câncer, depressão, transtornos mentais, DORT, problemas de coluna, artrite, asma e DPOC<sup>29</sup>, cardiovasculares<sup>32</sup>, osteoporose<sup>33</sup> e obesidade<sup>34</sup>.

Entre ACS, as principais morbidades referidas na literatura incluem problemas de coluna, doenças circulatórias, varizes, hipertensão arterial, hepatite B e outras doenças infecciosas, epilepsia, diabetes, dores musculares, algia na coluna, enxaqueca, dores nos pés, hemorroidas, lesão por esforços repetitivos, transtorno mental, estresse e síndrome do esgotamento profissional<sup>35,36</sup>.

Os dados desse estudo são concordantes com evidências da literatura que demonstram a relação entre idade e multimorbidade: quanto maior a idade, maior também a prevalência de multimorbidade<sup>29,37</sup>. Esses achados podem ser explicados pela maior exposição e maior vulnerabilidade em pessoas de maior idade a fatores de risco e problemas crônicos de saúde.

Entende-se que pessoas mais idosas passaram por um maior número de estresse no decorrer da vida o que pode comprometer o equilíbrio fisiológico e a saúde<sup>38</sup>. Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira existe uma maior probabilidade do aumento do número de doenças entre pessoas com maior idade, o que implicará em grandes impactos financeiros e sociais.

A condição clínica de saúde de multimorbidade evidenciada em mais da metade dos ACS, bem como em outras pesquisas com a população brasileira que demonstra prevalência similar em indivíduos de maior idade<sup>39</sup> talvez seja um dos maiores desafios financeiros para o país e para o sistema de saúde, que irá requerer maiores investimentos em promoção de saúde e melhor organização quanto à integralidade das redes de atenção à saúde.

O apoio social neste estudo relacionou-se significativamente e de forma negativa com a demanda psicológica. Ou seja, na medida em que há incremento no apoio social, menor é a demanda psicológica. O apoio social relacionou-se ainda com o controle sobre o trabalho de forma positiva e estatisticamente significativa. O controle sobre o trabalho é a capacidade do trabalhador em conhecer e interferir sobre o trabalho.

Apreende-se que quanto maior o apoio social do ACS, maior nível de controle o profissional parece dispor. Esse dado permite identificar necessidades importantes no trabalho do ACS, uma vez que outros estudos têm destacado que o ambiente de trabalho do ACS é permeado por dificuldades relacionais, muitas vezes, eles são ignorados e não tem apoio, muito menos reconhecimento pelo seu trabalho, especialmente, por parte da equipe de saúde e gestores<sup>40</sup>. Essa situação gera insatisfação e desmotivação para a realização das suas funções, levando-os, por vezes a falta de controle sobre o trabalho, no qual um trabalhador depende sempre de outros trabalhadores para a concretização das demandas laborais e a realização do trabalho, a interação entre os trabalhadores, o apoio mútuo, é elemento central e quando há pouca ou nenhuma rede de cooperação, o trabalho pode ser comprometido.

Apesar do apoio social não ter influenciado na multimorbidade diretamente, este é um ponto a se destacar, uma vez que outros estudos demonstraram que o apoio social está associado às condições de saúde, configurando-se como proteção frente aos riscos de doenças<sup>41,42</sup> e a relação inversa (baixo apoio social) tem sido relacionada às condições de saúde desfavoráveis<sup>43,44</sup>.

Estudo realizado em Pernambuco que objetivou estimar a associação dos TMC com o apoio social em moradores da comunidade identificou que indivíduos com baixo apoio social apresentaram maior prevalência de TMC do que os com alto apoio social<sup>43</sup>. Indivíduos com baixa percepção de apoio social apresentam controle glicêmico expressivamente inferior, quando submetidos a situações estressantes<sup>44</sup>.

Portanto, ambientes que possuem apoio social favorável, atuam como protetores dos efeitos negativos oriundos das diversas exposições de estresse vivenciadas no cotidiano dos ACS, bem como melhora o desempenho das atividades dos trabalhadores e minimizam o desencadeamento de patologias<sup>6,45</sup>. Apesar de não ser avaliado diretamente neste estudo, o apoio social proveniente da chefia e dos colegas imprime um efeito positivo na saúde física e mental do indivíduo e nos níveis de satisfação com o trabalho<sup>40</sup>.

O trabalho em equipe deve ser constituído com a participação e envolvimento de todos os trabalhadores, especialmente os ACS que conhecem a realidade e as demandas da comunidade. Fragilizar as relações interpessoais vai de encontro a lógica dos serviços de atenção primária no Brasil, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as políticas organizacionais a exemplo do Humaniza SUS, sobre a ampliação do diálogo e a gestão participativa, com vista à qualificação da assistência em saúde<sup>46</sup>.

Outro ponto que merece destaque é a relação entre o controle sob o trabalho e a multimorbidade, que se apresentou com um efeito pequeno, negativo. Apesar do estudo não demonstrar um efeito significativo, a literatura sugere uma relação inversa entre o controle sobre o trabalho e a multimorbidade. Quando é retirado do trabalhador o controle sobre o seu próprio trabalho, resta ao mesmo, repetir as atividades rotineiramente, transformando o trabalho em uma tarefa sem sentido, levando-os a desmotivação e favorecendo o sofrimento, com repercussões na atuação profissional e na sua saúde<sup>47</sup>.

A falta de controle pode levar a alienação, a dependência, ao desenvolvimento de habilidades parciais e superficiais, definhamento intelectual do trabalhador e perda de controle sobre si mesmo<sup>48</sup>. Dessa forma, este é um aspecto com muito impacto no trabalho dos ACS: em trabalhos que exigem proatividade e iniciativa, como é este tipo de trabalho, tornar-se passivos não apenas aliena o sujeito do seu trabalho, como também pode comprometer a produtividade e a qualidade da atenção oferecida. No seu oposto, o controle e autonomia no trabalho

poderá aumentar o otimismo sob as suas atribuições e demandas, repercutindo em uma melhora do seu estado físico e emocional e na qualidade do serviço ofertado.

Mediante estudos evidenciados na literatura, afirma-se que o controle sobre o trabalho influencia no adoecimento do trabalhador. Uma revisão integrativa demonstrou que os altos níveis de controle sobre o trabalho estão associados a baixos níveis de estresse, ansiedade, *burnout*, irritabilidade, queixas psicossomáticas e consumo de álcool<sup>49</sup>. Ao examinar os efeitos psicossociais do trabalho e o sistema cardiovascular, identificou-se que os trabalhadores que atuam sob alta tensão apresentam níveis pressóricos mais elevados ou tornam-se hipertensos limítrofes quando percebe menor controle no trabalho, ou seja, baixa percepção do controle sob o trabalho pode ter efeito negativo sobre o sistema cardiovascular<sup>50</sup>.

O baixo controle sobre o trabalho quando estão associados à alta demanda de trabalho, interfere de forma negativa na qualidade de vida dos profissionais de saúde, pois aumenta a prevalência de TMC, bem como reduz a capacidade laboral e amplia os riscos de adoecimento<sup>6,51</sup>.

Neste estudo, a demanda psicológica desempenhou papel mais significativo do que o controle sob o trabalho na relação com a multimorbidade, haja vista que entre os aspectos psicossociais avaliados, a mesma relacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com essa condição de saúde.

Os ACS desenvolvem suas atribuições em altas exigências psicológicas. No trabalho desses profissionais estão presentes diversos estressores psicossociais como a falta de tempo para o desempenho das funções, as dicotomias entre o trabalho real e o prescrito, desvio de função, situações de violência, desvalorização profissional, envolvimento com os problemas sociais da comunidade<sup>10</sup>. Esses fatores produzem sobrecarga psíquica, devido à alta demanda psicológica, implicando sofrimento e adoecimento do trabalhador.

Estudo com trabalhadores da estratégia de saúde da família, objetivando avaliar a associação dos aspectos psicossociais do trabalho, com a ocorrência de TMC, identificou que o grau de demanda psicológica desempenha papel mais significativo que o controle sob o trabalho para o sofrimento psíquico<sup>6</sup>. Outro trabalho converge para os resultados deste estudo, que identificou que os ACS que estavam expostos a altas demandas psicológicas associaram-se com TMC<sup>11</sup>.

Outras evidências científicas demonstram relação dos aspectos psicossociais do trabalho com a hipertensão<sup>52</sup>. A pressão elevada constitui-se problema de saúde pública que pode desencadear outras doenças como acidente vascular cerebral, cardiovasculares e insuficiência renal, proporcionando maior risco de multimorbidade<sup>53</sup>.

Outro destaque é que os aspectos psicossociais no trabalho aumentam o nível de estresse que poderá desencadear compulsões alimentares, elevando o peso do trabalhador e conseqüentemente a síndrome metabólica. Estudo que investigou a relação entre estresse ocupacional e síndrome metabólica (SM) evidenciou que a frequência de SM foi mais elevada nos indivíduos submetidos à maior demanda psicológica no exercício da profissão. Na análise dos elementos da SM identificou maior frequência de hipertrigliceridemia, hipertensão arterial e níveis reduzidos de colesterol HD, demonstrando que o trabalhador com síndrome metabólica apresenta outras morbidades associadas<sup>54</sup>.

A literatura aponta para a relação dos aspectos psicossociais e o desencadeamento de estresse oriundo do trabalho<sup>55</sup>. O estresse é uma reação fisiológica do organismo que pode ser desencadeada por diversos fatores físicos e emocionais, os quais emitem manifestações sistêmicas, podendo gerar distúrbios fisiológicos e psicológicos<sup>56</sup>. Entre esses distúrbios destaca-se a relação do estresse do trabalho com a hipertensão<sup>57</sup>, o diabetes tipo 2<sup>58</sup>, além de se constituir como um fator de risco para obesidade e dislipidemia<sup>59</sup>.

Também tem sido relatada consistentemente relação dos aspectos psicossociais do trabalho com dor musculoesquelética<sup>60</sup>. Esse problema de saúde geralmente se apresenta devido a alta exigência do trabalho, condição geradora de estresse. Neste estudo, as ACS exerciam dupla jornada de trabalho, já que eram responsáveis pela realização das atividades domésticas e cuidados com os filhos<sup>28</sup>, levando-as a uma maior sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, a um maior desgaste físico e mental, favorecendo o aparecimento de doenças.

Assim, os aspectos psicossociais podem levar a comprometimentos fisiológicos e psicológicos, refletindo na condição de saúde dos ACS, o que poderá interferir no desenvolvimento de suas atribuições e conseqüentemente na saúde da comunidade.

Por fim, o presente estudo possui limitações que devem ser consideradas. Apesar de a modelagem utilizada assumir relações causais, em decorrência de ser

um estudo transversal, aponta-se a impossibilidade de predizer relações de causa/efeito, pois a exposição e o desfecho foram analisados em um único momento. O viés do trabalhador sadio deve ser considerado, por não fazer parte da pesquisa os trabalhadores que se encontram afastados por motivo de saúde, bem como aqueles que se aposentaram precocemente. Ainda destaca-se o uso de questionário autoaplicável, pois podem ser influenciados por eventuais falhas no preenchimento ocasionando perdas e pelo viés de memória.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados desse estudo reforçam a influência dos aspectos psicossociais do trabalho sobre a multimorbidade em agentes comunitários de saúde, com atenção maior para as demandas psicológicas, bem como as relações com sexo e idade, no modelo proposto. Faz-se necessário melhorar as condições de trabalho dos ACS, especialmente os fatores relacionados às demandas psicológicas, com vistas a facilitar o desenvolvimento do trabalho e minimizar os fatores que possam levá-los ao adoecimento.

Espera-se que o estudo possa contribuir na elaboração de políticas públicas voltadas para construção de estratégias e ações no âmbito de trabalho dos ACS. Sugere-se a aplicação de estudos longitudinais para investigar como as condições de trabalho influenciam no adoecimento, contribuindo para a elaboração de estratégias que possam minimizar os efeitos negativos do trabalho na vida dos ACS.

## **REFERÊNCIAS**

1. Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos. 1ª. Ranieri J, editor. São Paulo: Boitempo editorial; 2004. 176 p.
2. Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8ª. Editora Cortez, editor. Cortez Editora. São Paulo; 2002. 288 p.
3. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev

- Saude Publica [Internet]. 2003;37(4):424–33. Disponível em:  
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2062.pdf>
4. Levi L. Definiciones y aspectos teóricos de la salud en relación con el trabajo. Em: Kalimo R, El-Bataw M, Cooper CL, editores. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Organizaçã. Genebra; 1988. p. 9–14.
  5. Araújo TM de, Mattos AIS, Almeida MMG de, Santos KOB. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2016;19(3):645–57. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2016000300645&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300645&lng=pt&tlng=pt)
  6. Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Chaves J, Jacques CS, Martinazzo K, et al. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia de Saúde da Família. Rev Epidemiol Control Infecção [Internet]. 2017;7(1):1–7. Disponível em:  
<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6927>
  7. Bezerra YR do N, Feitosa MZ de S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. Cien Saude Colet [Internet]. 2018;23(3):813–22. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000300813&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300813&lng=pt&tlng=pt)
  8. Ávila MMM. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. Rev Bras em Promoção da Saúde [Internet]. 2011;24(2):159–68. Disponível em:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819262011>
  9. Lavor ACH, Lavor MC, Lavor IC. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. Sanare [Internet]. 2004;5(1):121–8. Disponível em:  
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130>
  10. Krug SBF, Dubow C, Santos AC dos, Dutra BD, Weigelt LD, Alves LMS. Work, suffering and illness: the reality of community health agents in southern Brazil.

- Trab Educ Saude [Internet]. 2017;15(3):771–88. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462017000300771&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300771&lng=pt&tlng=pt)
11. Alcântara MA de, Assunção AÁ. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. Rev Bras Saude Ocup [Internet]. 2016;41(e2):1–11. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&tlng=pt)
  12. Almeida MC dos S, Baptista PCP, Silva A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016;50(1):95–103. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt\\_0080-6234-reeusp-50-01-0095.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0095.pdf)
  13. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? Public Health Rev [Internet]. 2010;32(2):451–74. Disponível em:  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF03391611.pdf%0Ahttp://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=9ccfb5a1-cfa7-445a-b67d-ab70bff8fb07%40sessionmgr120&hid=104>
  14. Lua I, Almeida MMG de, Araújo TM de, Soares JF de S, Santos KOB. Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da Atenção Básica. Trab Educ Saude [Internet]. 2018;16(3):1301–19. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462018000301301&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301301&lng=pt&tlng=pt)
  15. Rocha SV, Barbosa AR, Araújo TM De. Common mental disorders of health care workers in Bahia state. Acta Sci. 2018;40(e38398):1–8.
  16. Karasek RA. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q [Internet]. 1979;24(2):285–308. Disponível em:  
[https://www.jstor.org/stable/pdf/2392498.pdf?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/pdf/2392498.pdf?seq=1#page_scan_tab_contents)
  17. Fonseca ISS, Moura SB. Apoio social, saúde e trabalho uma breve revisão. Psicol Am Lat [Internet]. 2008;15:1–6. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2008000400012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000400012)

18. Amorin LDAF, Santos CA de ST, Moraes LTLP de, Santos TNL dos. Modelos de Equações Estruturais em Epidemiologia. Em: Almeida-Filho N de, Barreto ML, editores. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p. 273–81.
19. Neves JAB. Modelo de equações estruturais: uma introdução aplicada [Internet]. Pública EFEN de A, editor. Brasília; 2018. 1-81 p. Disponível em: [http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3334/1/Livro\\_Modelo de equações estruturais.pdf](http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3334/1/Livro_Modelo%20de%20equa%C3%A7%C3%B5es%20estruturais.pdf)
20. Hoyle RH. Handbook of structural equation modeling. New York: Guilford Press; 2012.
21. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Struct Equ Model A Multidiscip J. Janeiro de 1999;6(1):1–55.
22. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2012. 445 p.
23. Wang J, Wang X. Structural equation modeling : applications using Mplus. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2012.
24. Browne MW, Cudeck R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. Sociol Methods Res [Internet]. 1992;21(2):230–58. Disponível em: <http://www.ww.w.statpower.net/Content/312/Handout/MacCallumBrowneSugawara96.pdf>.
25. MacCallum R, Browne M, Sugawara H. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. Psychol Methods [Internet]. 1996;1(2):130–49. Disponível em: <http://www.ww.w.statpower.net/Content/312/Handout/MacCallumBrowneSugawara96.pdf>
26. Amaral TLM, Amaral C de A, Lima NS de, Herculano PV, Prado PR do, Monteiro GTR. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guimard, Acre, Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2018;23(9):3077–84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-23-09-3077.pdf>

27. Hussain MA, Katzenellenbogen JM, Sanfilippo FM, Murray K, Thompson SC. Complexity in disease management: a linked data analysis of multimorbidity in Aboriginal and non-Aboriginal patients hospitalised with atherothrombotic disease in Western Australia. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(8):1–18. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0201496>
28. Castro TA de, Davoglio RS, Nascimento AAJ do, Santos KJ da S, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2017;25(3):294–301. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2017000300294&lng=pt&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300294&lng=pt&tIng=pt)
29. Carvalho JN de. Epidemiologia da multimorbidade na população Brasileira [Internet]. Vol. 91. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN; 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/23760>
30. Pache B, Vollenweider P, Waeber G, Marques-Vidal P. Prevalence of measured and reported multimorbidity in a representative sample of the Swiss population. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(164):1–8. Disponível em: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-1515-x>
31. Levorato CD, Mello LM de, Silva AS da, Nunes AA. Factors associated with the demand for health services from a gender-relational perspective. *Ciência & Saúde Coletiva*, [Internet]. 2014;19(4):1263–74. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/1/4/e000141>
32. Jin L, Guo X, Dou J, Liu B, Wang J, Li J, et al. Multimorbidity Analysis According to Sex and Age towards Cardiovascular Diseases of Adults in Northeast China. *Sci Rep* [Internet]. 2018;8(April):1–9. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-25561-y.pdf>
33. O'Malley CD, Tran N, Zapalowski C, Daizadeh N, Olenginski TP, Cauley JA. Multimorbidity in women with and without osteoporosis results from a large US retrospective cohort study 2004–2009. *Osteoporos Int* [Internet].

- 2014;25(8):2117–30. Disponível em:  
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00198-014-2740-3>
34. Kivimäki M, Kuosma E, Ferrie JE, Luukkonen R, Nyberg ST, Alfredsson L, et al. Overweight , obesity and risk of cardiometabolic multimorbidity: pooled analysis of individual-level data for 120813 adults from 16 cohort studies from the USA and Europe. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2017;2(6):e277–\_e285. Disponível em: <https://dspace.lboro.ac.uk/dspace-jspui/bitstream/2134/25144/4/PIIS2468266717300749.pdf>
35. Camelo SHH, Galon T, Marziale MHP. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. *Rev Enferm* [Internet]. 2012;20(esp1):661–7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5967>
36. Rossi DAN, Cotrera-Moreno L. Riscos à saúde no trabalho do agente comunitário de saúde de Sidrolândia, MS. *Ensaio e Ciência* [Internet]. 2006;10(3):191–200. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/html/260/26012809019/>
37. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB de, Júnior PRB de S, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade : ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018;52(Supl 2):1–12. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s2/pt\\_0034-8910-rsp-52-s2-S1518-87872018052000637.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s2/pt_0034-8910-rsp-52-s2-S1518-87872018052000637.pdf)
38. Stubbs B, Vancampfort D, Veronese N, Schofield P, Lin P, Tseng P, et al. Multimorbidity and perceived stress a population-based cross-sectional study among older adults across six low- and middle-income countries. *Maturitas* [Internet]. 2018;107:84–91. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29169587>
39. Melo LA, Lima KC de. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23(3):1–5. Disponível em:  
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencia-e-fatores-associados-a-multimorbidades-em-idosos-brasileiros/17063?id=17063>

40. Cordeiro L, Soares CB. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015;20(11):3581–8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001103581&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103581&lng=pt&tlng=pt)
41. Sherman AM. Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. *Soc Sci Med*. 2003;56(2):247–57
42. Aragão EIS, Portugal FB, Campos MR, Lopes C de S, Fortes SLCL. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(7):2367–74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2367.pdf>
43. Costa AG da, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2005;21(1):73–9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/09.pdf>
44. Boas LCG-V, Foss MC, Freitas MCF de, Pace AE. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana Enferm* [Internet]. 2012;20(1):8. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
45. Shimizu HE, Carvalho Júnior DA. The working process in the Family Health Strategy and its repercussions on the health-disease process. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2012;17(9):2405–14. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021)
46. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Fernandez M do C, Haddad L, Peres AM, et al. The challenges of teamwork in the family health strategy. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018;22(4):1–9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt\\_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf)
47. Guimarães MC. Controle no trabalho: uma reflexão sobre antigas e novas formas de controle e suas conseqüências sobre os trabalhadores. *REGE Rev*

- Gestão USP [Internet]. 2006;13(1):1–10. Disponível em:  
[http://www.unifal.com.br/Bibliotecas/Artigos\\_Cientificos/CONTROLE NO TRABALHO.pdf](http://www.unifal.com.br/Bibliotecas/Artigos_Cientificos/CONTROLE_NO_TRABALHO.pdf)
48. MARX K. Da manufatura à fábrica automática. Em: Gorz A, editor. Crítica da divisão do trabalho. São Paulo: Martins Fontes; 1996. p. 23–36.
49. Terry DJ, Jimmieson NL. Work control and employee well-being: A decade review. Em: Cooper CL, Robertson IT, editores. International review of industrial and organizational psychology. 14.<sup>a</sup> ed. New York; 1999. p. 95–148.
50. Rau R, Georgiades A, Fredrikson M, Lemne C, Faire U de. Psychosocial work characteristics and perceived control in relations to cardiovascular rewind at night. Journal Occup Heal Psychol [Internet]. 2001;6(3):171–81. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2001-01021-001>
51. Góes AF, Pinho P de S. Whork psychosocial aspects and common mental disorders among community health agents. Rev Saude Coletiva [Internet]. 2016;6(1):8–13. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1172/847>
52. Cuffee Y, Ogedegbe C, Williams NJ, Ogedegbe G, Schoenthaler A. Psychosocial Risk Factors for Hypertension: An Update of the Literature. NIH Public Access [Internet]. 2014;16(10):1–18. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163921/pdf/nihms622216.pdf>
53. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. 302 p. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854\\_eng.pdf;jsessionid=AF581C64F4D172A6ABB9F4B72DDF9AA5?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=AF581C64F4D172A6ABB9F4B72DDF9AA5?sequence=1)
54. Costa MB, Guércio NMS, Costa H de FC, Oliveira MME de, Alves MJM. Possível relação entre estresse ocupacional e síndrome metabólica. HU Rev [Internet]. 2011;37(1):87–93. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/download/1269/529>
55. Silva MA da, Lampert SS, Bandeira DR, Bosa CA, Barroso SM. Saúde emocional de agentes comunitários: Burnout, estresse, bem-estar e qualidade

- de vida. Rev da SPAGESP [Internet]. 2017;18(1):20–33. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v18n1/v18n1a03.pdf>
56. Reis ALPP dos, Fernandes SReP, Gomes AF. Estresse e Fatores Psicossociais Stress and Psychosocial Factors. *Psicol Ciência e Profissão* [Internet]. 2010;30(4):712–25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n4/v30n4a04.pdf>
57. Pimenta AM, Assunção AÁ. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2016;41(0):1–11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e6.pdf>
58. Lian Y, Sun Q, Guan S, Ge H, Tao N, Jiang Y, et al. Effect of changing work stressors and coping resources on the risk of type 2 diabetes: The OHSPIW cohort study. *Diabetes Care* [Internet]. 2017;41(3):453–60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e6.pdf>
59. Hanson LLM, Westerlund H, Goldberg M, Zins M, Vahtera J, Rod NH, et al. Work stress, anthropometry, lung function, blood pressure, and blood-based biomarkers: a cross-sectional study of 43,593 French men and women. *Sci Rep* [Internet]. 2017;7(1):1–9. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5570902/pdf/41598\\_2017\\_Article\\_7508.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5570902/pdf/41598_2017_Article_7508.pdf)
60. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Factors associated with the quality of life of community health agents. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013;18(5):1375–86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500023&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500023&lng=pt&tlng=pt)

## *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a relação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a multimorbidade, evidenciando que os ACS estavam expostos aos riscos no ambiente de trabalho, com repercussão na sua saúde física e psíquica. Os dados quantitativos e qualitativos se complementaram.

A maioria da população que exercia a função de ACS na Bahia era composta por mulheres, adultas jovens, de cor parda, com companheiro e filhos, ensino médio e renda superior a um salário mínimo, concursada com jornada maior ou igual a 40 horas e têm os seus direitos trabalhista garantidos. Destaca-se, a desprecarização do vínculo de trabalho dos ACS nos municípios estudados, pois atuavam conforme regulamentação preconizada pelo Ministério da Saúde.

Foi identificado que os ACS exerciam o trabalho, predominantemente na condição de alta exigência e trabalho passivo. Esses profissionais possuíam diversos fatores de exposição à alta demanda como: a indefinição dos horários para o término do trabalho, por vezes, atendiam a população à noite e nos finais de semana e feriados; condições insalubres; recursos humanos e materiais insuficientes; exposição a diversos riscos ocupacionais, especialmente o tráfico de drogas e a violência; remuneração baixa; pouco reconhecimento profissional; recursos materiais insuficientes, entre outras condições que podem gerar a insatisfação com o trabalho. Observou-se que as demandas do labor são inerentes ao processo de trabalho do ACS, de maneira, que se torna difícil retirá-las da rotina desses profissionais.

Verificou-se que os aspectos psicossociais do trabalho exerciam influência significativa na multimorbidade. A demanda psicológica revelou-se um aspecto importante a ser considerado nos estudos que avaliam a multimorbidade, devido a sua associação positiva com essa condição de saúde entre os ACS. Destaca-se a relação entre multimorbidade e mulheres acima de 38 anos. Tais condições sociodemográficas atenuam a multimorbidade, o que requer um olhar mais atento quanto às situações estressoras que são vivenciadas pelas ACS, pois estas comprometem o equilíbrio fisiológico dos indivíduos, o que facilita o aparecimento de doenças.

Dessa forma, é necessária a adoção de ações que melhorem a estrutura organizacional, com vistas a elevar o controle sobre o trabalho e reduzir a demanda. Sugere-se que os gestores e profissionais de saúde reflitam quais os campos de atuação dos ACS, garantindo que eles desenvolvam apenas as atribuições que são da sua competência, bem como promovam diálogos em conjunto com essa categoria profissional, buscando alternativas que possam minimizar os danos a saúde desses trabalhadores e conseqüentemente elevar o nível de satisfação com o trabalho.

É salutar lembrar a relevância da atuação desses profissionais para a reorganização e consolidação da APS, vislumbrando o desenvolvimento de melhores condições de trabalho, haja vista que essas condições têm relação direta com os aspectos psicossociais e a saúde deste trabalhador.

## *REFERÊNCIAS*

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, M. A. de; ASSUNÇÃO, A. Á. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 41, n. e2, p. 1–11, 2016.
- ALMEIDA FILHO, N. de; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Reimpr. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- ALMEIDA, M. C. dos S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 95–103, 2016.
- ALONSO, C. M. do C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. de C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: Meta-synthesis. **Rev Saude Publica**, v. 52, p. 1–13, 2018.
- ALVES, M. G. de M. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
- ANDRADE, C. G. et al. Hanseníase: compreensão de agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira Ciências Saúde**, v. 15, n. 1, p. 17–24, 2011.
- ANTUNES, R. **O caracol e sua concha: ensaio sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Rio de Janeiro. MedBook, 2014. Em: MEDBOOK (Ed.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 110.
- ARAÚJO, T. M. DE et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde Gender differentials and health impacts in the teaching profession. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1117–1129, 2006.
- ARAÚJO, T. M. DE; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991–1003, 2003.
- ARAÚJO, T. M. de; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and infor ... **Health (San Francisco)**, n. 6, p. 52–59, 2008.
- ARAÚJO, T. M. et al. Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saude Publica**, v. 37, n. 4, p. 424–433, 2003.

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, 2011.

BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 78–84, 2010.

BATISTA, S. R. The complexity of multimorbidity. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 1, p. 125–126, 2014.

BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto: uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau Florianópolis**. [s.l.] Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

BEZERRA, Y. R. do N.; FEITOSA, M. Z. de S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 813–822, 2018.

BOYD, C. M.; FORTIN, M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? **Public Health Reviews**, v. 32, n. 2, p. 451–474, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html). Acesso em: 22 agos. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-nº-2436-2017-Ministério-da-Saúde-Aprova-a-Política-Nacional-de-Atenção-Básica..pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>. Acesso em: 7 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde. SIAB/SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

BROCH, D. et al. Lives of pleasure and suffering in the work of the Community Health Agent. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1–7, 2018.

BROEIRO, P. Multimorbidade e comorbidade: duas perspectivas da mesma realidade. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 31, n. 3, p. 158–160, 2015.

BROWNE, M. W.; CUDECK, R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. **Sociological Methods & Research**, v. 21, n. 2, p. 230–258, 1992.

CAMELO, S. H. H.; GALON, T.; MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Revista Enfermagem**, v. 20, n. esp1, p. 661–667, 2012.

CARLI, R. de et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 3, p. 626–632, 2014.

CECILIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1–14, 2018.

CHANDOLA, T.; BRUNNER, E.; MARMOT, M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. **British Medical Journal**, v. 332, n. 7540, p. 521–524, 2006.

CIPRIANO, F. G. et al. Relação entre distúrbio de voz e trabalho em um grupo de Agentes Comunitários de Saúde. **CoDAS**, v. 25, n. 6, p. 548–556, 2013.

COSTA, S. de M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2147–2156, 2013.

DIEDERICHS, C.; BERGER, K.; BARTELS, D. B. The measurement of multiple chronic diseases: a systematic review on existing multimorbidity indices. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 66 A, n. 3, p. 301–311, 2011.

FARIA, H. P. de. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. [s.l.] Nescon, 2009.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos 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.

FISCHER, F. M. Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 401–406, 2012.

FONSECA, I. S. S. et al. Apoio social e satisfação no trabalho em funcionário de uma empresa de petróleo. **Psicologia para Am{é}rica Latina**, n. 25, p. 43–56, 2013.

GALÁNA, I. et al. Agregación de factores de riesgo ligados al comportamiento y su relación con la salud subjetiva. **Gaceta Sanitaria**, v. 19, n. 5, p. 1–9, 2005.

GALAVOTE, H. et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **SciELO Brasil**, p. 575–586, 2013.

GARIN, N. et al. Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. **PLoS ONE**, v. 9, n. 11, p. e111498, 2014.

GENACIS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 49–57, 2013.

GOMES, K. de O. et al. The Community Health Agent's Praxis in the Context of the Family Health Program: strategic reflections. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 744–755, 2009.

GOMES, M. F. et al. Occupational hazards and health problems: perceptions of community health workers. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3574–3586, 2015.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos), 1992.

GUEDEA, M. T. D. et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 242–249, 2009.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Edgard Blucher: Fundação Vanzolini, 2004.

HARRIS, M. J.; HAINES, A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 7, n. 2008, p. 330–335, 2012.

HOYLE, R. H. **Handbook of structural equation modeling**. New York: Guilford Press, 2012.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal**, v. 6, n. 1, p. 1–55, Jan. 1999.

HUANG, G. D.; FEUERSTEIN, M.; SAUTER, S. L. Occupational stress and work-related upper extremity disorders: Concepts and models. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 41, n. 5, p. 298–314, 2002.

HUNTLEY, A. L. et al. Measures of Multimorbidity and Morbidity Burden for Use in Primary Care and Community Settings: A Systematic Review and Guide. **Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 2, p. 134–141, 2012.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017**: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. [s.l.] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018a.

IBGE. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/.html?>. Acesso em: 5 dez. 2018b.

JUSTO, C. M. P.; GOMES, M. H. de A.; SILVEIRA, C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família1. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 594–606, 2015.

KARASEK, R. A. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285–308, 1979.

KARASEK, R. **Job content questionnaire and user's guide**. Disponível em: [www.jcqcenter.org](http://www.jcqcenter.org). Acesso em: 7 nov. 2018.

KARASEK, R. Low social control and physiological deregulation: the stress-disequilibrium theory, towards a new demand-control model. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Supplement**, v. 6, n. suppl, p. 117–135, 2008.

KARASEK, R.; THEÖRELL, T. **Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life**. Nova York, 1990.

KELISHADI, R. et al. A prevalência cumulativa de fatores de risco para doença cardiovascular em adolescentes iranianos: IHHP-HHPC. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 6, p. 447–453, 2005.

KIVIMÄKI, M. et al. Work stress in the etiology of coronary heart disease: a meta-analysis. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 32, n. 6, p. 431–442, 2006.

KLINE, R. B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 3rd. ed. New York: The Guilford Press, 2012.

KNUTH, B. S. et al. Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2481–2488, 2015.

KRUG, S. B. F. et al. Work, suffering and illness: the reality of community health agents in southern Brazil. **Trab. Educ. Saude**, v. 15, n. 3, p. 771–788, 2017.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKY, L. P. Avaliação de família : rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 198–205, 2009.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **Sanare**, v. 5, n. 1, p. 121–128, 2004.

LE RESTE, J. Y. et al. The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. **PLoS ONE**, v. 10, n. 1, p. 1–13, 2015.

LEE, I. M. et al. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

LEVI, L. Definiciones y aspectos teóricos de la salud en relación con el trabajo. Em: KALIMO, R.; EL-BATAW, M.; COOPER, C. L. (Eds.). **Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud**. Organizazion Mudial de La Saled, Genebra, p. 9–14, 1988.

LIMA, A. G. et al. Fotoexposição solar e fotoproteção de agentes de saúde em município de Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 478–482, 2010.

LIMA, M. C. P.; KERR-CÔRREA, F.; REHM, J. Consumo de álcool e risco para doença coronariana na região metropolitana de São Paulo: uma análise do Projeto

LIPP, M. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Rev Psiq Clínica**, v. 28, n. 6, p. 347–349, 2001.

MACCALLUM, R.; BROWNE, M.; SUGAWARA, H. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. **Psychological Methods**, v. 1, n. 2, p. 130–149, 1996.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 9–17, 2015.

MALTA, D. C. et al. Estilos de vida da população brasileira : resultados da Pesquisa Nacional de Saúde , 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 217–226, 2015.

MARENGONI, A. et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. **Ageing Research Reviews**, v. 10, n. 4, p. 430–439, 2011.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 945–955, 2011.

MARX, K. **Para a crítica da economia política: salário, preço e lucro. O rendimento e suas fontes.** São Paulo: Coleção Cultural, 1982.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos.** 1. ed. São Paulo: Boitempo editorial, 2004.

MARX, K.; FRIEDRICH ENGELS. **A ideologia alemã.** São Paulo: Boitempo, 2007.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Factors associated with the quality of life of community health agents. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1375–1386, 2013.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 4, n. 6, p. 109–116, 2000.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Em: EPSJV (Ed.). . **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 427–432.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. [s.l.] Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. **Rev Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MOREIRA, T. R.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E. L. N. Risk of tuberculosis infection among community health agents. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 2, p. 332–338, 2010.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

MOTA, C. M.; DOSEA, G. S.; NUNES, P. S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4719–4726, 2014.

MOURA, G. M. de. **O conceito marxiano de trabalho.** Salvador: Universidade Federal da Bahia - UFBA, 2012.

NASCIMENTO, V. F. do et al. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. **Santa Maria**, v. 43, n. 1, p. 60–69, 2017.

NEVES, J. A. B. **Modelo de equações estruturais: uma introdução aplicada**. Brasília: Enap, 2018.

NICE. **National Institute for health and care Excellence**. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>. Acesso em: 10 nov. 2018.

NUNES, B. P. et al. Contextual and individual inequalities of multimorbidity in Brazilian adults: A cross-sectional national-based study. **BMJ Open**, v. 7, n. 6, p. 1–12, 2017.

NUNES, B. P. et al. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade : ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Supl 2, p. 1–12, 2018.

OLIVEIRA, R. A. A concepção de trabalho na filosofia do jovem Marx e suas implicações antropológicas. **Kínesis**, v. 2, n. 3, p. 72–88, 2010.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde - Declaração de Alma-Ata. **URSS**, p. 3, 1978.

PAULO NETTO, J. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. ed. São Paulo, 2011.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**. [s.l.] Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T.; LEONELLO, V. M. Trabalho em equipe e prática Colaborativa. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamenento de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 103–114.

PERES, C. R. F. B. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 4, p. 905–911, 2010.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 766–769, 2010.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251–263, 2000.

PRIOR, A. et al. The association between perceived stress and mortality among people with multimorbidity: a prospective population-based cohort study. **American Journal of Epidemiology**, v. 184, n. 3, p. 199–210, 2016.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab.educ.saúde**, v. 10, n. 2, p. 257–281, 2012.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438–446, 2004.

RIBEIRO, G. DE S. Problemas de Saúde da população brasileira e seus determinantes. Em: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (Eds.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 97–119.

RIQUINHO, D. L. et al. The daily work of the community health agent: between difficulty and power. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 163–182, 2018.

ROCHA, G. S. S. et al. Community health workers' knowledge on tuberculosis, control measures, and directly observed therapy. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 7, p. 1483–1496, 2015.

RUSS, T. C. et al. Association between psychological distress and mortality: Individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. **BMJ (Online)**, v. 345, n. 7871, p. 1–14, 2012.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 665–672, 2012.

SANTOS, Í. E. R. dos; VARGAS, M. M.; REIS, F. P. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. **Revista Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 324–335, 2014.

SANTOS, F. A. A. S. et al. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 191–197, 2016.

SCHMIDT, D. R. C. et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 13–17, 2013.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 317–326, 2006.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JÚNIOR, D. A. The working process in the Family Health Strategy and its repercussions on the health-disease process. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405–2414, 2012.

SILVA, M. A. da et al. Saúde emocional de agentes comunitários: Burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. **Revista da SPAGESP**, v. 18, n. 1, p. 20–33, 2017.

SILVEIRA, M. R. da; SENA, R. R. de; OLIVEIRA, S. R. de. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Rev Min Enferm**, v. 15, n. 2, p. 196–201, 2011.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. de M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1865–1876, 2017.

SINNOTT, C. et al. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: Systematic review and synthesis of qualitative research. **BMJ Open**, v. 3, n. e003610, p. 1–11, 2013.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. spe, p. 17–24, 2000.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C.; MELLO, D. F. de. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 228–237, 2010.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. de et al. Impact of multimorbidity on mortality in elderly: a post-hospitalization cohort study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 579–589, 2013.

SOUSA, M. F. **A coragem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA, M. C. M. R. et al. Skin cancer: habits of sun exposure and skin changes between staff of health in a municipality of Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro Mineiro**, v. 1, n. 6, p. 1945–1956, 2016.

TAYLOR, A. W. et al. Multimorbidity: not just an older person's issue. **BMC Public Health**, v. 10, n. 718, p. 1–10, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F. de; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade Brasileira. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: teoria e prática. **MedBokk**, Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 121–137.

TOMASI, E. et al. Epidemiological and socio-demographic profile of primary care workers in the South and Northeast of Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. Sup 1, p. 193–201, 2008.

TRINDADE, L. de L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 44, n. 2, p. 274–279, 2009.

UCHINO, B. N. Social Support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 29, n. 4, p. 377–387, 2006.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. de 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. Saúde Ocup**, v. 35, n. 122, p. 327–339, 2010.

VALLA, V. V. Popular education, community health, and social support in a context of globalization. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. suppl 2, p. 7–14, 1999.

VILLALOBOS, J. O. **Estrés y trabajo**. 2004. Disponível em: [www.medspain.com/n3-feb99/stress.htm](http://www.medspain.com/n3-feb99/stress.htm). Acesso em: 18 Nov. 2018.

VIOLAN, C. et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. **PLoS ONE**, v. 9, n. 7, p. 3–11, 2014.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. The work of the health community agent: stress factors and coping strategies. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 4, p. 563–568, 2009.

WALLACE, E. et al. Comparison of count-based multimorbidity measures in predicting emergency admission and functional decline in older community-dwelling adults: a prospective cohort study. **BMJ Open**, v. 6, n. 9, p. e013089, 2016.

WANG, J.; WANG, X. **Structural equation modeling: applications using Mplus**. United Kingdom: John Wiley & Sons, 2012.

WHO. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package**. Geneva World Health Organization, 2008.

ZULU, J. M. et al. Hope and despair: Community health assistants' experiences of working in a rural district in Zambia. **Human Resources for Health**, v. 12, n. 30, p. 1–14, 2014.

*ANEXOS*

## ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

		<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA DEPARTAMENTO DE SAÚDE Rua José Moreira Sobrinho, s/nº, Jequiezinho – Jequié – BA, CEP: 34200-000</p>
---	---	--

### 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

## ANEXO B: INSTRUMENTO DE COLETA QUANTITATIVA

<b>BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
<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		
<b>BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO</b>		
<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>	



**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>  1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.</b>  1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.</b>  1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.</b>  1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.</b>  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>  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>  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>  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>  1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.</b>  1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.</b>  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>  1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>
<p><b>13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.</b>  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>  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>  1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente</p>

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

<b>trabalho.</b> 1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente
<b>31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.</b> 1( )Discordo fortemente    2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo fortemente
<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
<b>33. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.</b> 1( )Discordo Totalmente                      2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo Totalmente
<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
<b>35. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes e supervisores.</b> 1( )Discordo Totalmente                      2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo Totalmente
<b>36. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.</b> 1( )Discordo Totalmente                      2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo Totalmente
<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
<b>38. Tenho pouca estabilidade no emprego.</b> 1( )Discordo Totalmente                      2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo Totalmente
<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
<b>40. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.</b> 1( )Discordo Totalmente                      2( )Discordo    3( )Concordo    4( )Concordo Totalmente
<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
<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
<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

<b>44. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.</b>			
1( )Discordo Totalmente	2( )Discordo	3( )Concordo	4( )Concordo Totalmente
<b>45. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.</b>			
1( )Discordo Totalmente	2( )Discordo	3( )Concordo	4( )Concordo Totalmente

Com relação a satisfação:

<b>46. Você está satisfeito(a) com o seu trabalho?</b>			
1( ) não estou satisfeito(a) de forma nenhum	2( ) não estou satisfeito(a)	3( ) estou satisfeito(a)	4( ) estou muito satisfeito(a)
<b>47. Você se candidataria ao seu emprego novamente?</b>			
1( ) Sim, sem hesitação		3( ) Definitivamente não	
2( ) Sim, depois de refletir sobre isto			
<b>48. Como você avaliaria sua qualidade de vida?</b>			
1( ) muito ruim		4( ) boa	
2( ) ruim		5( ) muito boa	
3( ) nem ruim, nem boa			

Por favor, circule o numero correspondente ao que lhe parece a melhor resposta

	Muito insatisfeito	nsatisfeito	Nem nsatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<b>50. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?</b>	1	2	3	4	5
<b>51. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?</b>	1	2	3	4	5
<b>52. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?</b>	1	2	3	4	5

#### BLOCO V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas).

Quantos cômodos há na sua casa? \_\_\_\_\_

Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? \_\_\_\_\_

Quais as atividades domésticas, listadas abaixo, que você faz?

ATIVIDADE	0 Não	1 Sim	8 Não se aplica
1. Cuidar das crianças menores que 7 anos?			

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			

**9. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa?**  
 0( ) Sim      1( ) Não

**10. Nas últimas duas semanas, você realizou atividades domésticas?**  
 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

**11. Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas?**  
 \_\_\_\_\_ horas [ ] NSA

**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.***

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	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: _____
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	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 <u>por dia</u> ?  Horas: _____ minutos: _____

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	
3a. 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	3b. 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 <u>por dia</u> ?  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>	
4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? _____ horas _____ minutos	4b. Quanto tempo no total você gasta sentando durante em um dia de final de semana? _____ 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 A 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 as 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	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

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?

1( ) Sim 0( ) Não

2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?

1( ) Sim 0( ) Não

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?

0( ) nunca 1( ) uma vez 2( ) algumas vezes 3( ) com frequência

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?

0( ) nunca 1( ) uma vez 2( ) algumas vezes 3( ) com frequência

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?

0( ) nunca 1( ) uma vez 2( ) algumas vezes 3( ) com frequência

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?

0( ) nunca 1( ) uma vez 2( ) algumas vezes 3( ) com frequência

7. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça (física e/ou verbal)?

0( ) nunca pensei 1( ) já pensou algumas vezes 2( ) pensa com frequência

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:

8. Você sofreu alguma agressão (física e/ou verbal) nos últimos 12 meses (fora do trabalho)?

1( ) Sim 0( ) Não

Se sim, quem praticou a agressão?

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



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**Núcleo de Saúde Coletiva**  
**Pesquisa: Condições de trabalho, condições de emprego e**  
**saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**



### ROTEIRO PARA ENTREVISTA

#### ENTREVISTA:

Data: \_\_\_/\_\_\_/2010

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Código de entrevistado: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO (A) ESTREVIDADO

(A) (Quem é o sujeito entrevistado?)

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
3. Estado Civil:
4. Filhos: Quantos?
5. Formação: \_\_\_\_\_
6. Tempo de formação:
7. Pós-graduação: Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_
8. Trabalhos anteriores:
9. Função atual:
10. Tempo de experiência da ESF:
11. Tempo de atuação nesta USF:
12. Tempo na função atual: \_\_\_\_\_ anos
13. Qual o regime de trabalho (Servidor, CLT, Cooperado, outro)? É concursado?
14. Carga Horária:
15. Folga?
16. Trabalha em outros lugares? Onde? Como?

### BLOCO II – O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

(Como se dá o processo de trabalho dos profissionais de saúde e quais as especificidades dos elementos que o constitui: sujeito, objeto, meios, espaço e finalidade?)

PERGUNTAS	INSTRUÇÃO / O QUE EU DEVO SABER
2) Descreva um dia típico de trabalho, desde a hora que você acorda até a hora em que vai dormir.	Qual a sua rotina de trabalho incluindo desde o acordar até o dormir? Atentar para o tempo e forma de deslocamento.
2) Qual a finalidade de seu trabalho?	Promoção, prevenção, reparação, manutenção, coordenação, troca de conhecimentos, pesquisar.

3) Com o quê você trabalha? Para quem você dirige seu trabalho?	Qual é o objeto do trabalho? Devemos investigar qual é o público para quem ele trabalha, demandas mais frequentes e características do público.
4) Que conhecimentos, técnicas, materiais e instrumentos você mais utiliza no cotidiano?	Quais são seus instrumentos de trabalho? Técnica, arte, conhecimentos, habilidades, tecnologia leve; leve-dura.
5) Como funciona o trabalho aqui ou como é organizado o trabalho aqui? Quem faz o quê?	Saber como o trabalho se organiza, divisão de tarefas.
6) Em que locais você desenvolve o seu trabalho?	Saber os espaços: unidade, comunidade, território, serviços, SMS, casa.
7) Como você descreveria esses locais?	Se é adequado, limpo, grande, pequeno, etc.
8) Como você divide o seu tempo ao longo de sua jornada de trabalho? Em que atividades gasta mais tempo?	Quero conhecer o ritmo do trabalho para cada atividade.

### BLOCO III – RESULTADOS PROJETADOS E ALCANÇADOS

(Como são as relações entre os elementos constitutivos do processo, o trabalho em si, e os resultados projetados e alcançados a partir da percepção dos sujeitos da práxis em saúde?)

1) O que ou que situações dificultam, o resultado positivo do seu trabalho?	Percepção de resultados ou das dificuldades enfrentadas na execução do trabalho.
3) O que facilita ou facilitaria o alcance dos resultados?	
2) Que resultados você tem tido com seu trabalho? Corresponde ao planejado?	Quer saber o produto do trabalho Relação trabalho e resultado projetado

### BLOCO IV – CIRCUNSTÂNCIAS DE SOFRIMENTO, ADOECIMENTO E SUPERAÇÃO

(Quais são as situações de adoecimento, sofrimento e superação, relativas tanto ao sujeito-trabalhador, são vivenciadas e significadas, cotidianamente?)

1) O que seu trabalho significa para você?	Percepção de prazer, sofrimento, adoecimento
2) Você está satisfeito com seu trabalho?	Percepção de prazer, sofrimento, adoecimento
3) O que te dá prazer no trabalho?	Percepção de sofrimento, adoecimento
4) O que você está considerando que seja prazer e sofrimento? O que significa exatamente isto no trabalho?	Significado de prazer e sofrimento no trabalho
5) Que situações lhe causam maior sofrimento? Exemplificar.	Percepção de sofrimento, adoecimento Obs: caso negue, indagar: Não tem nenhuma situação?
6) O seu trabalho lhe causa algum tipo de adoecimento?	Se necessário aprofundar com a seguinte pergunta: vc associa algum sintoma ao trabalho?
7) Como você enfrenta esta questão no seu trabalho (Que estratégias utiliza?)	Superação
8) O que seu trabalho lhe proporciona em termos concretos?	Prazer no trabalho Analisaremos aqui as significações concretas (sustento, férias, aquisição de bens) e abstratas (realização pessoal, profissional, sonhos, fantasias, projetos)

**BLOCO V– DETERMINANTES POLÍTICOS E IDEOLÓGICOS DO CAMPO**

(Quais as relações de poder entre os trabalhadores e demais atores do campo? Quais os discursos mais frequentes sobre o próprio trabalho? Quais as ideologias identificadas nos discursos? Quais os comportamentos que constituem *habitus* neste campo (em cada profissão ou instituição)?

<p>1. Quem manda no seu serviço?  2. Você tem liberdade, autonomia para decidir como realizar o seu trabalho?  3. Existem pessoas no trabalho que você se sinta mais próximo, ou que tem mais afinidade?  4. E pessoas que você não se dá bem?</p>	<p>Poder  OBS: O entrevistado não precisa dizer o nome das pessoas envolvidas nas situações.</p>
<p>5. O que é o SUS para você?  6. Você tem plano de saúde?  7. O que vc acha do setor privado?  8. Vc acha que lá se trabalha melhor do que no SUS? Gosta ou gostaria de estar trabalhando lá?</p>	<p>Ideologia</p>
<p>9. Fale um pouco sobre você. Quem é você?  10. Quem você gostaria de ser? Que profissional você gostaria de ser?</p>	<p>Identidade</p>
<p>11. Como você se diverte?  12. Com quem sai?  13. Pertence a alguma associação? Grupo?</p>	<p>Habitus/campo</p>

**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

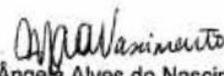
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**”, registrado sob **Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09)**, satisfaz às exigências 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