

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM

Isadora Caldeira Belini

**A prática do presenteísmo e suas implicações no cotidiano dos Agentes
Comunitários de Saúde**

Juiz de Fora
2018

**A prática do presenteísmo e suas implicações no cotidiano dos Agentes
Comunitários de Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Heloisa Campos Paschoalin

Juiz de Fora

2018

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

Belini, Isadora Caldeira .

A prática do presenteísmo e suas implicações no cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde / Isadora Caldeira Belini. -- 2018. 130 p.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Heloísa Campos Paschoalin
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Presenteísmo. 4. Condições de Trabalho. 5. Enfermagem do Trabalho. I. Paschoalin, Prof^a. Dr^a. Heloísa Campos , orient. II. Título.



Isadora Caldeira Belini

**A prática do presenteísmo e suas implicações no cotidiano dos Agentes
Comunitários de Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a. Heloisa Campos Paschoalin – Orientador - Presidente
Universidade Federal de Juiz de Fora

Professora Dr^a Angélica da Conceição Oliveira Coelho – 1º avaliador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Professora Dr^a Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza – 2º avaliador
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Professora Dr^a Rosângela Maria Greco – 3º avaliador (Suplente)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Professor Dr Élias Barbosa de Oliveira – 4º (Suplente)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

“Agradecer (verbo) 1. regência múltipla: mostrar ou manifestar gratidão, render graças; penhorar, reconhecer. ‘a. um favor’ 2. transitivo direto: compensar de maneira equivalente; retribuir, recompensar. ‘a. uma gentileza’”.

Ser grata é a forma mais simples de demonstrar a real importância daqueles que estiveram ao meu lado nesta etapa e quão significativo isso foi para mim. Ao subir mais um degrau, pude olhar para trás e reconhecer a eterna evolução em que me encontro e, sem apoio, eu nada seria.

Sou grata à Alvorada, pois, por meio dela, encontro a paz, o equilíbrio, a força e a luz emanada por Deus. Obrigada por cada lágrima enxugada, cada palavra de apoio, pela perseverança e a fé.

Agradeço às duas mulheres da minha vida, minha mãe, Célia, e minha irmã, Marina, que jamais me deixaram desistir, que lutaram e lutam comigo. Vocês são meu alicerce!

Ao Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora todo apoio e dedicação. O empenho da Coordenação de curso, na pessoa da Prof^a. Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena, Prof^a. Dr^a. Cristina Arreguy-Sena, Prof^a. Dr^a. Nádia Sanhudo e às secretárias Elisângela, Ana Cristina e Wanessa. À Capes o apoio financeiro.

Ao meu querido e unido grupo de pesquisa denominado “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida”, de responsabilidade da pesquisadora Prof^a. Dr^a. Rosangela Maria Greco da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (FACENF/UFJF) e a todos os pesquisadores nela inseridos, os quais se comprometem com a saúde e a qualidade de vida dos profissionais de saúde.

Agradeço aos colegas de mestrado que compartilharam comigo todas as alegrias, tristezas, aflições e emoções proporcionadas por esse longo caminho.

Agradeço à minha orientadora, Heloisa, um ser humano incrível, uma mulher, esposa e mãe que é fonte de inspiração, a excelente profissional que se destaca por amar o que faz. Obrigada pelas palavras de apoio, “puxões de orelha” e por me fazer sempre buscar ser mais!

Sou grata à Prof^a. Dr^a. Rosangela Maria Greco, que me mostrou, em sua ternura e doçura, as possibilidades que a vida nos dá e por ter me presenteado com suas sábias palavras sempre que necessário.

Aos membros da banca examinadora, obrigada por aceitarem compartilhar deste momento conosco e por todas as considerações e contribuições, a fim de enriquecer ainda mais esta dissertação.

Por fim, aos amigos que souberam administrar todas as minhas emoções, sendo elas reclamações, ausências, conversas repetitivas e cansativas, lágrimas, sorrisos e abraços... muito obrigada!

“Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocarmos nela corre por nossa conta.”

Chico Xavier

RESUMO

O presenteísmo é considerado relativamente novo no mundo do trabalho e da saúde ocupacional. Esse é um assunto de interesse atual e recente, que pode ocasionar dúvidas em seu verdadeiro significado e definição. Ao estar fisicamente presente no trabalho, mas apresentando falta de atenção, foco, energia ou algum sinal e sintoma de adoecimento, o trabalhador pode comprometer o trabalho, gerando a perda de produtividade, que normalmente é difícil de calcular. Essa prática pode também ocasionar agravos à saúde. Os objetivos da presente investigação são: analisar a associação entre presenteísmo com os fatores ocupacionais e as condições de saúde entre os Agentes Comunitários de Saúde da Atenção Primária à Saúde do Município de Juiz de Fora – MG; descrever o perfil sociodemográfico dos ACSs; identificar a prevalência de presenteísmo entre os ACSs; identificar os principais motivos que levam os ACSs a permanecerem no trabalho quando doentes; descrever a associação entre o presenteísmo e as condições de saúde entre os ACSs; analisar os fatores ocupacionais associados a presenteísmo entre os ACSs e analisar se o presenteísmo interfere na qualidade do trabalho dos ACSs. Trata-se de um estudo seccional, recorte de uma pesquisa denominada “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida”, no qual participaram 400 ACSs. A coleta de dados se deu por meio de questionário-entrevista aplicado por entrevistadores no período de julho a outubro de 2015 e outubro de 2016 a fevereiro de 2017. O presenteísmo foi mensurado por meio da Escala Stanford Presenteeism Scale (SPS-6), versão traduzida, adaptada e validada para o português brasileiro. Os resultados mostram que a população de estudo foi composta, em sua maioria, por mulheres (91,3%), sendo a média de idade de 46 anos; 46,4% se autodeclararam brancos; 65,3% possuíam até o Ensino Médio completo; 96,1% pertencem às regiões Sul de Minas e Zona da Mata. Dos entrevistados, 39,8% se encontravam na classe social B2; 57,6% eram casados ou viviam em união estável e 77,7% possuíam filhos. Quanto aos hábitos de vida e saúde, 62,7% dos ACSs possuem alto nível de atividade física, 81,4% apresentam consumo de baixo risco de álcool e apenas 10,3% relatam fumar. Sobre o estresse psicossocial, 32,5% se encontravam na categoria de alta exigência no trabalho, considerada a mais prejudicial para a saúde do trabalhador. Em relação ao presenteísmo, 58,8% da população relataram ser presenteístas e os principais motivos descritos foram “Não há quem lhe substitua e seu serviço vai ficar acumulado” (59,1%) e “Sua ausência vai comprometer a assistência” (44,3%). Os sinais e sintomas de adoecimento mais evidentes foram osteomuscular (38,3%); processos infecciosos (25,1%); enxaqueca/cefaleia (19,6%); alterações psíquicas e do sistema nervoso central (13,2%); doenças crônicas (11,5%); distúrbios hormonais (2,6%); outros problemas e não declarados (14,5%). Ao analisar as duas dimensões que compõem a escala SPS-6, trabalho finalizado e concentração mantida, evidenciaram-se escores menores na dimensão trabalho finalizado. Portanto o presenteísmo afeta a quantidade do trabalho realizado pelos agentes. Em relação às variáveis sociodemográficas, observou-se associação significativa com sexo e filhos, sendo as mulheres e os que possuem filhos os mais presenteístas. Quanto às variáveis ocupacionais, a ocorrência de acidentes de trabalho e o baixo apoio social tiveram associação com o presenteísmo e, entre as variáveis relacionadas com hábitos de vida e saúde, aqueles que consideram seu estado de saúde geral e bucal ruim foram os que mais praticaram o presenteísmo. Os resultados mostram, portanto, a alta prevalência do presenteísmo entre os ACSs e que esta prática interfere negativamente na capacidade física desses trabalhadores.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador. Presenteísmo. Estilo de vida. Condições de Trabalho. Enfermagem do Trabalho.

ABSTRACT

This ism is considered relatively new in the world of work and occupational health. This is a subject of current and recent interest, which can be a case of meaning and definition. In the work display, work in a fat key, focus, energy, some signal and taste of adoicing, the working has compromise the work, gerating the loss of product, in particular, must be found. This practice can also cause health problems. The objectives of the present investigation are: to analyze the relations between the working groups and the health conditions among the Community Health Agents of the Primary Health Care of the Municipality of Juiz de Fora - MG; describe the sociodemographic profile of the ACSs; to identify a prevalence of presenteeism among ACSs; have the main reasons why the ACSs should be prosecuted when they are ill; to describe an association between the present and the health conditions among the ACSs; Counseling and selection of results related to ACSs and analysis if the presentism interferences in the quality of the work of the ACSs. This is a cross-sectional study of a survey entitled "Workers in Primary Health Care: Working and Living Conditions", in which 400 ACSs participated. Data collection was done through an interview interview for a one-year period of 2017. The presentism was measured by means of the Stanford Presenteeism Scale Scale (SPS-6), translated version, adapted and validated for Brazilian Portuguese. The results showed that the population was composed mostly of women (91.3%), with a mean age of 46 years; 46.4% described themselves as white; 65.3% had completed high school; 96.1% are the South of Minas and Zona da Mata nations. Of the interviewees, 39.8% were in social class B2; 57.6% were married or lived in a stable union and 77.7% had children. Regarding lifestyle and health habits, 62.7% of CHWs have a high level of physical activity, 81.4% have low-risk alcohol consumption and only 10.3% report smoking. About the psychosocial effort, 32.5% were in the category of high working hours, considered more harmful to the health of the worker. Regarding the present, 58.8% of the population was related to the main reasons it was "It is not true that their will and service will accumulate" (59.1%) and "Your audience will compromise the attention ". 3%). The most evident signs and symptoms of illness were musculoskeletal (38.3%); infectious processes (25.1%); migraine / headache (19.6%); psychic and central nervous system disorders (13.2%); chronic diseases (11.5%); hormonal disturbances (2.6%); other problems and undeclared (14.5%). When analyzing the two dimensions that make up the SPS-6 scale, the finished work and the concentration, smaller scores in the finished work dimension were evidenced. Therefore, presenteeism affects the amount of work performed by agents. Regarding the sociodemographic variables, the association with sex and children was observed, with women and children having the most present. As for the occupational chains, the occurrence of occupational accidents and social combat, the association with the present and the diseases related to the habits of life and health, those who have their state of health are generally more serious than those practiced presenteeism . The results show, therefore, a high prevalence of performance among ACS and that negatively interfere in the working capacity of these workers.

Key words: Primary Health Care. Worker's Health. Presentismo. Lifestyle Working Conditions. Nursing work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Valor em pontos de cada item que compõe o SPS-6.....	54
Quadro 2	Classificação do nível de atividade física.....	55
Quadro 3	Quadrantes do Modelo Demanda-Controle proposto por Karasek (1979).....	57
Quadro 4	Dimensões do Modelo Demanda-Controle e suas medianas.....	57
Quadro 5	Classificação do Grau de Dependência do uso do álcool.....	58
Quadro 6	Classificação do grau de dependência do tabaco.....	58

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Processo Gradual das Políticas de Saúde do Trabalhador no Brasil.....	33
Ilustração 2	População de estudo.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	O perfil econômico, social e demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	63
Tabela 2	O nível de atividade física dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	66
Tabela 3	O consumo de bebida alcoólica dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	66
Tabela 4	Uso e grau de dependência do tabaco entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	67
Tabela 5	Características relacionadas ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	70
Tabela 6	Características relacionadas à demanda psicológica, ao controle sobre o trabalho e apoio social no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	75
Tabela 7	A autopercepção do estado de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	76
Tabela 8	A autopercepção do estado de saúde bucal dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018	77
Tabela 9	A prática do absenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	77
Tabela 10	A prática do presenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	78
Tabela 11	As dimensões do presenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018	80
Tabela 12	Associação entre o presenteísmo e as variáveis sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	81
Tabela 13	Condições de trabalho associadas ao presenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	82
Tabela 14	Modelo demanda controle associado ao presenteísmo entre os	83

	Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	
Tabela 15	Associação entre o presenteísmo e os hábitos de vida dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	83
Tabela 16	Associação entre o presenteísmo e a autopercepção de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018.....	84
Tabela 17	Análise múltipla das variáveis significantes dos fatores associados entre Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora, 2018.....	84
Tabela 18	Análise múltipla das variáveis significantes do presenteísmo e fatores associados dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora, 2018.....	85
Tabela 19	Modelo final da análise múltipla do presenteísmo e fatores associados dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora, 2018.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	JUSTIFICATIVA/CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	16
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3	HIPÓTESE.....	22
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
4.1	PRESENTEÍSMO.....	23
4.2	SAÚDE DO TRABALHADOR.....	29
4.3	O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	38
4.4	PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	
5	METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE AÇÃO.....	50
5.1	DELINEAMENTO.....	50
5.2	CENÁRIO.....	50
5.3	PARTICIPANTES.....	51
5.4	COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	52
5.4.1	<i>STANFORD PRESENTEEISM SCALE – 6 (SPS-6)</i>	54
5.4.2	QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA - VERSÃO CURTA (IPAQ CURTO).....	55
5.4.3	MODELO DEMANDA-CONTROLE (MDC).....	56
5.4.4	<i>ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)</i>	58
5.4.5	TESTE DE FAGERSTRÖM.....	58
5.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	60
5.6	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	
5.6.1	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	60
5.6.2	VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE.....	61
5.6.3	VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO.....	63
6	RESULTADOS.....	63
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ACSs.....	63
6.2	ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE DOS ACSs.....	66
6.2.1	CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DOS ACSs.....	66

6.2.2	ANÁLISE DO CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA E GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS ACSs.....	67
6.2.3	ANÁLISE DO USO E GRAU DE DEPENDÊNCIA DO TABACO ENTRE OS ACSs.....	66
6.3	CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO DOS ACSs.....	
6.3.1	MODELO DEMANDA-CONTROLE E O ESTRESSE PSICOSSOCIAL NO TRABALHO.....	76
6.4	ANÁLISE DA AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E DAS CARACTERÍSTICAS DO PRESENTEÍSMO ENTRE OS ACSs.....	76
6.4.1	ESTADO DE SAÚDE DOS ACSs DE ACORDO COM SUA AUTOPERCEPÇÃO.....	76
6.4.2	O ABSENTEÍSMO E O PRESENTEÍSMO ENTRES OS ACSs.....	77
6.5	O PRESENTEÍSMO E OS FATORES ASSOCIADOS.....	81
6.5.1	PRESENTEÍSMO ASSOCIADO ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	81
6.5.2	PRESENTEÍSMO ASSOCIADO ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	81
6.5.3	PRESENTEÍSMO ASSOCIADO AOS HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE.....	83
6.5.4	PRESENTEÍSMO ASSOCIADO À AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE.....	84
6.6	ANÁLISE MÚLTIPLA DO PRESENTEÍSMO E OS FATORES ASSOCIADOS.....	84
7	DISCUSSÃO.....	86
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
9	REFERÊNCIAS.....	97
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ ÉTICO - UFJF	110
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA	113

1 JUSTIFICATIVA/CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

O objeto de estudo desta pesquisa é a prática do presenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da Atenção Primária à Saúde (APS).

O trabalho humano teve sua origem quando o homem buscou suprir suas necessidades biológicas de sobrevivência, com autonomia para decidir o que produzir, como produzir, quando e a que ritmo. Com o passar do tempo, na medida em que se vivia em comunidade, as mesmas cresciam havendo assim mudanças culturais. O surgimento da indústria e do capitalismo favorece a crescente demanda de trabalho sem autonomia, assim como a necessidade de se trabalhar (LINDEN, 2009).

As necessidades biológicas de sobrevivência fazem parte do que compõe a qualidade de vida, que compreende condição adequada de alimentação, trabalho, lazer, moradia, água potável, educação, elementos materiais e essenciais, e os elementos não materiais compostos pela parte da realização pessoal e inserção social com os sentimentos de aceitação, felicidade e afeto. Do lado individual, leva-se em conta a realização não só pessoal, mas também coletiva (BRASIL, 2012).

Desta forma, o trabalho passou a ser um fator determinante na qualidade de vida e sobrevivência do ser humano, deixando de ser uma característica somente de subsistência e passando a ter papel importante na vida da população mundial (MOURA, 2011).

O trabalho contempla a socialização, a satisfação profissional e pessoal, bem como proporciona o sustento para os indivíduos. Entretanto, ao olhar com atenção para o contexto em que o indivíduo está inserido no local de trabalho, vê-se um cenário um tanto quanto contraditório. Existe teoricamente a preocupação com o cuidado à saúde do trabalhador, porque o trabalho vem gerando danos, porém, na prática, esse cuidado não tem sido eficiente para atender as suas necessidades humanas básicas (AZAMBUJA et al., 2007).

A preocupação com a saúde dos trabalhadores vem crescendo ao longo do tempo. O trabalhador de saúde, por sua vez, tem como característica peculiar o comprometimento em prestar um cuidado de excelência, entretanto, muitas vezes, ele se esquece de sua própria saúde e das condições de trabalho que causam danos a esta (TRINDADE et al., 2007).

As condições de trabalho têm estreita relação com o processo de saúde-doença e as chamadas doenças relacionadas ao trabalho, decorrentes das atividades laborais; doenças essas que têm envolvimento direto com as condições em que o trabalho é realizado (RIBEIRO, 2008).

O processo de trabalho em saúde, em especial, é caracterizado como desgastante, com presença de sobrecarga de trabalho, acúmulo de funções, e há, muitas vezes, condições desfavoráveis à saúde. Essas situações comprometem o bem-estar do trabalhador, podendo, por consequência, afetar a organização do trabalho e a assistência prestada aos usuários dos serviços (PASCHOALIN, 2012).

O número de pesquisas e estudos realizados com os trabalhadores de saúde se tornou crescente, avaliando as condições de saúde-doença da classe e o ambiente de trabalho oferecido pelos empregadores, uma vez que o trabalho, por diversas vezes, pode adoecer o trabalhador (PASCHOALIN, 2012).

Esse trabalhador está inserido em diversos níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), os trabalhadores se encontram mais próximos da população, vivenciando seus problemas de forma mais efetiva, sentindo-se limitados em suas ações, devido às questões sociais e às políticas de saúde vigentes. Destarte, estão sujeitos ao desgaste e ao adoecimento (PASCHOALIN, 2012).

A APS desenvolveu-se sendo orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente pela universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, sendo definida como:

[...] um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (BRASIL, 2006, p.02).

O Ministério da Saúde investiu na Saúde da Família como a principal estratégia de fortalecimento da APS, para que ela cumprisse um dos atributos de ser

reorganizadora do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS possui como objetivo valorizar os aspectos que influenciam a saúde dos indivíduos fora do ambiente da atenção terciária. Atende e soluciona demandas de caráter não urgente e procura atender às necessidades da população, prosseguindo com aqueles que necessitem de uma assistência mais específica e com o foco na promoção da saúde da família, buscando uma visão integral da comunidade (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011).

As equipes multidisciplinares da Estratégia Saúde da Família (ESF) são formadas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde (ACSs), que exercem suas devidas funções e atribuições, promovendo um estreitamento da relação entre o serviço de saúde e a população (BRASIL, 2000; BRASIL, 1996).

O ACS deve ser um membro da comunidade, pois trabalha junto com a equipe de saúde, um intermediário entre as partes e um profissional que faz vinculação entre comunidade, equipe de saúde e de enfermagem (TOMAZ, 2002; LUNARDELO, 2004; SPIRI, 2006).

Os ACSs também constituem uma preocupação no contexto da saúde do trabalhador, pois essa classe tem uma representação numérica significativa nos serviços públicos. São o elo entre a Atenção Primária e a comunidade, sendo capazes de reconhecer situações que geram problemas e afetam diretamente a vida da população (BRASIL, 2009; VILELA; SILVA; FILHO, 2010).

Os agentes comunitários, assim como os outros trabalhadores, estão sujeitos a sobrecarga física e mental, baixa remuneração, ausência de estrutura física e material para a atuação de sua função. Ademais, estão expostos a cobranças indevidas da população e de seus próprios empregadores, solicitações individuais da comunidade com o serviço de saúde e problemas pessoais, familiares e econômicos, que, por sua vez, podem acarretar a ausência no trabalho que é caracterizada como absenteísmo por doença (SIMÕES, 2009).

Atualmente, além do absenteísmo, um novo termo tem sido estudado e analisado entre os trabalhadores: o presenteísmo, que é conceituado como a permanência do trabalhador em seu local de trabalho, mas, devido a problemas mentais e/ou físicos, este não consegue exercer adequadamente suas atividades laborais (HEMP, 2004; JOHNS, 2010).

No presenteísmo, a "ausência" do trabalhador não é tão evidente quanto no absenteísmo, uma vez que, naquele, o trabalhador se encontra de corpo presente no local de trabalho, enquanto, neste, está literalmente ausente. Porém, os dois eventos estão interligados, acarretando uma diminuição da produtividade do funcionário e comprometendo a sua saúde e o desenvolvimento do processo de trabalho e da equipe. Quando o trabalhador vai para o trabalho, porém não apresenta condições físicas e mentais para exercer suas funções, ele se enquadra no que se denominou presenteísmo (JOHNS, 2010; PASCHOALIN, 2012).

Ao estar fisicamente presente no trabalho, mas com falta de atenção, foco e energia, ele compromete o trabalho e há perda de produtividade, que normalmente é difícil de calcular. Diferentemente de quando o indivíduo se ausenta por problemas pessoais, físicos e mentais, em que se dá um impacto direto na produtividade, já que sua ausência é notória. Diante disso, o lucro perdido devido à ausência do funcionário é mais fácil de se perceber e contabilizar do que a presença sem efetividade.

A partir do exposto, observa-se um elo entre absenteísmo e presenteísmo, já que neste o trabalhador comparece ao setor de trabalho, mas se encontra doente, isto é, ele vai ao trabalho sem estar plenamente sadio e pode ter que se ausentar de fato em seguida. Isso porque o motivo que lhe está afetando a saúde pode se agravar, ocasionando futuramente a falta desse trabalhador. Destarte, o funcionário que se enquadra no presenteísmo hoje tem uma maior probabilidade de praticar o absenteísmo amanhã.

Diante disso, surgiu o interesse em realizar esta pesquisa, abordando o presenteísmo entre os ACSs, identificando os principais motivos que os levam a trabalhar doentes e quais as características socioeconômicas e demográficas e do ambiente de trabalho estão associadas ao presenteísmo.

O interesse em aprofundar os conhecimentos nessa temática foi em virtude das experiências vividas durante minha graduação em enfermagem. Em várias disciplinas ao longo do curso, estive presente nos diversos níveis de atenção à saúde, principalmente na atenção primária, onde observei e presenciei o trabalho dos profissionais envolvidos na estratégia de saúde da família, tendo um contato mais próximo com os ACSs durante a realização das visitas domiciliares à comunidade.

Por meio do convívio diário com esses trabalhadores, pude perceber a importância de um bom ambiente laboral e como o dia a dia do trabalho e as atividades exercidas podem interferir na vida dos indivíduos. Observei também que muitos profissionais, apesar de estarem presentes no trabalho, apresentavam algumas restrições ou dificuldades para desempenhar plenamente suas atribuições e responsabilidades, devido a algum sinal ou sintoma de adoecimento.

Além das atividades curriculares, participei de um Projeto de Extensão da Faculdade de Enfermagem destinado a trabalhadores afastados do trabalho por motivo de doença, oferecendo, por meio de práticas educativas à saúde, alternativas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa participação me proporcionou rica experiência e ampliou o desejo de continuar minhas investigações científicas nessa área.

Diante do exposto, este estudo poderá contribuir para a área da saúde do trabalhador, buscando subsídios para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos Agentes Comunitários de Saúde. Poderá também suscitar novas investigações sobre o tema e motivar os gestores de saúde a implementarem estratégias que diminuam os fatores estressores no trabalho e melhorem as condições do mesmo. Isso refletirá na qualidade da assistência prestada por esses trabalhadores aos usuários dos serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar a associação entre presenteísmo com os fatores ocupacionais e as condições de saúde dos ACSs da Atenção Primária à Saúde do Município de Juiz de Fora – MG.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o perfil sociodemográfico dos ACSs;
- Identificar a prevalência de presenteísmo entre os ACSs;
- Identificar os principais motivos que levam os ACSs a permanecerem no trabalho ainda que doentes.
- Descrever a associação entre o presenteísmo e as condições de saúde dos ACSs;
- Analisar os fatores ocupacionais associados ao presenteísmo entre os ACSs;
- Analisar se o presenteísmo interfere na qualidade do trabalho dos ACSs.

3 HIPÓTESES:

As hipóteses do estudo são:

- **H1** A Prevalência de presenteísmo entre os agentes comunitários é maior que 20%.

H0 Prevalência de presenteísmo entre os agentes comunitários é igual a 20%.

- **H2** O presenteísmo interfere negativamente na qualidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

H0 O presenteísmo não interfere negativamente na qualidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

- **H3** O presenteísmo tem correlação com fatores ocupacionais e de saúde dos agentes comunitários de saúde.

H0 O presenteísmo não tem correlação com fatores ocupacionais e de saúde dos agentes comunitários de saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico realizado tem o intuito de embasar a investigação proposta e subsidiar discussões dos dados encontrados por meio de uma perspectiva histórica acerca de presenteísmo, saúde do trabalhador, atenção primária à saúde e agentes comunitários de saúde.

4.1 PRESENTEÍSMO

A palavra presenteísmo e sua conceituação foram identificadas pelo psicólogo e professor da Universidade de Manchester, no Reino Unido, Cary Cooper. O psicólogo usava este termo para descrever a relação entre enfermidade e perda de produtividade, decorrentes da sobrecarga de trabalho e da insegurança relacionada à reestruturação dos setores públicos e privados, altas taxas de desemprego, crescimento do número de pessoas com contratos temporários, vivenciados na década de 90 (FLORES-SANDÍ, 2006).

As investigações acerca do presenteísmo têm ganhado força, já que é uma situação vivida por todas as classes de trabalhadores e estima-se ser uma causa para a perda econômica das grandes empresas. Faz-se, portanto, necessário retomar a distinção de presenteísmo e absenteísmo. O primeiro é quando é afetada a produtividade de um trabalhador por diversas causas internas ou externas e o segundo dá-se quando o indivíduo deixa de comparecer ao trabalho. O funcionário presenteísta pode permanecer no trabalho, mas não é produtivo como de costume devido a estresse, doença, como depressão ou outros distúrbios. O presenteísta também pode estar trabalhando durante longas jornadas com uma carga de compromisso e válvula de escape para lidar com a insegurança no emprego (LARANJEIRA, 2013).

O presenteísmo é considerado relativamente novo no mundo da saúde, principalmente da saúde ocupacional. Esse é um assunto de interesse atual e recente que pode ocasionar dúvidas em seu verdadeiro significado e definição. À primeira vista, esta terminologia se apresenta de forma conflituosa devido à preconceção sobre a relação de baixa produtividade e absenteísmo, levando à crença de que o trabalhador deve trabalhar mesmo doente para que se obtenha um saldo positivo de tarefas completadas (MIDDAUGH, 2007; JOHNS, 2010).

Existem diversos conceitos para presenteísmo que, embora apresentem semelhança quanto à presença física do trabalhador no local de trabalho, divergem quanto ao sentido. Para o pesquisador Johns (2010), as modificações nas definições se deram de forma evolutiva. Entre alguns conceitos observados e analisados, identificam-se definições positivas tendo em vista o fato de o profissional estar presente e não ausente (CANFIELD; SOASH, 1955; SMITH, 1970; STOLZ, 1993).

Entre outros, mais atuais, enfatiza-se a relação direta com a diminuição da produtividade e as doenças ocupacionais (TURPIN et al., 2004; WHITEHOUSE, 2005) e, por fim, trabalhar mesmo doente ou com algum problema de saúde que impeça a realização das atividades de modo pleno, prejudicando o rendimento da equipe, é tido como referência basal para quem estuda o evento (HEMP, 2004; ARONSSON; GUSTAFSSON, 2005; FLORES-SANDÍ, 2006; MIDDAUGH, 2007; JOHNS, 2010).

Com alguns conceitos distintos, porém com a mesma essência, o presenteísmo apresenta dois focos de investigação. O primeiro, originado do local onde foi difundido, o Reino Unido. Nesse caso, o evento é dado pela instabilidade no emprego decorrente de uma crise socioeconômica, podendo originar uma patologia (JOHNS, 2010). O segundo, estudado na América do Norte, Estados Unidos, tem o enfoque do impacto das doenças e das condições físicas sobre o trabalho e o rendimento. No entanto, mesmo apresentando essas duas vertentes, o reconhecimento de ambas é de suma importância e não deve ser menosprezada nenhuma das vertentes (JOHNS, 2010).

Ao discutir o presenteísmo, observa-se a ligação tênue com o absenteísmo, já que, quando ocorre o primeiro evento, a probabilidade de ocorrer o segundo se intensifica, isto é, quando um trabalhador persiste em ir trabalhar mesmo doente, o seu quadro clínico pode agravar e ocasionar um afastamento do serviço. Esse fato gera prejuízos e consequências notórias para a empresa e, desta forma, tanto o presenteísmo quanto o absenteísmo geram perdas (GOETZEL et al., 2004; ARONSSON; GUSTAFSSON, 2005; MIDDAUGH, 2007; BÖCKERMAN; LAUKKANN, 2009; BERGSTRÖM et al., 2009).

Uma descrição trazida pelo estudioso Johns (2010) desperta a reflexão sobre a relação presenteísmo *versus* absenteísmo. O autor compara a ocorrência dos dois fenômenos com um *iceberg*, de forma que a parte visível deste seria o absenteísmo,

que, na verdade, é a de menor proporção, e a parte submersa, que fica oculta, representaria o presenteísmo, sendo esta sempre de maior proporção, podendo significar um perigo maior. Esta comparação também permite a conclusão de que os dois eventos se encontram interligados.

Böckerman e Laukkann (2009) ressaltam que os fatores que levam um indivíduo a praticar o presenteísmo são os mesmos que o conduzem ao absenteísmo. Desta forma, questiona-se o motivo que faz com que o trabalhador opte por ir para o trabalho ou por se ausentar (ARONSSON; GUSTAFSSON; DALLNER, 2000; FLORES-SANDÍ, 2006).

A resposta para esse questionamento pode estar dentro das políticas organizacionais e nas transformações no universo do trabalho. A ampla competitividade e concorrência, o pouco número de oportunidades, os incentivos financeiros relacionados às tarefas concluídas com êxito podem influenciar a tomada de decisão do trabalhador (ARONSSON, GUSTAFSSON e DALLNER, 2000; FLORES-SANDÍ, 2006).

Nesse sentido, Johns (2010) destaca que algumas políticas de empresas buscam reduzir o absenteísmo, visando à produtividade e ao aumento dos lucros, estimulando, de diversas formas, a presença no trabalho (JOHNS, 2010; MARTINEZ; FERREIRA, 2011).

No entanto, devem-se também considerar as características pessoais do trabalhador, seu perfil e o nível de compromisso e comprometimento com a instituição, além das questões culturais que envolvem a presença e/ou ausência no trabalho, que, da mesma forma, são fatores que influenciam a decisão do trabalhador (JOHNS, 2010; MARTINEZ; FERREIRA, 2011).

A cultura de recompensas e vantagens sobre assiduidade, pontualidade, comprometimento e trabalhar mesmo doente gera um clima de competitividade e culmina no presenteísmo, originando possivelmente o absenteísmo resultante de patologias laborais (MIDDAUGH, 2007; MARTINEZ, 2007; JOHNS, 2010).

Segundo Miraglia e Johns (2016), as causas que evidenciam o presenteísmo e o absenteísmo são a insegurança no trabalho, dificuldades financeiras pessoais, controle de trabalho, demandas de trabalho, o apoio colegial, suporte supervisor e otimismo. Portanto a demanda, bem como os recursos comprometem a saúde e a motivação no que diz respeito à conclusão de tarefas com eficiência.

A presença física do trabalhador não representa a capacidade máxima de realização e conclusão de suas tarefas, o que pode proporcionar, em determinadas áreas, como a da saúde, riscos a ele, aos colegas de equipe e ao indivíduo que está sendo cuidado por ele. Isso ocorre na mesma proporção do aumento das chances de errar (LARANJEIRA, 2013).

Estudos e pesquisas realizados nos últimos anos mostram que, diferentemente do pensamento de quanto mais trabalho mais produção, existe uma parcela significativa de trabalhadores que, apesar de estarem inseridos no trabalho, não estão totalmente focados e atentos à produtividade (MIDDAUGH, 2007; MARTINEZ, 2007; JOHNS, 2010).

Diante das análises das investigações realizadas acerca dos dois eventos, presenteísmo e absenteísmo, os estudos concluem que o presenteísmo gera maior custo para as organizações quando comparado ao absenteísmo (HEMP, 2004; GOETZEL et al., 2004; BÖCKERMAN e LAUKKANEN, 2009).

Dados revelam que 63% dos custos relacionados à saúde são devidos à prática de absenteísmo e, em sua maioria, pelo presenteísmo. Estudos trazem a perda de produtividade como sendo mais custosa que o absenteísmo (D'ABATE; EDDY, 2007; GOETZEL et al., 2004; SKAGEN, 2016). Porém, os pesquisadores e estudiosos reforçam a ideia da dificuldade de calcular os danos gerados pelo presenteísmo. Os reflexos na gestão, economia e administração só se tornam visíveis quando os prejuízos são contabilizados e identificados em números, o que torna a evidência implícita. Os altos custos com a produção inter-relacionada às condições de trabalho, bem-estar e saúde/doença são notórios tanto quanto à falta física do trabalhador no serviço; no entanto a presença sem produtividade não gera lucros (HEMP, 2004; GOETZEL et al., 2004; BÖCKERMAN e LAUKKANEN, 2009).

No absenteísmo, é fácil perceber os prejuízos causados, pois o trabalhador não esteve presente no trabalho, assim não realizou suas tarefas, tendo 100% de sua produtividade perdida. Já com o trabalhador que permanece laborando ainda que adoecido, é difícil contabilizar quantitativamente sua produtividade. Com isso, tem-se a dificuldade de identificar a ocorrência do presenteísmo, porque muitas vezes não é possível aferir o nível de produtividade e o comprometimento de um funcionário (HEMP, 2004; LEVIN-EPSTEIN, 2005; MIDDAUGH, 2007).

Os custos relacionados ao presenteísmo são, muitas vezes, camuflados ou ocultos, uma vez que os gestores não observam que a permanência no trabalho frente a um desequilíbrio de saúde física ou mental pode gerar a diminuição de produtividade e ser muito mais prejudicial para a empresa. Isso faz com que aumente a rotatividade e a descontinuidade do trabalho (HEMP, 2004; NOBEN, 2014).

Para os empregadores, o evento pode parecer interessante e lucrativo à primeira vista, acreditando que o trabalhador que não se ausenta nem mesmo doente é sempre o melhor. Porém, um funcionário doente demanda mais tempo e mais esforço para produzir o mesmo que produziria saudável, comprometendo todo o processo de trabalho da empresa (DEMEROUDI et al., 2009). Na medida em que se interfere negativamente na produtividade da equipe e da empresa, as relações interpessoais podem se tornar conflituosas, favorecendo o adoecimento coletivo (DEMEROUDI et al., 2009).

Em 2017, Suzanne, em sua investigação, afirmou que o desempenho no trabalho pode ser calculado e avaliado por meio de dados estatísticos, como as taxas de erro e omissão em relação às tarefas cumpridas com excelência. Pode-se identificar na área da saúde como uma precarização e racionamento de cuidados.

As investigações científicas vêm mostrando que as mulheres e as pessoas que lidam com o cuidado, bem-estar e educação entram no perfil associado ao presenteísmo, concluindo-se que o gênero e a profissão também influenciam estatísticas e probabilidades de ocorrência do mesmo. Nesse contexto, os trabalhadores que mais apresentam índices de incidência e prevalência do presenteísmo em todo o mundo são operários de grandes indústrias multinacionais, profissionais da área de saúde e profissionais da área de educação (ARONSSON, GUSTAFSSON, DALLNER, 2000; BERGSTRÖM et al., 2009; PASCHOALIN, 2012).

Presenteístas podem sofrer de diferentes formas, como em condições episódicas ou crônicas. A episódica pode-se explicitar quando um indivíduo permanece no trabalho mesmo com cefaleia ou uma gripe e a crônica é quando o indivíduo está no trabalho acometido por uma patologia que requer tratamento prolongado, como, por exemplo, a depressão. Os profissionais da área da saúde que permanecem trabalhando quando acometidos de uma doença infectocontagiosa

geram riscos não só a si, mas também a todos aqueles ao seu redor (REBMANN, 2016).

Este evento pode gerar o agravamento de quadros clínicos, por isso, ao se identificar um determinado problema de saúde, por menor que seja, é aconselhável que o mesmo seja tratado o mais breve possível. Observa-se que as licenças e o afastamento para tratamento de determinados agravos de saúde assim que diagnosticados podem evitar possíveis situações conflituosas para o trabalhador, empresa e equipe de trabalho (DEMEROUTI et al.; 2008; BERGSTRÖM et al., 2009).

O presenteísmo, de acordo com Johns (2010), pode ser considerado, portanto, como complexo e multifatorial e os seus efeitos cumulativos podem originar outros fenômenos igualmente negativos para a saúde do trabalhador. Destarte, merece novos estudos que possam contribuir para sua melhor compreensão, na busca de soluções para o problema.

Para Rainbow (2017), esse fenômeno é emergente e se destaca através dos aumentos dos custos de cuidados em saúde, podendo gerar até mesmo erros por parte do trabalhador em detrimento da assistência ao indivíduo doente. Observa-se que estudos e pesquisas sobre a temática são crescentes no campo da administração, epidemiologia e saúde ocupacional. Essas pesquisas revelam e analisam as doenças crônicas como base em fatores do contexto de trabalho, correlacionando com a prevalência do presenteísmo e as consequências que o mesmo pode gerar ao longo do tempo para patrão e funcionário.

O presenteísmo e o absentismo reduzem o desempenho do trabalho, aumentam os custos, afetam a qualidade do atendimento e são um desafio para os trabalhadores da área de saúde. O trabalho é caracterizado pela Organização Mundial de Saúde (2012) como, complexo, difícil, desafiador e arriscado e por diversas vezes hostil. As relações interpessoais dentro do ambiente de trabalho revelam-se um grande gerador de desmotivação e comprometimento da qualidade do trabalho e uma experiência negativa do presenteísmo (KIM, 2016).

A prestação de cuidados de saúde vem se tornando um bem comercial, capaz de gerar lucros e é potencialmente perigosa devido ao desenvolvimento de possíveis lesões e doenças ocupacionais. O desafio dentro da saúde do trabalhador é a

garantia da força de trabalho associada a uma gerência de recursos para a prestação de serviços (BRBOROVI, 2017).

4.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

Já se sabe, há muito tempo, que o fato de trabalhar sob determinadas condições pode causar patologias, diminuir a longevidade, ou até mesmo tirar a vida de trabalhadores. A relação entre trabalho e saúde é histórica, parte de Hipócrates (400 a.C.) até Ramazzini (1633-1714), ambos símbolos, respectivamente, da medicina e da medicina do trabalho (AGOSTINI, 2002).

A atividade laboral, apesar de ter essa íntima relação com a doença, é tida como uma atividade de transformação do homem, como marca de amadurecimento e não de sofrimento. Assim, a essência devia respeitar o trabalho como desenvolvimento da sociedade e da comunidade (AGOSTINI, 2002).

Dessa forma, o trabalho é um dos fatores que mais interferem diretamente na qualidade de vida do homem e na sua saúde. As lutas trabalhistas ocorridas nos últimos cem anos se deram em defesa de direitos e um ambiente de trabalho saudável e apropriado. As patologias ligadas às atividades laborais começaram a ser reconhecidas no início do século XX pela Organização Internacional do Trabalho (BRASIL, 2011).

Em uma retrospectiva histórica, aponta-se que, a partir da Revolução Industrial, em meados do século XIX, surgiu uma preocupação quanto à saúde dos trabalhadores devido ao processo de trabalho acelerado e desumano. A Medicina do Trabalho, então, originou-se das inquietações de tornar o processo de trabalho viável. A perda de vidas de trabalhadores, as condições inadequadas de trabalho, as jornadas exaustivas geradas pelo contexto econômico e político das indústrias repercutiram na Medicina do Trabalho sobre os problemas causados pelo cenário do processo de produção desapropriado (SANTANA & SILVA, 2008).

As insatisfações e indagações dos trabalhadores cresciam envolvendo o processo de saúde e doença, e as patologias laborais se multiplicavam, fazendo com que os empregadores amargassem os prejuízos gerados pelos agravos de saúde dos profissionais empregados. Diante desse contexto, com o propósito de prezar a saúde do trabalhador direta ou indiretamente, originou-se a Saúde Ocupacional, a qual tinha a finalidade de se preocupar com a “higiene industrial” por

meio de uma equipe multiprofissional e existia dentro de grandes indústrias e empresas (SANTANA & SILVA, 2008).

A principal preocupação dos modelos curativistas anteriormente descritos era solucionar a demanda de doenças, acidentes e agravos para que os empregados voltassem o mais rápido possível para as atividades laborais, o que, por sua vez, prejudicaria menos a linha de produção e os lucros da empresa em curto prazo. Desta forma, visavam apenas à reabilitação e cura do doente sem realizar prevenção e promoção da saúde.

Assim, ao longo dos anos, com o aprimoramento e a preocupação com a qualidade de vida no trabalho e a saúde do empregado, a Saúde do Trabalhador ganhou espaço e reconhecimento na Saúde Ocupacional e na Medicina do Trabalho.

A Saúde do Trabalhador se enquadra dentro da Saúde Pública, a qual intervém no sistema produtivo e na saúde, focando na preservação da saúde do trabalhador por meio da promoção, reabilitação e readaptação da saúde do indivíduo e prevenção de doenças. Age de forma integrada a outras ciências da saúde, com uma articulação entre a ciência, a população, o mercado de trabalho e o trabalhador (LINDEN, 2009).

Dados estatísticos expressam que, em torno de 45% da população mundial e cerca de 58% da população com mais de 10 anos de idade executam atividades que podem ser conceituadas como parte da força de trabalho. A sustentação da economia mundial se dá através da capacidade de trabalhar desses indivíduos. Deste modo, percebe-se que os conceitos de saúde do trabalhador e ocupacional são primordiais para o lucro, o desenvolvimento, o crescimento e a produtividade sustentável (SANTANA & SILVA, 2008).

No Brasil, em 1930, a saúde ocupacional ganhou progressivamente, por meio de lutas, o espaço merecido, com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio pelo então presidente Getúlio Vargas, instituído pelo Decreto n. 19.433 (LINDEN, 2009). O Ministério em questão, hoje denominado Ministério do Trabalho, assume as seguintes competências:

Art. 1º O Ministério do Trabalho, órgão da administração pública federal direta, tem como área de competência os seguintes assuntos:

- I - Política e diretrizes para a geração de emprego e renda e de apoio ao trabalhador;
- II - Política e diretrizes para a modernização das relações do trabalho;

- III - fiscalização do trabalho, inclusive do trabalho portuário, e aplicação das sanções previstas em normas legais ou coletivas;
- IV - Política salarial;
- V - formação e desenvolvimento profissional;
- VI - segurança e saúde no trabalho;
- VII - política de imigração; e
- VIII - cooperativismo e associativismo urbanos (BRASIL, 2016, p.02).

O órgão administrativo supracitado tem como responsabilidade regulamentar e fiscalizar todos os aspectos relacionados ao trabalho no país e é gerido pelo Governo Federal. A criação deste órgão foi a resposta obtida pelos sindicatos e trabalhadores em decorrência dos movimentos de reivindicações de direitos ocorridos na década de 20, sendo um alicerce para os movimentos posteriores, dando mais respaldo às preocupações referentes à saúde laboral (SANTANA & SILVA, 2008).

Nesse sentido, no cenário brasileiro, houve lutas trabalhistas e marcos históricos que contribuíram para a perspectiva nacional acerca de Saúde do trabalhador, a saber: o movimento de Oposição Sindical dos anos 70 e 80; o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira; o Movimento pelas eleições diretas e pela Assembleia Nacional Constituinte; a promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, com a conquista do direito universal à saúde e o advento do Sistema Único de Saúde. Esses movimentos sociais também se desdobraram em discussões expressivas na VII Conferência Nacional de Saúde e na realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (BRASIL, 2006).

A partir disso, houve uma contribuição para os trabalhadores terem direito a condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis. Esses direitos são assegurados atualmente através dos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, juntamente com as ações do Ministério de Meio Ambiente, associando as políticas públicas focadas no trabalhador (BRASIL, 2004).

Na década de 80, ocorreram diversas mudanças legislativas, e a visão sobre saúde do trabalhador ganhou novos rumos na forma de se pensar o processo de saúde e doença, os acidentes de trabalho, as mortes de profissionais em seus locais de trabalho. Assim, foram ampliadas as práticas sindicais ao debate de informações, reivindicações por políticas públicas de saúde no que diz respeito a direitos e deveres dos trabalhadores e da população em geral, leis e reformulação do trabalho

das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipas) (BRASIL, 2004; SANTANA & SILVA, 2008).

Na Constituição Federal Brasileira, em 1988, foi retirada a Saúde do Trabalhador como área do Direito do Trabalho e inserida no campo do Direito Sanitário, já que se entende que a saúde é um direito do homem e não algo que deva ser negociado, sendo assim garantido a todo cidadão brasileiro integralmente. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece então em seu art. 6º, § 3º, que a saúde do trabalhador é:

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

Dessa forma, no dia 1º de julho de 1998, foi aprovada a Portaria n. 3.120, que instituiu o Programa Saúde do Trabalhador, tendo como principal objetivo prevenir e diminuir riscos e doenças relacionadas ao espaço laboral. Por sua vez, a Vigilância em Saúde do Trabalhador consiste na assistência ao trabalhador, na fiscalização do ambiente e municipalização, que está fundamentada nas diretrizes e princípios do SUS (BRASIL, 1998).

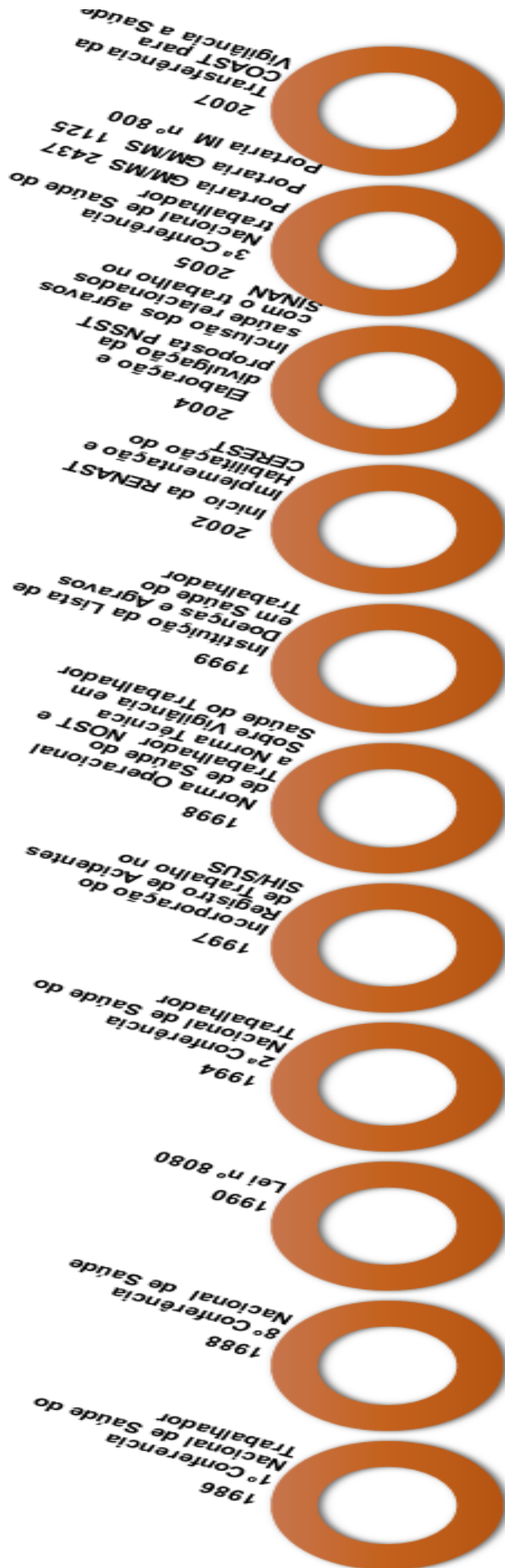
Com o passar dos anos, mais precisamente após o século XX, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, cuja principal preocupação não era somente restabelecer o estado de saúde dos que necessitavam, mas também visava à profilaxia, à propaganda sanitária, ao saneamento, à higiene industrial, à vigilância sanitária e ao controle de endemias. Desta forma, o sistema público de saúde no Brasil nasceu e seguiu três vertentes: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho (PAIM, 2016).

A Política de Saúde do Trabalhador foi fortalecida no Sistema Único Saúde (SUS), através da Portaria n. 1.679/02, que definiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast – que, por sua vez, possui a função principal de estabelecer uma política do governo do Estado e meios de execução para integrar os diversos serviços do SUS, assistência e vigilância, em prol do desenvolvimento das ações de promoção da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2006).

Vê-se então que a saúde do trabalhador é uma área que surgiu por meio de um processo gradual e repleto de movimentos. Esses movimentos contavam com

sindicatos, estudiosos, trabalhadores, que se preocupam com o valor empregado ao trabalho e que buscam intervir diretamente na relação do mercado e a saúde. Visam à preservação do trabalhador de uma forma preventiva, curativa e de reabilitação e readaptação do trabalhador. Sua finalidade é garantir um local de trabalho sadio, livre de doenças e acidentes de trabalho, com condições melhores de trabalho sem prejuízos das atividades laborais (AGOSTINI, 2002) (Figura1).

Ilustração 1 - Processo Gradual das Políticas de Saúde do Trabalhador no Brasil.



Fonte: SANTANA & SILVA, 2008.

Nesse contexto, a regulamentação dada pela Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal n. 8.080/90 (BRASIL, 2001) reforça a política implementada pelo SUS e a política e ações relacionadas à saúde do trabalhador. No parágrafo 3º do artigo 6º conceitua a saúde do trabalhador como:

[...] ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, p. 03).

Desta forma, a saúde do trabalhador visa identificar a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença e conhecer as condições e as possíveis causas de adoecimento do trabalhador em seu local de trabalho (BRASIL, 2001).

Assim, o sistema público de saúde brasileiro vem admitindo questões que dizem respeito à saúde do trabalhador através do SUS e das Secretarias de Saúde que agem tanto de forma preventiva quanto assistencial aos indivíduos com danos e agravos decorrentes da atividade laboral (BRASIL, 2006).

Esses danos podem ser considerados como doenças, acidentes ocasionados pelo trabalho ou no trajeto, lesões ou partes do corpo com função prejudicada, ou qualquer tipo de patologia decorrente da execução das tarefas diárias do trabalhador, independentemente de ter ou não registro na carteira de trabalho ou do local onde ocorreu o dano à saúde (BRASIL, 2006).

O processo saúde/doença ocupacional pode ser atribuído a uma única causa, a um único agente, sendo assim unicausal ou multicausal, quando o adoecimento está relacionado a um conjunto de fatores de riscos, químicos, físicos, mecânicos ou biológicos, presentes no ambiente de trabalho (BRASIL, 2001).

De acordo com a legislação vigente, o trabalhador é tido como um objeto complexo pelo que se entende de Saúde do Trabalhador. Buscam-se e preconizam-se ações integradas e conjuntas com as propostas de mudança no trabalho, ampliando a visão do processo de saúde/doença do espaço laboral (BRASIL, 2006). Portanto, para uma qualidade de vida adequada, é importante que exista a saúde e o bem-estar no trabalho (AGOSTINI, 2002).

As políticas acerca da Saúde do Trabalhador atuam de forma diferenciada na luta contra a desvalorização e a precariedade, agindo de forma contínua na progressão e no avanço dos direitos dos trabalhadores (AGOSTINI, 2002). Segundo

Lacaz (2000), isso proporciona uma compreensão das consequências que o trabalho gera à saúde e permite intervenções mais realistas ao sistema trabalhista.

Destarte, a legislação trabalhista atua de forma a ultrapassar o conceito de preocupação com a prevenção e o tratamento de doenças laborais e acidentes ocupacionais. Ela ocorre, portanto, de forma gradual e contínua, com a preocupação com os aspectos da saúde relacionados à saúde do trabalhador, oferecendo subsídios para ambientes de trabalho que comprometam menos a saúde dos profissionais (SARQUIS et al., 2004).

Na conjuntura histórica, o trabalho se torna um modo de identificar os indivíduos, interfere na identidade e construção de cada ser dentro da sociedade. Funcionou ideologicamente durante séculos como uma moeda de troca, em que o empregador oferece a remuneração em troca da mão de obra do funcionário (BRITO; RIVERO, 2009).

Porém também é considerado como forma de identidade perante a sociedade, como, por exemplo, um professor é visto como um profissional transmissor de conhecimento e isso é parte do que o define como ser humano e suas características pessoais, deixando o significado simplório de troca de “mercadoria”, mão de obra braçal por sobrevivência. Deste modo, faz-se necessário compreender os significados subjetivos sobre as condições de vida e de trabalho diante das perspectivas existentes na sociedade para que haja promoção da saúde e humanização do trabalhador (BRITO; RIVERO, 2009).

No momento em que o trabalho interfere na identificação do indivíduo, diretamente no ser biopsicossocial, é exigida uma maior produtividade com vistas a maior lucro e menor gasto de tempo. A busca por metas e o reduzido número de funcionários devidamente qualificados podem gerar o estresse ocupacional, uma vez que o ambiente causa tensão, fadiga e esgotamento (SCHMIDT; DANTAS, 2006; JARDIM, 2009).

No ambiente de trabalho, muitas vezes se encontram fatores implícitos e explícitos no cotidiano que causam desgaste e intenso esforço físico e psíquico. A competitividade entre os colegas de trabalho, problemas com a chefia, a relação com a equipe e a cobrança podem ser dificultadores. Deve-se também atentar nas tarefas complexas executadas que, associadas a condições precárias de trabalho, sobrecarga, fragmentação do serviço e ausência de liderança, geram uma falta de

infraestrutura para realizar aquilo que é pedido. Deste modo, os profissionais extrapolam, muitas vezes, a sua capacidade para atender às exigências solicitadas (MARTINATO, 2010; SANTOS, 2014).

Percebe-se que as cargas sucedidas dos afazeres dificultam o relacionamento interpessoal da equipe de trabalho, reduzem a produtividade e geram o sofrimento tanto físico quanto mental. No que tange a isso, torna-se necessário o reconhecimento e a identificação para se apoiar em medidas de prevenção e enfrentamento. Anteposto a este aspecto, o profissional sofre interferências dos fatores culturais, sociais e individuais, que o influenciam cognitivamente, comportamental e corporalmente. Identificando-as de antemão, é possível prever e reconhecer os limites e traçar enfrentamento, atendendo às necessidades pessoais (TRINDADE et al., 2007; UMANN, 2012; OLIVEIRA, 2015).

No que diz respeito à classe de trabalhadores da área de saúde, a preocupação em relação às doenças e agravos ocorre tardiamente, apesar de ser uma categoria com quantitativo significativo. A valorização e a humanização do trabalho se mostram presentes após já serem expostas a escalas e cargas de trabalho desumanas, obrigações, riscos e dificuldades ao se refletirem no cuidado aos assistidos (MAURO, 2006).

O trabalhador da saúde se expõe a múltiplos riscos, os quais são definidos como tudo que pode ocorrer e causar dano ao bem-estar e saúde, originado de algum elemento ou situação presente na forma com que se realizam as tarefas e o método de trabalho, seja por incidentes e acidentes, patologias, sofrimento ou fator ambiental. Esse profissional não é só considerado como um ser único e particular, mas também integrante de uma comunidade e, por sua vez, sua família (PORTO, 2000).

Os riscos ocupacionais, ou seja, os danos específicos da área de saúde presentes no espaço laboral, aos quais os trabalhadores estão ou são expostos e que podem causar agravos físicos e mentais são:

- Os riscos biológicos conceituados como de origem de higiene ambiental (vírus, bactérias, fungos e parasitas, exposição a fluidos extracorpóreos contaminados);
- Os riscos químicos (como substâncias tóxicas, na forma líquida, gasosa) ou de partículas (como poeiras, pós, fumaças, névoas,

neblinas, gases ou vapores e produtos químicos) em que o contato pode se dar através da pele, por ingestão ou por aspiração durante o manuseio de substâncias químicas;

- Os riscos físicos (como ruídos, odores, umidade, temperatura ambiental, pressão anormal, radiações, luminosidade);
- Os riscos mecânicos ou conceituados como riscos de acidente são aqueles como quedas, manuseio de equipamentos sem proteção ou manutenção, disposição física, ordem e limpeza do ambiente inadequados, falta de sinalização ou rotulagem de produtos;
- Os riscos ergonômicos, provocados a partir do esforço físico intenso, deslocamentos frequentes, posturas inadequadas ao levantar e transportar peso ou passando tempo demasiado de pé, utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas, repetitividade;
- Os riscos psicossociais que advêm das relações e organização do trabalho desfavorável ao trabalhador, como, por exemplo, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão, instabilidade no emprego, sobrecarga de tarefas, assédio moral, sexual ou racial, perseguição, agressão psíquica, convivência com o sofrimento e a morte de pacientes. Expõem o profissional a situações geradoras de ansiedade, estresse, cansaço exacerbado e sofrimento mental (BRASIL, 2001; RIBEIRO, 2008; RODRIGUES; PASSOS, 2009; FELLI, 2012).

Uma forma de enfrentar os riscos ocupacionais é a condição em que o indivíduo desenvolve seu trabalho. A fim de se controlar os desgastes físicos, mentais e sociais, instituem-se fatores que devem ser oferecidos para um ambiente mais saudável, como: “elementos e circunstâncias de caráter material, psíquico, biológico e social que, influenciados e determinados por vários fatores de ordem econômica, técnica e organizacional, se inter-relacionam e interatuam” (MAURO et al., 2010, p. 245).

Os trabalhadores da área da saúde em cada linha de atenção estão expostos a riscos pertencentes a sua área. Na Atenção Básica, por sua vez, os profissionais estão expostos a riscos peculiares e característicos do nível de atenção e que, por

sua vez, são negligenciados pela falta de consciência de muitos. Deste modo, faz-se necessário fortalecer e ampliar as preocupações, prevenções e discussões sobre os riscos ocupacionais em cada área de trabalho, e o profissional deve estar atento ao seu autocuidado, assim como gestores e representantes com os profissionais em risco (ALMEIDA; TORRES; SANTOS, 2012).

4.3 O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é a protagonista na reorganização do SUS. Visa atender de forma descentralizada e regionalizada a partir de um território adstrito, procurando assistir a saúde em sua coletividade, de forma contínua e sistematizada, respeitando os princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade (BRASIL, 2012; MATTA, MOROSINI, 2009). Assim:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.19).

A proposta da APS foi trazida na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, e visava aos cuidados essenciais, às tecnologias mais acessíveis e à facilidade de acesso para os indivíduos, próximo ao trabalho ou ao local onde vivem, constituindo o primeiro contato do SUS e da continuidade do cuidado (ALMA-ATA, 1978).

Fazendo um recorte histórico, observa-se a progressão da APS. No ano de 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e Sudeste), com o objetivo de buscar alternativas para melhorar as condições e a qualidade de saúde de suas comunidades, investindo na educação em saúde. Faz parte do Programa de Saúde da Família (PSF), que, por sua vez, visa ao encontro do modelo assistencial vigente (FIGUEIREDO, 2009).

Desde a década de 70, discute-se um modelo de políticas públicas que gira em torno da saúde e o PSF foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 para ser umas das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais no nível de assistência primária, promoção da

saúde, prevenção de doenças e reabilitação, com caráter organizativo e substitutivo. Inicialmente o PSF teve origem no Nordeste do país, mais precisamente no Ceará e, em 2006, foi reestruturado e renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FIGUEIREDO, 2009).

Para se obter uma reorganização da Atenção Básica à Saúde, o Ministério Público apostou nessa estratégia, que ainda se encontra em expansão e desenvolvimento, inicialmente apresentando dificuldades para se desvincular do modelo hospitalocêntrico, biomédico (FREITAS; NUNES, 2010; PEREIRA; BAVA, 2007; BRASIL, 2012).

Diante das dificuldades com o modelo implementado pela Atenção Básica Tradicional, a ESF surgiu com o intuito de substituir e melhorar a rede pública de saúde. A ESF conta em sua composição com diversos profissionais da área da saúde e esses são responsáveis por trabalhar de forma interdisciplinar em equipes para atender às famílias (FREITAS; NUNES, 2010; PEREIRA; BAVA, 2007).

A consolidação do ESF necessitou da modificação das preexistentes Unidades Básicas Tradicionais (unidades de saúde integradas por clínicos gerais, ginecologistas obstetras, pediatras e enfermeiras que não trabalham em equipe) para torná-las unidades de saúde da família (unidades só com Equipes de Saúde da Família) (FIGUEIREDO, 2009; BRASIL, 2012).

Nas Unidades Básicas Tradicionais, segue-se o modelo tradicional, segundo o qual a assistência e o cuidado são geridos por diversos profissionais, entre eles, assistentes sociais, enfermeiros, dentistas e médicos, ou especialistas em clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria. A demanda dessas unidades é de forma espontânea, ou seja, são realizadas consultas não planejadas e programadas. O acompanhamento integral e contínuo do indivíduo se mostra como desvantagem nas unidades tradicionais, o vínculo entre o profissional e a comunidade se torna frágil (FREITAS; NUNES, 2010).

A ESF, por sua vez, visa qualificar, expandir e consolidar a atenção primária a fim de reorientar o processo de trabalho, potencializando os princípios, diretrizes e fundamentos da assistência, com aumento da resolubilidade e impacto na vida e bem-estar do coletivo de forma efetiva na relação custo/benefício.

Presentemente, com o crescimento e a expansão do Programa Saúde da Família, que se concretizou como estratégia prioritária para a reorganização da

Atenção Básica no Brasil, o governo lançou a Portaria n. 648, de 28 de março de 2006 (FIGUEIREDO, 2009). Essa portaria estabelecia que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica. Por sua vez, tem como um dos seus fundamentos permitir o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, por meio do cadastramento e da vinculação dos usuários (FIGUEIREDO, 2009).

O objetivo da estratégia gira em torno do ambiente onde o usuário vive, possibilitando uma melhor compreensão do perfil do processo saúde-doença da comunidade em questão. É valorizada a prevenção, a promoção, o controle e o rastreamento de doenças, permitindo que a população atendida não tenha seu quadro geral de saúde agravado (FIGUEIREDO, 2009; BRASIL, 2012).

No ano de 2011, a Portaria n. 2.488/2011 revogou a Portaria n. 648/2006 e suas demais disposições a fim de promover uma revisão de diretrizes e normas para estabelecer a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Este programa surge como estratégia de reorganização dos serviços de saúde e melhoria no acesso e qualidade dos mesmos (FIGUEIREDO, 2009; BRASIL, 2012).

Nesse momento, o Pacs passou a ser agrupado ao PSF. O Pacs e o PSF, apesar de serem chamados de programas, devem ser vistos como estratégias estruturantes, que propõem reorganizar a Atenção Básica e não apenas aumentar a extensão de cobertura para as populações marginalizadas (BRASIL, 2012).

Em setembro de 2017, foram aprovadas mudanças na Pnab que visam a uma maior resolubilidade dos problemas de saúde da população brasileira e da assistência prestada. Entre elas, apontam-se: assunção pelos ACSs e Agentes de Endemias das atribuições de assistência básica à saúde, como realizar curativo simples e aferir os sinais vitais da população; manutenção da equipe mínima da ESF; obrigatoriedade do prontuário eletrônico; oferecimento pelas UBSs de serviços assistenciais essenciais para a população, como pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, procedimentos cirúrgicos de pequena complexidade e aplicação de vacinas; obrigatoriedade de que cada unidade tenha um gerente; integração Vigilância em Saúde e Atenção Básica; integração entre a equipe da

atenção básica e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); teto populacional a ser atendido e prazo de implementação.

Nas UBSs, o usuário tem acesso a serviços de saúde que procuram atender e resolver a demanda como porta de entrada. Sendo assim, a APS torna-se um facilitador aos outros serviços de atenção à saúde pertencentes à rede do SUS, que organizam ações e serviços de saúde, com diferentes tecnologias e complexidades. Portanto, as UBSs desenvolvem a Atenção Básica à Saúde com alto nível de descentralização e densa capilaridade no território nacional, estando mais próximas do dia a dia das pessoas (BRASIL, 2012).

Nos locais onde as UBSs estão inseridas, moram pessoas da comunidade pertencente ao território de abrangência. O usuário deve se referenciar para o primeiro atendimento e, posteriormente, se necessário, ser redirecionado para o grau de complexidade exigido para o caso, visando ininterruptamente à assistência integral e contínua à população (BRASIL, 2012).

Cada equipe de Saúde da Família é normalmente responsável por 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil, de uma determinada área, é corresponsável pelo cuidado de saúde dessa população. O quantitativo de profissionais deve ser adequado para atender e cobrir 100% da população cadastrada (BRASIL, 2012).

A equipe mínima é composta por: médico geral ou especialista na área de Saúde da Família e/ou Comunidade; generalista; enfermeiro geral ou especialista na área de Saúde da Família e/ou Comunidade; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser agregados à composição mínima: cirurgião-dentista geral ou especialista na área de Saúde da Família e/ou Comunidade; auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012).

Ao se falar de equipe mínima, identificam-se dois profissionais muito importantes para o processo de assistência à saúde da comunidade e a equipe de enfermagem, o enfermeiro e o agente comunitário de saúde (ACS).

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (2012) traz em seu conteúdo as atribuições da equipe de enfermagem:

Do Enfermeiro: I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - Realizar consulta de enfermagem,

procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem: I - Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; III - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; IV - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente (BRASIL, 2012, p. 46-47).

Desta forma, percebe-se que o enfermeiro possui uma posição na equipe da Atenção Primária à Saúde, mostrando uma ampliação de atuação profissional, em que ele agrega as atividades assistenciais diretas e indiretas e a administração e gestão, caso assuma o papel como gerente da unidade. Muitas vezes, para cumprir toda a demanda solicitada, é necessário contar com a equipe multiprofissional e, desta forma, referencia-se o ACS (GALAVOTE, 2016).

Cabe ao ACS atender o máximo de 750 pessoas e não excedendo o limite máximo de 12 profissionais aconselhados por equipe, formando assim as subdivisões da área de abrangência com um enfermeiro responsável por quatro a 12 ACSs. As UBSs possuem seus territórios delimitados pelas áreas de abrangência onde o cidadão é cadastrado e este se dirige às unidades para o atendimento de suas necessidades (BRASIL, 2012). O processo de trabalho dos profissionais que compõem a ESF é caracterizado especificamente por:

I – Manutenção do cadastramento das famílias e dos indivíduos atualizado e utilização, de forma sistemática, dos dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; II - Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; III - Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes; IV - Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; V - Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; VI - Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores

afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; VII - Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; VIII - Promoção da e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e IX - Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BARROS, 2011, p. 123).

Dessa forma, os profissionais atuam na ESF no intuito de promover, estimular hábitos e atitudes saudáveis; prevenir, evitar que as pessoas adoeçam; recuperar pessoas para curar ou minimizar danos causados por doenças; reabilitar, minimizar os danos causados por doenças, com a finalidade de assegurar a saúde da comunidade (FIGUEIREDO, 2009; BRASIL, 2012).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) utilizam o mapeamento da região e identificam a população. Esse rastreamento ocorre através das visitas domiciliares, que, muitas vezes, são realizadas pelos ACSs. Nesta visita, são identificadas as principais necessidades das famílias atendidas, os possíveis agravos de saúde, a qualidade de vida e como os indivíduos vivem em tal localidade. Deste modo, propicia-se o desenvolvimento de ações e intervenções pela equipe responsável, garantindo uma assistência integral, contínua e de boa qualidade (FIGUEIREDO, 2009).

O enfoque da APS está no indivíduo e sua individualidade e coletividade. Nela, trabalha-se o ser humano e não a patologia que ele possui, tornando a relação da equipe de saúde e usuário duradoura, humanizada, com a devida participação social para coordenar o cuidado necessário (BRASIL, 2009). Para atender o indivíduo em sua individualidade e coletividade, os profissionais da área de saúde devem possuir um olhar e uma escuta atenta, além de fazer uma busca ativa dentro da comunidade para levantamento de demandas.

4.4 PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os profissionais intitulados ACSs são os principais disseminadores de informações de saúde para a comunidade, considerados como uma expansão da assistência à saúde dentro das comunidades, já que eles são membros destas e possuem envolvimento pessoal com a coletividade (BRASIL, 2012).

Essa categoria de trabalhadores é formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. O ACS tem um papel muito importante no acolhimento, é o membro da equipe que faz parte da comunidade e que permite a criação de vínculos, propiciando o contato direto com a equipe e formando a linha de frente da APS (FIGUEIREDO, 2009).

Por meio de várias atividades, contribuem para a promoção da saúde e para a qualidade de vida da população, com sua influência na comunidade e a manutenção do vínculo com as famílias. Entre as suas atividades, incluem-se visitas domiciliares para cadastramento das famílias da sua área, identificação de áreas e situações potencialmente de risco, orientação de indivíduos ao serviço de saúde, acompanhamento da saúde das pessoas (BRASIL, 2012).

O ACS tem por finalidade oferecer ao indivíduo e à comunidade que o cerca a garantia de acesso ao serviço de saúde e dar suporte a questões sociais e de saúde. Esse profissional proporciona o acolhimento do indivíduo atendido e possibilita a criação de vínculos mais facilmente, fazendo a ponte direta com os demais membros da equipe de saúde (SIMÕES, 2009).

Esses trabalhadores exercem papel crucial no processo de assistência e cuidado às famílias do território, já que conhecem a região e os impasses. São caracterizados como agentes de mudança que trabalham no acolhimento, na construção de elos, na responsabilidade e na confiança com os usuários (SIMÕES, 2009).

As ações educativas e preventivas são a base do trabalho do ACS que, por sua vez, busca fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário a partir de uma comunicação da comunidade com o serviço de saúde (GOMES et al., 2010; GALAVOTE et al., 2013). As condições para que uma pessoa se torne um ACS são residir em área da comunidade em que irá atuar, ter concluído o ciclo básico escolar e possuir qualificação básica para formação de Agente de Saúde (GOMES et al., 2010).

No contexto brasileiro, a profissão agente de saúde nasceu com o primeiro profissional médico que visitava as casas e atendia a população adoecida e a medicava, prestando assim assistência à saúde àquele que necessitava em sua própria comunidade. Portanto vem se caracterizando como uma experiência singular

capaz de desmitificar a prática voltada ao saber médico-assistencialista (BARROS, 2010; ÁVILA, 2011).

A partir do desenvolvimento que ocorreu na implantação do SUS, da rede de APS e estruturação do PSF, que posteriormente passou a denominar-se ESF, juntamente com o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), em 1991, o Programa de Agente de Saúde foi institucionalizado como política do Governo Federal, tendo como participação a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (BARROS, 2010).

No ano de 1992, houve a modificação do Pnacs em Pacs - Programa de Agentes Comunitários de Saúde -, e a política em questão começou a ser desenvolvida em conjunto pela Funasa e as Secretarias Estaduais de Saúde. Mediante essas transformações, os custos dos programas eram em formato de bolsa, no valor de um salário mínimo da época. Em 1993, o programa começou a ganhar proporções em 13 estados da região Norte e Nordeste do país, com 761 municípios sendo atendidos e 29 mil trabalhadores atuando na área. No ano seguinte, houve implementação de mais quatro estados e o quantitativo de trabalhadores aumentou para 33.500. Posteriormente, no mesmo ano, o programa passou a ser coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde (AVILA, 2011).

Diante disso, o surgimento da profissão foi um grande passo, porém esses trabalhadores carecem de melhores condições de trabalho. Inicialmente as atividades eram centradas no controle de endemias, agora o ACS desenvolve atividades de orientação com as famílias aos serviços de saúde, identificação de áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhamento de pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; orientação às pessoas de acordo com as instruções da equipe de saúde; acompanhamento da situação de saúde das pessoas para ajudá-las a conseguir bons resultados (BRASIL, 2009, p.26)

Para que o ACS exerça com eficácia todas as suas atividades e atinja os objetivos para uma melhor assistência, faz-se necessário estabelecer com a população um vínculo de confiança, para que este seja o elo entre a unidade de saúde e o cliente. Ao se tornar intermediário nessa relação, ele passa a dar retorno tanto para a população quanto para o serviço de saúde e contribui para o estabelecimento da assistência e melhora da qualidade de vida e saúde dos

indivíduos que residem na comunidade de abrangência da Unidade de Saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), (2012), e Lima (2011), os Agentes Comunitários de Saúde são responsáveis por:

I- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012, p. 48-50).

Como já exposto, o ACS não realiza somente visitas domiciliares, também atua nos espaços comunitários. Desta forma, identifica-se cada ação proposta desenvolvida por esse profissional que visa à construção de um ambiente saudável (BRASIL, 2009).

Nota-se que esta classe trabalhadora proporciona a conexão entre o profissional de saúde e a população que não se restringe a um espaço predeterminado, tornando a acessibilidade mais fácil até para quem mora nos locais distantes e de difícil acesso (BRASIL, 2009).

Nascimento e David (2008) apontam esse diferencial nas situações de atendimento pelo ACS como um ambiente instável, já que se modificam os cenários de atuação (casas, ruas, vielas, becos, unidade de saúde, igreja etc.) e cada comunidade apresenta sua realidade e dinâmica, como, por exemplo: migrações, invasão policial e tudo aquilo que interfere no dia a dia desses trabalhadores (SIMÕES, 2009).

Os ACSs são multiplicadores de conhecimento e por diversas vezes se tornam conselheiros em questões conflituosas na comunidade e nas famílias inseridas nela. Neste aspecto, percebe-se que o profissional não só enfrenta questões de saúde, mas também questões sociais, o que desencadeia um alto nível de estresse e exposição a altas cargas físicas e emocionais (SIMÕES, 2009).

As cargas físicas, químicas, orgânicas, mecânicas e psíquicas que afetam os ACSs já são conhecidas no mundo científico. Trindade et al. (2007) trazem nos resultados de uma de suas investigações a evidência da falta de conhecimento desses trabalhadores sobre a quais riscos eles são expostos, isto é, eles desconhecem, na maioria das vezes, o que lhes causa danos à saúde e não tomam medidas de prevenção.

Santana (2009) e Simões (2009) trazem em seus estudos que a exposição ao sol e frio, presença de animais, poeira, patologias das quais não têm conhecimento apropriado e exposição a personalidades diferentes são comuns no cotidiano dos agentes comunitários. Descrevem não só a dificuldade de encontrar um local próprio para que os ACSs exerçam as funções competentes, mas também baixa remuneração e falta de material apropriado para o trabalho.

O ACS enfrenta situações conflituosas em que não pode tomar as devidas providências, ou não lhe cabe tomá-las e, muitas das vezes, sente-se incapaz e desvalorizado perante a demanda apresentada pela população. Esse profissional se encontra na linha de frente da unidade de saúde, ele é o primeiro a ter contato com a população e, por isso, muitas das medidas que lhe são cobradas não cabem a ele resolver ou se responsabilizar (SIMÕES, 2009; SANTANA et al., 2009).

Desse modo, ao perceber que não consegue atender às questões solicitadas, o trabalhador começa um processo de estresse ocupacional, gerando sofrimento no trabalho, sensação de incapacidade e mal-estar (SOUZA et al., 2002). A dificuldade de interação com a equipe de saúde, a falta de recursos materiais, pessoais e o aumento do número de usuários atendidos originam a sobrecarga de trabalho desse profissional.

Os problemas relacionados à execução das tarefas laborais e na interatividade com os colegas de trabalho se tornam mais difíceis quando não se tem o apoio das chefias, que não demonstram disponibilidade para soluções e resoluções acessíveis e remodelações plausíveis (SOUZA et al., 2014).

Dadas essas dificuldades e empecilhos, Gomes et al. (2009), em seu estudo, discutem a questão de o ACS ser elemento fundamental para a execução da estratégia de saúde da família e comunidade. Ao capacitá-lo, é possível nortear, embasar e direcionar as ações que devem ser tomadas, já que assim o profissional se torna mais seguro e autônomo para promover suas atividades.

5 METODO E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

O estudo proposto faz parte de uma pesquisa mais ampla, intitulada “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida”, de responsabilidade da pesquisadora Prof^a. Dr^a. Rosangela Maria Greco da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A mesma será realizada com todos os trabalhadores da APS do Município de Juiz de Fora, objetivando descrever como vivem e trabalham esses profissionais. No presente estudo, será analisado o presenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde que atuam na APS desse município, atendendo ao objetivo geral da pesquisa ampla: “conhecer as condições de vida e saúde de Trabalhadores que atuam na Atenção Primária à Saúde” e ao objetivo específico: “Analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde-doença destes trabalhadores”.

5.1 DELINEAMENTO

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo do tipo seccional. Segundo Gil (2010), as pesquisas descritivas são aquelas cujo objetivo fundamental é a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, a descoberta da existência de associações entre variáveis.

O estudo seccional é a observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade (ANGELO, 2011). Esse tipo de estudo constitui-se em um método para descrever a característica de uma população em uma determinada época, usado, portanto, para o planejamento e a administração de ações de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde individual e coletiva. Permite testar a existência de associações de frequência ou estatísticas entre pelo menos dois eventos denominados como doença (agravo) e exposição (suposta causa) na amostra de indivíduos investigados, as condições de vida e saúde demonstram-se como fatores que desencadeiam a doença (MEDRONHO, 2009).

5.2 CENÁRIO

O município de Juiz de Fora possui 67 UBSs, 48 unidades da área urbana, 14 em área rural e cinco unidades volantes. O estudo foi realizado em 43 UBSs que têm

entre seus profissionais de atuação os Agentes Comunitários de Saúde (HORTA; GUIMARÃES, 2014).

Na Zona da Mata Mineira, Juiz de Fora é um município considerado de grande porte, com aproximadamente 525 mil habitantes, sendo referência para assistência à saúde da região sudeste do Estado de Minas Gerais, contemplando mais de 3 milhões de habitantes. A ESF está implantada no município desde 1995 com crescimento progressivo nos últimos anos (HORTA; GUIMARÃES, 2014).

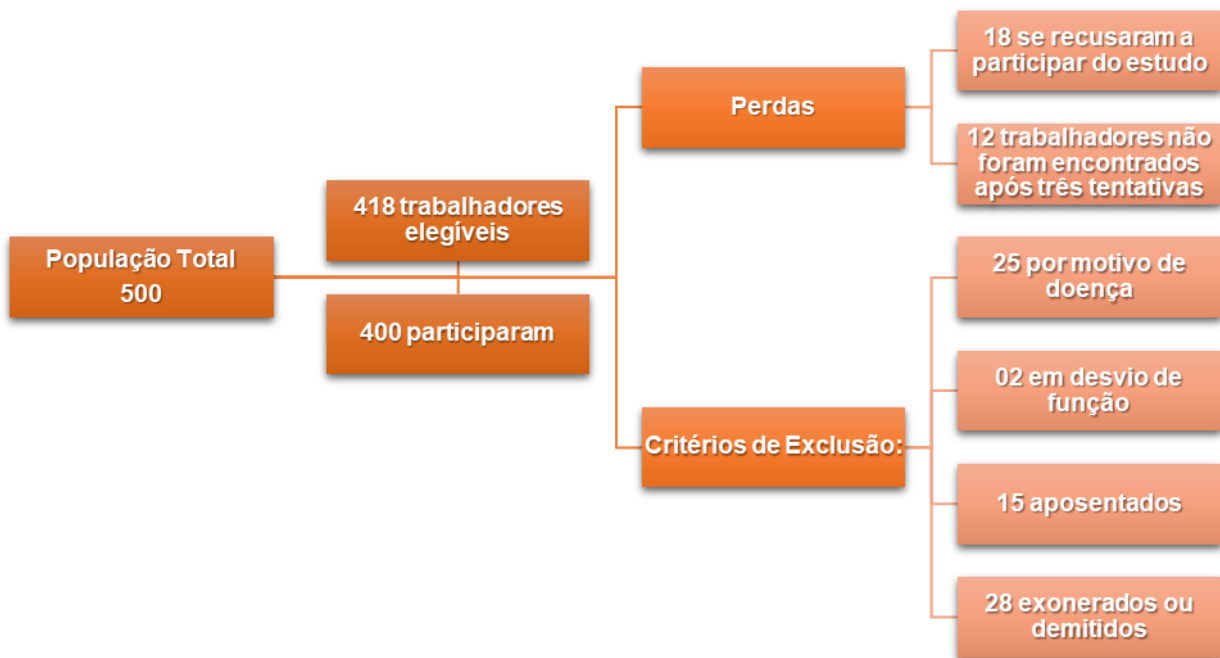
5.3 PARTICIPANTES

Foi realizado um senso, no qual o total de ACSs (500 trabalhadores) foi convidado a participar do estudo, na condição de atuantes na Atenção Primária à Saúde do município, identificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), que concordaram em participar como voluntários da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B).

Os critérios de inclusão foram: atuar como Agente Comunitário em uma das unidades de Atenção Primária à Saúde do município, independentemente da localização geográfica, sem distinção de sexo, raça, idade e crença. Foram excluídos os trabalhadores que não foram encontrados na unidade depois de três tentativas consecutivas de contato pessoal e telefônico e aqueles que se encontravam de férias ou afastados do trabalho durante o período de coleta de dados.

A partir do total de 500 ACSs, foram considerados elegíveis 418 (83,6%) trabalhadores, pois 70 (16,4%) foram excluídos, sendo que 25 se encontravam de licença por motivo de doença, dois em desvio de função, 15 aposentados, 28 foram exonerados ou demitidos. Dos abordados, 18 se recusaram a participar do estudo; 12 trabalhadores não foram encontrados após três tentativas. Desta forma, foram excluídos cem trabalhadores, obedecendo aos critérios anteriormente descritos, tendo sido então realizadas 400 entrevistas (Figura 2).

Ilustração 2 – População de estudo



Fonte: A autora.

5.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta dos dados se deu no próprio local de trabalho, em dois intervalos de tempo, o primeiro ocorreu no período de julho a outubro de 2015 (amostra preliminar) e o segundo, de outubro a fevereiro de 2017, completando a população total de estudo. As entrevistas foram previamente agendadas com os ACSs, de acordo com a disponibilidade do profissional e com o horário em que o mesmo podia se ausentar de suas atividades laborais.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário composto por 14 blocos (ANEXO B), por entrevistadores profissionais ou estudantes da área da saúde integrantes do grupo de pesquisa Trabalho e Saúde, devidamente treinados pela coordenadora do estudo.

O instrumento foi validado por meio de estudo-piloto realizado no município de Comendador Levy Gasparian, Estado do Rio de Janeiro, com 22 trabalhadores. O objetivo do estudo foi realizar possíveis adaptações e adequações no instrumento de coleta de dados, adaptações essas que se referiam a ajustes de formatação e interpretação das perguntas de cada questionário.

A equipe de entrevistadores foi composta de graduandos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), bolsistas e voluntários de Treinamento Profissional e projeto de extensão, além de mestrandos do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF e mestrandos e doutoranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Saúde Coletiva da mesma Universidade. Esses pós-graduandos se encontravam no processo de elaboração de suas dissertações e tese como parte da pesquisa: “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida”.

Os pesquisadores entrevistadores tiveram um treinamento em reuniões de equipe com a coordenadora da pesquisa, com a finalidade de se apresentar o projeto e simular as entrevistas, possibilitando esclarecer dúvidas e apontar a abordagem correta dos participantes, aproveitando o momento para aprender a manusear o sistema de operação *Android*, no programa “*Open Data Kit*” (ODK).

A pesquisa ampla utilizou, para a coleta de dados, um questionário constituído de 14 blocos, e, nesta investigação, foram analisadas as questões relacionadas às condições de saúde, de trabalho, aos hábitos de vida (Blocos A, E, F e G) e ao perfil sociodemográfico dos participantes (Bloco N). O perfil sociodemográfico foi analisado com base no Critério de Classificação Econômica Brasil, que padroniza a classificação e distribuição de classes socioeconômicas da população brasileira de acordo com bens materiais, instrução do chefe de família e renda familiar (ABEP, 2015).

No desfecho do estudo, o presenteísmo entre os ACSs foi analisado por meio da escala *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) (Bloco B). O estresse psicossocial no trabalho, o nível de atividades físicas, o consumo de álcool e tabaco foram analisados a partir das seguintes escalas respectivamente: Modelo Demanda-Controle (MDC) (Bloco G), IPAQ curto (Bloco E), AUDIT (Bloco F), Teste de Fagerström (Bloco F).

Do bloco A foi analisada a primeira questão do bloco em que se faz a seguinte pergunta: “De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?”.

O bloco N contém questões sobre a vida familiar, moradia e outros aspectos com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico do entrevistado, a partir da idade,

sexo, cor ou raça, estado civil, número de filhos, escolaridade, formação profissional, religião e bens materiais, entre outros.

5.4.1 STANFORD PRESENTEEISM SCALE – 6 (SPS-6)

A escala SPS – 6 utilizada como instrumento de análise do presenteísmo (Bloco B) foi elaborada por Koopman e Col. (2002) e traduzida e adaptada para o português brasileiro por Paschoalin (2012). O instrumento é composto por seis afirmações do tipo Likert com cinco opções de respostas que variam de concordo totalmente a discordo totalmente. A escala associa duas dimensões de presenteísmo compostas de três itens cada. A primeira encontra-se associada ao constructo de “trabalho finalizado” que se refere à quantidade de trabalho que o trabalhador é capaz de realizar mediante sintomas de adoecimento e a segunda diz respeito à “concentração mantida”, relacionada à qualidade do trabalho realizado.

As questões avaliam o presenteísmo através das seguintes indagações:

- “Nos últimos 30 dias, você esteve presente no trabalho apesar de apresentar algum problema de saúde, sinal ou sintoma de adoecimento?”

- “Se sim, qual(is)?”

O escore total do SPS-6 se contabiliza através do somatório dos valores encontrados a partir de cada item da escala, assim como demonstrado no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 – Valor em pontos de cada item que compõe o SPS-6

Opções de respostas	Itens 1,3 e 4	Itens 2,5 e 6
Eu discordo totalmente	5	1
Eu discordo parcialmente	4	2
Não concordo nem discordo	3	3
Eu concordo parcialmente	2	4
Eu concordo totalmente	1	5

Fonte: PASCHOALIN, 2012.

Os pontos somados das questões podem variar entre 6 e 30. A pontuação baixa, que é obtida através do escore de 6 a 18, indica a redução de desempenho, e as pontuações mais altas, que são as que se aproximam de 30, indicam uma maior capacidade de concentração do trabalhador em realizar as tarefas apesar de relatar algum problema de saúde. A autoavaliação estima o desempenho do entrevistado quando afetado pelo presenteísmo. Desta forma, a

partir da escala, os escores médios mais elevados sugerem que as atividades realizadas pelos indivíduos sofrem pouca interferência do presenteísmo (MARTINEZ; FERREIRA, 2011).

O “baixo presenteísmo”, assim como o “alto presenteísmo”, para os autores, variam respectivamente como escores baixos e escores elevados. O raciocínio é explicado na ideia de que o “baixo presenteísmo” indica um desempenho ruim no trabalho e vice-versa (KOOPMAN et al., 2002).

5.4.2 QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA - VERSÃO CURTA (IPAQ CURTO)

A escala denominada Questionário Internacional de Atividade Física - versão curta (IPAQ curto) é utilizada como um modelo padrão para comparação de achados e comparações de investigações que ocorrem no mundo inteiro. O instrumento tem a intenção de avaliar o tempo gasto durante a semana em atividades físicas, podendo essas ser em relação à intensidade leve, moderada e vigorosa, diante de diversos contextos, como: no trabalho, em casa com afazeres domésticos, atividades de lazer e até mesmo afazeres que podem ser realizados na posição sentada (Quadro 2) (BENEDETTI et al., 2007).

Atualmente, no Brasil, a escala é utilizada por diversos investigadores que buscam uma boa escala para medir a estabilidade e medidas de precisão usadas em estudos que referenciam estatísticas, como os epidemiológicos. No caso desta pesquisa, o foco está relacionado às práticas de atividade física feitas na semana anterior à aplicação do questionário (MATSUDO et al., 2001; CRAIG et al., 2003).

Quadro 2– Classificação do nível de atividade física

Baixo	Não atendem aos critérios das categorias 2 ou 3, são considerados baixos /inativos.
Moderado	3 ou mais dias de atividade vigorosa de pelo menos 20 minutos por dia OU 5 ou mais dias de atividade de intensidade moderada ou caminhada de pelo menos 30 minutos por dia OU 5 ou mais dias de qualquer combinação de atividades de intensidade de caminhada, intensidade moderada ou vigorosa que atinjam um mínimo de pelo menos 600 m-min /semana.
Alto	Atividade de intensidade vigorosa em pelo menos 3 dias e acumulando pelo menos 1.500 m-minutos /semana OU 7 ou mais dias de qualquer combinação de atividades de intensidade de caminhada, intensidade moderada ou vigorosa, alcançando um mínimo de pelo menos 3.000 m-minutos /semana

Fonte: BENEDETTI et al., 2007.

5.4.3 MODELO DEMANDA-CONTROLE (MDC)

A escala Modelo Demanda-Controle (MDC) avalia modelos teóricos de estresse no trabalho, proposta por Karasek no final da década de 70 e início da década de 80 (KARASEK; THEORELL, 1990). Inicialmente o instrumento possuía 49 questões pertinentes a demandas psicológicas, controle do trabalhador sobre o trabalho, suporte social advindo da chefia e dos colegas de trabalho, demanda física e insegurança no emprego e se denominava “*Job Content Questionnaire*” (JCQ). Tempos depois, as perguntas foram reduzidas para 17 pelo colaborador Tores Theorell, analisando três aspectos: demanda, controle e apoio social (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A versão em português adaptada e reduzida, que conta com os três aspectos acima, foi incluída no estudo Pró-Saúde da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. As perguntas possuem quatro alternativas de respostas. Na dimensão que trabalha a demanda e o controle, as opções de resposta são: frequentemente, às vezes, raramente e nunca ou quase nada; e, na dimensão de apoio social, têm-se as seguintes opções: concordo totalmente, concordo mais que discordo, discordo mais que concordo e discordo totalmente (Quadro 3) (ALVES et al., 2004; AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

Cada pergunta do questionário recebe uma pontuação e, através da soma dos pontos distribuídos em cada uma, podem-se obter os resultados. A atribuição de valores varia de 1 a 4, e a análise se dá ao sentido da menor para a maior frequência. Portanto, na dimensão demanda, ao se questionar: “Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?”, as opções de resposta são: frequentemente (4 pontos); às vezes (3 pontos); raramente (2 pontos) e nunca ou quase nunca (1 ponto) (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

Na dimensão da demanda e do controle, a pontuação recebe um corte de acordo com a mediana encontrada para cada item. No caso da demanda, o corte é de 14, portanto os ACSs que alcançaram a pontuação entre 5 e 14 pontos foram classificados com baixa demanda e aqueles com valores de 14 ou mais, com alta demanda.

O ponto de corte 17 foi atribuído no caso do controle, em que os ACSs que obtiveram pontuação de 5 a 17 foram classificados como tendo “menor controle” e os que obtiveram mais que 17 foram classificados com “maior controle” no trabalho.

As dimensões “demanda psicológica” e “controle” foram analisadas isoladamente, e a dimensão “apoio social” foi considerada como variável contínua e dividida em três categorias segundo tercil: baixo, médio e alto. Assim, obteve-se baixo apoio social, médio apoio social e alto apoio social (ALVES, 2009; SOUZA et al., 2010; ALVES et al., 2015).

Quadro 3 - Quadrantes do Modelo Demanda-Controle proposto por Karasek (1979)

Trabalho Ativo	Alta Demanda/ Alto Controle
Trabalho Passivo	Baixa Demanda/ Baixo Controle
Trabalho de Alta Exigência	Alta Demanda/ Baixo Controle
Trabalho de Baixa Exigência	Baixa Demanda/ Alto Controle

Fonte: Karasek, 1979.

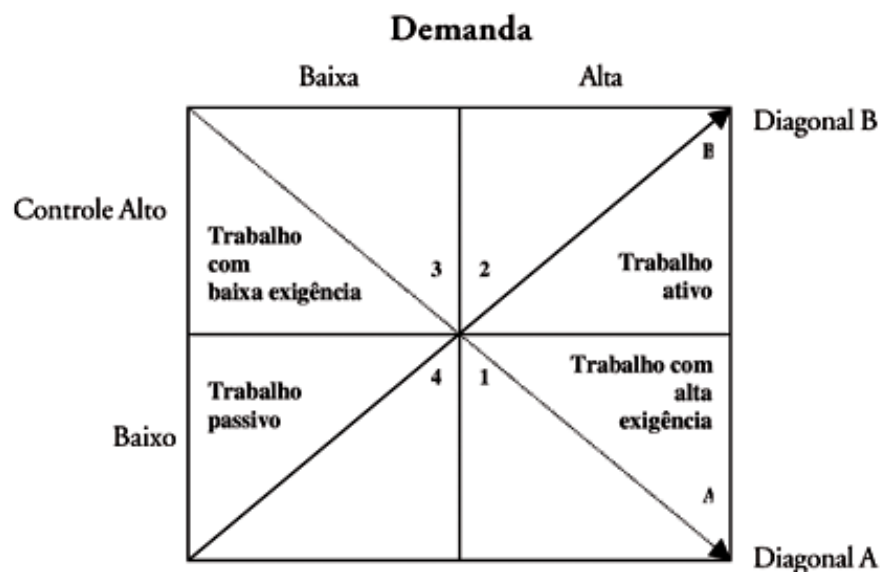
Cada quadrante da escala MDC (Figura 2), a partir de sua elaboração, deu origem aos níveis de baixa/ alta demanda, baixo/alto controle e formando os grupos partindo da mediana: baixa exigência, trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência (Quadro 4):

Quadro 4 - Dimensões do Modelo Demanda-Controle e suas medianas

MDC	Mediana	Grupo de Referência	Grupo de Exposição
Demanda	14 Pontos	Baixa Demanda	Alta Demanda
Controle	17 Pontos	Alto Controle	Baixo Controle

Fonte: Karasek, 1979.

Figura 2 – Quadrantes Modelo Demanda-Controle



Fonte: Karasek, 1979.

5.4.4 ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

O chamado *Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit)* é utilizado para identificar diferentes níveis de dependência nos indivíduos que fazem uso de bebida alcoólica. A escala Audit mensura o consumo, sintomas e consequências do ato de beber, em foco principal nos últimos 12 meses de presença de sintomas (ABREU et al., 2012).

Essa escala se compõe de dez questões que avaliam o consumo de álcool e sua pontuação varia de 0 a 40. O autor propõe quatro níveis de avaliação: consumo de baixo risco - 0 a 7 pontos; consumo de risco – 8 a 15 pontos; consumo de alto risco 16 a 19 pontos; provável dependência 20 a 40 pontos (Quadro 5).

Quadro 5 – Classificação do Grau de Dependência do uso do álcool

Consumo de Baixo Risco	0 a 7 pontos
Consumo de Risco	8 a 15 pontos
Consumo de Alto Risco	16 a 19 pontos
Provável Dependência	20 a 40 pontos

Fonte: ABREU et al., 2012.

5.4.5 TESTE DE FAGERSTRÖM

Por fim, pertencendo também ao bloco F, um dos instrumentos mais utilizados para rastrear e avaliar o consumo de tabaco é o Teste de Fagerström. Este contém seis perguntas com alternativas simples, em que cada resposta tem um valor e a soma dos pontos permite avaliar o nível de dependência à nicotina do participante (Quadro 5). As questões levantadas são: Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro? Você acha difícil não fumar em lugares públicos como igrejas, bibliotecas, etc.? Qual cigarro do dia traz mais satisfação? Quantos cigarros você fuma por dia? Você fuma mais frequentemente pela manhã? e Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? (CALASANS et al., 2011).

Quadro 6 – Classificação do grau de dependência do tabaco

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
0 – 2	3 - 4	5	6 - 7	8 - 10

Fonte: CALASANS et al., 2011.

Os dados foram digitados em plataforma *Android*, com a utilização do *Open Data Kit (ODK)*, que é um pacote de ferramentas que permite a coleta de dados e

envio destes a um servidor *on-line* com dispositivos móveis *Android*, mesmo sem conexão à Internet ou serviço de telefonia, para posterior armazenamento e exportação destes dados como arquivos de planilhas para realização de análise dos mesmos (ODK, 2015).

Após a coleta, os dados serão transferidos para o *Excel for Windows* e posteriormente serão analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences Statistics* versão 15 (SPSS®). Inicialmente foram realizadas análises descritivas das características da população de estudo, análise de variáveis de dispersão, tendência central e, a seguir, as análises bivariadas.

O cruzamento das variáveis tem o objetivo de avaliar a associação entre a variável desfecho, ocorrência de presenteísmo (qualitativa dicotômica), e as demais variáveis, sociodemográficas, ocupacionais e de saúde.

As variáveis qualitativas, tanto ordinais (ex.: classe social) quanto nominais (ex.: religião) foram descritas utilizando frequência e percentuais. As variáveis quantitativas (ex.: idade) foram descritas empregando-se média, desvio-padrão, mínimo e máximo.

Com a finalidade de cruzar variáveis qualitativas dicotômicas entre si, utilizou-se a prova exata de Fisher. Posteriormente a fim de correlacionar variáveis qualitativas multitômicas nominais, no caso pelo menos uma variável utilizada, aplicou-se o teste de χ^2 .

Com o propósito de correlacionar variáveis dicotômicas com variáveis qualitativas ordinais, utilizou-se a prova *Mann-Whitney*. Ao associar as variáveis dicotômicas com variáveis quantitativas métricas, empregou-se o teste *t* de *student*.

O modelo de regressão logística é utilizado quando a variável desfecho é uma variável qualitativa dicotômica como no presente caso. Ele é capaz de testar conjuntamente a influência de várias variáveis independentes tanto quantitativas quanto qualitativas no variável desfecho.

No presente trabalho, foram construídos os seguintes modelos de regressão logística: um conjunto de regressão logística para cada variável que apresentou significância nas análises anteriores; uma regressão logística com todas essas variáveis simultaneamente, e o modelo final que apresentou significância no resultado anterior. Pode-se dizer que esta equação sintetiza as variáveis mais

influentes entre as que foram colocadas em teste. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,050$.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa "Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida" foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) sob o parecer número 932.706 em 14 de janeiro de 2015 (Anexo A). A investigação está vinculada ao grupo de pesquisa Trabalho e Saúde, registrado no CNPq, e seus pesquisadores estão ligados ao Núcleo de Pesquisa Trabalho e Saúde. Até o momento, está sendo entrevistada a categoria dos ACSs.

Todas as informações colhidas são confidenciais e foi observada e respeitada a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas realizadas com seres humanos.

O TCLE foi aplicado em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante e a outra foi arquivada pelo pesquisador. Foram garantidos o anonimato e a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Respeitou-se o direito do sujeito de não participar da pesquisa ou em qualquer momento desistir de fazer parte dela. Além disso, o participante teve assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa (BRASIL, 2012b). Os dados ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, a seguir, serão destruídos.

A pesquisa implica risco mínimo, ou seja, o mesmo risco como conversar, tomar banho e ler e não há interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social, com respeito à intimidade do participante. Com o intuito de preservar a identidade do participante, a investigação utilizou, em todo o seu processo, códigos de identificação para garantir o anonimato dos participantes.

Após a finalização do estudo, as conclusões serão apresentadas à comunidade acadêmica, aos participantes, dirigentes e aos demais interessados no assunto.

5.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

5.6.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

- **Sexo:** agrupado em masculino e feminino.
- **Cor ou raça:** foi analisada em preta, parda, branca e amarela.
- **Idade:** inicialmente mensurada em anos, recategorizada em duas categorias (até 40 anos e de 41 anos para cima).
- **Situação conjugal:** casado/ vive em união estável e não casado (separado ou divorciado+ viúvo+ solteiro).
- **Escolaridade** informada foi agrupada em: até ensino fundamental completo (1º grau incompleto + 1º grau completo), até o ensino médio (2º grau incompleto + 2º grau completo), ensino técnico/magistério e universitário ou mais (universitário incompleto + universitário completo + pós-graduação).
- **Filhos:** sim ou não, número de filhos.
- **Residência:** própria já paga, própria ainda pagando, alugada e cedida.
- **Pessoas que moram com o ACS:** número de indivíduos.
- **Chefe de família:** Sim ou não, grau de instrução (escolaridade do chefe de família).
- **Classe Social:** A2, B1, B2, C1, C2 e D.
- **Religião:** Católica, Evangélica, Espírita, Testemunha de Jeová, Budista e Candomblé.
- **Naturalidade:** Sul, Sudeste e Nordeste, reagrupada em regiões do Sudeste.
- **Empregada Doméstica:** possui ou não possui.

5.6.2 VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE

- **Prática de atividade física:** avaliada através do Questionário Internacional de Atividade Física- versão curta (IPAQ curto).
- **Consumo de álcool:** avaliado o grau de dependência através do questionário de rastreamento, chamado de *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT).
- **Consumo de tabaco:** avaliado por meio do Teste de Fagerström.
- **Autopercepção de saúde geral e bucal:** muito boa; boa; regular; ruim; muito ruim.

5.6.3 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO

- **Idade que começou a trabalhar:** inicialmente mensurada em anos, reagrupada em “com menos de 20 anos” e “com mais de 20 anos”.
- **Trabalha durante a noite:** sim ou não.
- **Tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde:** foi agrupado em menos de cinco anos, de seis a dez anos, 11 a 15 anos e 16 a 20 anos.
- **Riscos a que estão expostos:** ruído muito elevado, ruído constante ou incômodo, vibrações, radiações, calor intenso, frio intenso e poeiras e gases.
- **Exigências do trabalho:** gestos repetitivos, posturas penosas, esforço físico intenso, permanecer muito tempo em pé, permanecer muito tempo em pé com deslocamento, permanecer muito tempo sentado, permanecer muito tempo no mesmo local e subir e descer com muita frequência.
- **Equipamento de proteção individual/coletiva:** sim ou não.
- **Horas de trabalho:** 40 horas semanais ou mais.
- **Infraestrutura/ recurso humano/ recurso material no trabalho adequado:** sim ou não.
- **Ano que começou a trabalhar na APS:** antes de 2010 ou depois de 2010.
- **Adicional de insalubridade:** sim ou não.
- **Quantidade de empregos:** número de empregos.
- **Tempo de trabalho na APS:** Menos de cinco anos, de seis a dez anos, de 11 a 15 anos, de 16 a 20 anos e há mais de 26 anos.
- **Acidente de trabalho no último ano:** sim ou não.
- **Presenteísmo:** avaliado por meio da escala SPS-6.
- **Estresse ocupacional:** avaliado por meio do Modelo Demanda Controle (MDC).

6 RESULTADOS

A seguir, os resultados desta investigação serão apresentados em tabelas. As mesmas, inicialmente, mostram as características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de trabalho dos trabalhadores participantes. Em seguida, a associação do desfecho: presenteísmo com as variáveis independentes do estudo.

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ACSs

Tabela 1 – O perfil econômico, social e demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	N	%
Idade		
≤40 anos	123	30,8
≥41anos	276	69,2
Cor/Raça		
Preta	79	19,8
Parda	129	32,3
Branca	185	46,4
Amarela	6	1,5
Sexo		
Feminino	365	91,3
Masculino	35	8,8
Estado Civil		
Casados ou vivem em união estável	230	57,6
Não possuem relação conjugal	170	42,4
Escolaridade		
Até Ensino Fundamental	6	1,6
Até Ensino Médio	187	46,8
Ensino Técnico/Magistério	88	22
Ensino Superior ou mais	88	22
Não especificada	14	3,5
Religião		
Católica	233	58,8
Evangélica	111	28,0
Espírita	22	5,6
Testemunha de Jeová	11	2,8
Budista	1	0,3
Candomblé	2	0,5
Não têm religião	16	4,0
Filhos		
Sim	310	77,7
Não	89	22,3
Número de filhos		
Um	110	35,5
Dois	119	38,4
Mais que dois filhos	81	26,1
Naturalidade		
Sudeste	388	97

Sul	4	1
Nordeste	6	1,5
<i>Estados do Sudeste</i>		
Minas Gerais	363	93,6
Espírito Santo	2	0,5
Rio de Janeiro	20	5,2
São Paulo	3	0,8
<i>Regiões de Minas Gerais</i>		
Alto Paranaíba/Central/Centro-Oeste de Minas/Rio Doce/Triângulo	13	3,6
Sul de Minas/Mata	349	96,1
Região não especificada	1	0,3
Tempo em que mora em Juiz de Fora		
De quatro a seis anos	3	0,8
De sete a nove anos	4	1,0
Dez anos ou mais	391	98,2
Residência		
Própria já paga	282	70,5
Própria ainda pagando	13	3,3
Alugada	54	13,5
Cedida	44	11,0
Outra, não especificada	6	1,5
Pessoas que moram com o ACS		
Mora sozinho(a)	23	5,8
De uma a três pessoas	229	57,4
De quatro a seis pessoas	142	35,6
De sete a nove pessoas	5	1,3
Chefe de Família		
O próprio ACS	143	35,8
O cônjuge ou companheiro(a)	56	14,0
O ACS e o cônjuge, igualmente	110	27,5
O pai ou a mãe do ACS	60	15,0
Não há chefe	22	5,5
Grau de Instrução do Chefe de Família		
Não frequentou escola	5	1,3
1º Grau Incompleto	55	14,6
1º Grau Completo	39	10,3
2º Grau Incompleto	11	2,9
2º Grau Completo	202	53,4
Universitário Incompleto	20	5,3
Universitário Completo	41	10,8
Pós-Graduação	5	1,3
Presença de Empregada Doméstica		
Sim, uma	24	6,0
Não	374	94,0
Classe Social		
A2	6	1,6
B1	40	10,8
B2	148	39,8
C1	140	37,6
C2	36	9,7
D	2	,5
Total	400	100

Fonte: A autora.

Os dados obtidos na pesquisa evidenciaram que 69,2% dos participantes têm idade igual ou superior a 41 anos, com a idade média em torno de 46 anos, mínima de 25 e máxima de 74 anos (Tabela 1).

A respeito da cor/raça, 46,4% dos ACSs se consideram brancos, 32,3% pardos, seguidos de 19,8% que se declaram pretos e apenas 1,5% se considera amarelo. Quando indagados sobre sua naturalidade, 97% dos participantes relataram ser da região Sudeste, sendo que 93,6% alegaram ser naturais de Minas Gerais, 96,1% pertencendo à região Sul de Minas e da Mata, 3,6% do Alto Paranaíba/ Central/Centro-Oeste de Minas/ Rio Doce/ Triângulo e apenas uma pessoa não especificou a região.

No que tange ao estado conjugal dos trabalhadores, 57,6% se encontram casados ou vivem em uma união estável. Ao perguntar sobre filhos, 77,7% afirmaram ter filhos e destes 38,4% possuem dois filhos; 35,5%, um filho; e 26,1%, mais de dois filhos.

Os ACSs em sua maioria quase absoluta pertencem ao sexo feminino com 91,3%. Sobre a educação e formação, os entrevistados responderam que possuem: 48,8% até o ensino médio; 23% ensino técnico/magistério; 23% ensino superior ou mais; 1,6% até o ensino fundamental e 3,7% outros não especificados.

No que diz respeito à religião que professam, 58,8% dos entrevistados afirmaram ser católicos; seguidos de evangélicos (28%). Os ACSs, em sua maioria (98,2%), moram em Juiz de Fora há dez anos ou mais, em residência própria e quitada (70,5%). Acerca da quantidade de pessoas que moram com o participante, 57,4% afirmaram residir com uma a três pessoas; 35,5% com quatro a seis pessoas; 5,8% moram sozinhos; 1,3% com sete a nove pessoas. Os ACSs, na maior parte, declararam-se como chefes de família ou responsáveis pela casa (35,8%), seguidos daqueles que relataram que eles e o cônjuge o são igualmente (27,5%). A maioria dos chefes de família do estudo tem 2º Grau Completo (50,5%).

As classes sociais dos trabalhadores participantes desta investigação, segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP, 2005), podem ser classificadas como: 39,8% pertencentes à B2; 37,6% à C1; 10,8% à B1; 9,7% à C2; 1,6% A2 e 0,5% à classe D. Cerca de 94% não possuem empregada doméstica mensalista ou diarista.

6.2 ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE DOS ACSs

6.2.1 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DOS ACSs

Tabela 2 – Nível de atividade física dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

<i>VARIÁVEL</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Nível de atividade física</i>		
<i>Baixo</i>	38	9,5
<i>Moderado</i>	111	27,8
<i>Alto</i>	250	62,7
<i>Total</i>	400	100

Fonte: A autora.

Nota: Questionário Internacional de Atividade Física- versão curta (IPAQcurto) (BENEDETTI et al., 2007).

A respeito da atividade física, os resultados obtidos por meio da aplicação do IPAQ curto mostram que: 62,7% dos ACSs da UBS possuem alto nível de atividade física, 27,8% moderado nível de atividade física e 9,5% baixo nível de atividade física (Tabela 2).

6.2.2. ANÁLISE DO CONSUMO E GRAU DE DEPENDÊNCIA DE BEBIDA ALCOÓLICA DOS ACSs

Tabela 3 – O consumo de bebida alcoólica dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

<i>VARIÁVEL</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Zonas de consumo</i>		
<i>Zona 1 Baixo Risco</i>	149	81,4
<i>Zona 2 Risco</i>	32	17,5
<i>Zona 3 Alto Risco</i>	1	,5
<i>Zona 4 Provável Dependência</i>	1	,5
<i>Total</i>	183	100

Fonte: A autora.

Nota: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (ABREU et al., 2012).

Dos 400 entrevistados, 183 (45,8%) responderam completamente o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT). Destes os resultados obtidos foram: Consumo de Baixo Risco de álcool com 81,4% dos ACSs; Consumo de Risco 17,5%; Consumo de Alto Risco e Provável Dependência 1% (Tabela 3).

6.2.3 ANÁLISE DO USO E GRAU DE DEPENDÊNCIA DO TABACO ENTRE OS ACSs

Tabela 4 – Uso e grau de dependência do tabaco entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	N	%
Fuma		
<i>Sim</i>	41	10,3
<i>Não, nunca fumaram</i>	272	68,0
<i>Não, fumaram no passado, mas pararam de fumar</i>	87	21,8
<i>Total</i>	400	100
Para aqueles que fumam:		
Idade que começaram a fumar		
<i>≤18 anos</i>	28	70
<i>18 anos></i>	12	30
<i>Total</i>	40	100
Já tentaram parar de fumar		
<i>Sim</i>	33	80,5
<i>Não</i>	8	19,5
<i>Total</i>	41	100
Quantas vezes que tentaram parar de fumar		
<i>≤ quatro tentativas</i>	27	81,8
<i>> quatro tentativas</i>	6	18,2
<i>Total</i>	33	100
Algum familiar fuma		
<i>Sim</i>	33	80,5
<i>Não</i>	8	19,5
<i>Total</i>	41	100
Qual Familiar		
<i>Cônjuges</i>	5	15,2
<i>Filhos</i>	4	12,1
<i>Pais</i>	10	30,3
<i>Tios/Sobrinhos</i>	5	15,5
<i>Irmãos</i>	18	54,5
<i>Outros parentes</i>	2	6,1
<i>Total</i>	33	100
Afastam-se para fumar		
<i>Sim</i>	33	82,5
<i>Não</i>	7	17,5
<i>Total</i>	40	100
Problemas de Saúde devido ao Tabaco		
<i>Sim</i>	4	9,8
<i>Não</i>	37	90,2

	<i>Total</i>	41	100
Qual doença?			
Hipertensão		1	,3
Problemas Respiratórios		2	,6
	<i>Total</i>	400	100
Reação dos colegas			
Ninguém reclama		10	25,6
Vão fumar junto com você		2	5,1
Reclamam		10	25,6
Eles se sentem incomodados		2	5,1
	<i>Total</i>	39	100
Outras reações dos colegas			
Não fumam no trabalho/ Afastam-se		8	53,3
Ninguém sabe sobre o fumo		3	20
Alertam sobre o risco de fumar/ Pedem para parar de fumar		3	20
Outras reações não especificadas		1	6,7
	<i>Total</i>	39	100
Fumam mais em casa ou no trabalho			
Em casa		35	92,1
No trabalho		3	7,9
	<i>Total</i>	38	100
Fumam a mesma quantidade quando estão de folga			
Sim		15	37,5
Não		25	62,5
	<i>Total</i>	40	100
Quando fuma mais			
Em dias de trabalho		2	15,4
Em dias de folga		11	84,6
	<i>Total</i>	13	100
Presença área de fumantes no trabalho			
Sim		10	25,0
Não		30	75,0
	<i>Total</i>	40	100
Deixam seu local de trabalho para fumar			
Sim		27	69,2
Não		12	30,8
	<i>Total</i>	39	100
Informam-se a respeito do tabaco e seus prejuízos à saúde			
Sim		38	92,7
Não		3	7,3
	<i>Total</i>	41	100
Colegas de trabalho discutem assuntos relacionados ao tabagismo e seus prejuízos à saúde			
Sim		36	87,8
Não		5	12,2
	<i>Total</i>	41	100
Contato com a fumaça de cigarro de outras pessoas em casa, trabalho ou escola			
Sim		207	52,1
Não		190	47,9
	<i>Total</i>	397	100

Grau de Dependência		
<i>Dependência Muito Baixa</i>	14	35,9
<i>Dependência Baixa</i>	8	20,5
		<i>Continua</i>
<i>Dependência Média</i>	2	5,1
<i>Dependência Elevada</i>	14	35,9
<i>Dependência Muito Elevada</i>	1	2,6
<i>Total</i>	183	100
Para aqueles que pararam de fumar:		
Há quanto tempo deixaram de fumar		
15 anos	48	53,9
≥30 anos	41	46,1
<i>Total</i>	89	100
Fumaram durante quanto tempo		
15 anos	60	69,0
≥30 anos	27	31,0
<i>Total</i>	87	100
Média de Cigarros consumidos por dia		
≤ 5 cigarros	171	55,1
≥10 cigarros	139	44,9
<i>Total</i>	311	100

Fonte: A autora.

Nota: Teste de Fagerström (CALASANS et al., 2011).

Quanto ao hábito de fumar (cigarro, cachimbo ou cigarro de palha), 68% dos ACSs disseram nunca ter fumado, 21,8% relataram não fumar atualmente, mas já ter fumado no passado e 10,3% declararam que fumam. No que concerne à idade em que começaram a fumar, 70% disseram ter iniciado antes dos 18 anos. Ao serem perguntados se já houve tentativas de parar de fumar, 81,8% disseram que sim por pelo menos quatro vezes e 18,2%, mais de quatro vezes (Tabela 4).

Questionados sobre patologias decorrentes do hábito de fumar, 90,8% disseram não ter tido nenhuma, já os que tiveram (9,8%) citaram hipertensão (0,3%), problemas dentários (0,3%) e problemas respiratórios (0,6%). Relataram procurar informações a respeito dos prejuízos à saúde decorrentes ao uso de tabaco 92,7%.

No que tange ao hábito de fumar perto de outras pessoas, 82,5% alegaram afastar-se do público enquanto fumam e 53,3% informaram não fumar no trabalho ou se afastar para fumar. Os colegas de trabalho, em sua maioria (87,8%), discutem com os funcionários fumantes sobre os prejuízos que o mau hábito pode ocasionar à saúde.

No ambiente de trabalho, segundo relatos (75%), não há área reservada para fumantes, assim 69,2% deixam seu local de trabalho para fumar. Os ACSs tabagistas relataram fumar mais em casa (92,1%) do que no trabalho e quando estão de folga (84,6%).

Em relação à escala para identificar o grau de dependência de tabaco (Teste de Fagerström), 39 pessoas responderam completamente à escala, tendo sido classificadas como: dependência muito baixa, com 35,9%; elevada, com 35,9%; seguidas de 20,5% de baixa dependência; 5,1% média e 2,6% muito elevada.

Entre os ACSs que não fumam mais, 53,9% deixaram o vício há 15 anos e 93,3% abandonaram o vício há mais de 30 anos. Quanto ao tempo de uso do cigarro, 69% relataram fumar por 15 anos e 96,6% fumaram por 30 anos, com o consumo médio de: cinco cigarros por dia (55,1%); dez ou mais cigarros por dia (44,9%).

Sobre ter algum familiar que fuma, 80,5% disseram possuir, sendo: irmãos (54,5%); pais (30,3%); cônjuges (15,2%); filhos (12,1%); tios/sobrinhos (15,2%) e outros parentes 6,1%. Informaram ter contato e inalada fumaça de cigarro de outras pessoas 52,1%.

6.3 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO DOS ACSs

Tabela 5 – Características relacionadas ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	N	%
Com que idade começou a trabalhar		
Até 20 anos	351	88
Mais de 20 anos	49	12
Quantos empregos		
Um emprego	349	87,3
Dois empregos	47	11,8
Três empregos	4	1,0
Trabalham durante a noite		
Sim	49	12,3
Não	351	87,8
Ruído muito elevado		
Ruído muito elevado	91	22,8
Ruído constante ou incômodo	155	38,8

Vibrações	19	4,8
Radiações	6	1,5
Calor intenso	227	56,8
Frio intenso	146	36,5
Poeiras e gases	232	58
Agentes Biológicos:	236	59
		<i>Continua</i>
Bactéria	169	75,1
Vírus	169	75,1
Fungos	84	37,3
Contato	32	14,2
Outros Agentes biológicos	28	12,4
Agentes Químicos:	31	7,8
Produtos de Limpeza	17	70,8
Material de Escritório	3	12,5
Vacinas/Medicamentos	5	20,8
Outros agentes químicos	3	12,5
O trabalho exige do corpo		
Gestos repetitivos	210	52,5
Posturas Penosas	152	38
Esforço Físico Intenso	107	26,8
Permanecer muito tempo em pé	129	32,3
Permanecer muito tempo em pé com deslocamento	323	80,8
Permanecer muito tempo sentado	55	13,8
Permanecer muito tempo no mesmo local	79	19,8
Subir e descer com muita frequência	319	79,8
Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados		
Sim	249	62,3
Não	151	37,8
Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos		
Sim	206	51,5
Não	194	48,5
Espaço de trabalho adequado para tarefa que se realiza		
Sim	176	44,1
Não	223	55,9
Mobiliário adequado		
Sim	136	34,3
Não	260	65,7
Equipamentos e ferramentas adequados		
Sim	71	17,9

Não	325	82,1
Água potável		
Sim	359	90,0
Não	40	10,0
Álcool gel para higienização das mãos		
Sim	241	60,6
Não	157	39,4
Papel higiênico nos banheiros		
		Continua
Sim	198	49,7
Não	200	50,3
Papel toalha nos banheiros		
Sim	208	52,5
Não	188	47,5
Sabonete líquido para higienização das mãos		
Sim	259	65,6
Não	136	34,4
Acidente de trabalho no último ano		
Sim	34	8,5
Não	366	91,5
Qual tipo de acidente?		
Queda	12	35,3
Fratura/ luxação/ entorse	10	29,4
Corte/ Escoriação	6	17,6
Ataque de animais	4	11,8
Agressão	1	2,9
Equipamento de proteção individual disponível		
Sim	42	10,5
Não	358	89,5
Quais?		
Máscara	14	33,3
Luva	19	45,2
Protetor solar	10	23,8
Boné	5	11,9
Uniforme	25	59,5
Sapato	2	4,8
Outros EPIs	1	2,4
Equipamentos de proteção coletiva disponíveis		
Sim	84	21,2
Quais?		
Extintor	77	91,7

Descartex	1	1,2
Corrimão	1	1,2
Ventilador	10	11,9
Outros EPCs	2	2,4
Horas de trabalho em média por semana		
40 horas	332	84,3
>40 horas<	68	15,7
Adicional de insalubridade		
		Continua
Sim	397	99,3
Não	3	,8
Total	400	100,0
Trabalhava antes da APS		
Sim	351	87,8
Não	49	12,3
Qual área de trabalho?		
Profissionais das ciências e das artes	58	16,9
Técnicos de nível médio	11	3,2
Trabalhadores de serviços administrativos	30	8,7
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	138	40,1
Trabalhadores Agropecuários, florestais, de caça e pesca	5	1,5
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	42	12,2
Trabalhadores de manutenção e reparação	65	18,9
Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	2	0,6
Outros não especificados	56	14
Tempo de trabalho na APS		
Menos de 5 anos	99	24,8
De 6 a 10 anos	47	11,8
De 11 a 15 anos	164	41,0
De 16 a 20 anos	89	22,3
Há mais de 26 anos	1	,3
Ano que começou a trabalhar na APS		
Antes de 2010	287	71,9
Depois de 2010	113	28,1

Fonte: A autora

Os participantes da pesquisa relataram ter começado a trabalhar em sua maioria (88%) com até 20 anos. Sendo que 39,8% começaram a trabalhar antes dos 15 anos de idade (Tabela 5).

Quanto à área em que trabalhavam antes de assumirem o cargo de ACS na UBS, classificando as respostas segundo a Classificação Brasileira de Ocupações

(CBO) (2002), 40,1% atuavam como “Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados”; 18,9% “Trabalhadores de manutenção e reparação”; 16,9% responderam ter sido “Profissionais das ciências e das artes”; 8,7% “Trabalhadores de serviços administrativos”; 12,2% “Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais”; 3,2% “Técnicos de nível médio”; 1,5% “Trabalhador agropecuário, florestal, da caça e pesca”; 0,6% “Forças Armadas, policial e bombeiro militar” e 14% outros não especificados.

Em relação ao número de empregos, 87,3% relataram ter apenas um emprego, e 87,8% não trabalham à noite, 84,3% trabalham 40 horas semanais.

Quanto aos riscos mais frequentes encontrados em seu trabalho, os ACSs se consideram expostos a: “Agentes biológicos” 59% (entre eles: Bactéria 75,1%; Vírus 75,1%; Fungos 37,3%; Contato 14,2%; Outros agentes biológicos 12,4%); “Poeiras e gases” 58%; “Calor intenso” 56,8%; “Ruído Constante ou incomodo” 38,8%; “Frio intenso” 36,5%; “Ruído muito elevado” 22,%; “Agentes químicos” 7,8% (entre eles: Produtos de Limpeza 70,8%; Vacinas/Medicamentos 20,8%; Material de Escritório 12,5%; Outros agentes químicos 12,5%); “Vibrações” 4,8% e “Radiações” 1,5%.

No que diz respeito ao esforço exigido do seu corpo, os trabalhadores entrevistados relataram: “Permanecer muito tempo em pé com deslocamento” (80,8%); “Subir e Descer com muita frequência” (79,8%); “Gestos Repetitivos” (52,5%); “Posturas Penosas” (38%); “Permanecer muito tempo de pé na mesma posição” (32,3%); “Esforços físicos intensos” (26,8%); “Permanecer muito tempo no mesmo local” (19,8%) e “Permanecer muito tempo sentado” (13,8%).

Em relação à infraestrutura do local de trabalho, 62,3% relataram “vestiários e banheiros adequados e suficientes”; 51,5%, espaço adequado para pausas, lanches ou repousos; 90% disseram ter água potável; 52,5% disseram ter papel toalha nos banheiros e 65,6%, sabonete líquido para higienizar as mãos, ressaltando os pontos positivos da infraestrutura. Quanto aos pontos negativos evidenciados: 55,9% relataram espaço inadequado para a tarefa que realizam; 65% disseram estar insatisfeitos quanto ao mobiliário; 82,1% disseram não ter equipamentos e ferramentas adequados; e 50,3% relataram não ter papel higiênico nos banheiros.

No que concerne aos acidentes de trabalho no último ano, 91,5% dos participantes disseram não haver sofrido nenhum. Entre aqueles que sofreram algum tipo de acidente de trabalho (8,5%): 35,3% relataram ter sofrido queda; 29,4%

fratura/luxação/entorse; 17,6% sofreram corte/escoriação; 11,8% foram surpreendidos por ataque de animais e 2,9%, agressão de usuários.

No que diz respeito aos equipamentos de proteção individual (EPIs), 89,5% responderam não ter disponível tal material. Entre os que responderam que havia EPI na UBS (10,5%), 33,3% citaram máscara; 45,2% luvas; 23,8% protetor solar; 11,9% boné; 59,5% uniforme; 4,8% sapato e 2,4% outros EPIs. Quanto aos equipamentos de proteção coletiva (EPCs), a maioria dos ACSs (78,8%) disse não ter; para aqueles que responderam (21%) que haviam EPC, 91,7% disseram ter extintor; 1,2% descartex; 1,2% corrimão; 11,9% ventilador e 2,4% outros equipamentos.

Os ACSs começaram em sua maioria (59,9%) a trabalhar na UBS anteriormente a 2005 e 71,9% antes de 2010. Quanto ao tempo de trabalho, 24,8% relatam menos de cinco anos; 11,8% de seis a dez anos; 41% de 11 a 15 anos; de 16 a 20 anos 22,3% e apenas 0,3% relata que trabalha há mais de 26 anos. Relataram já estar ocupados antes de começar a trabalhar na UBS 87,8% dos trabalhadores. Segundo relatos, 99,3% dos participantes da pesquisa recebem adicional de insalubridade.

6.3.1 MODELO DEMANDA-CONTROLE E O ESTRESSE PSICOSSOCIAL NO TRABALHO

Tabela 6 – Características relacionadas à demanda psicológica, ao controle sobre o trabalho e apoio social no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	N	%
<i>Demanda</i>		
<i>Baixa Demanda</i>	200	50,0
<i>Alta Demanda</i>	200	50,0
<i>Controle</i>		
<i>Baixo Controle</i>	257	64,3
<i>Alto Controle</i>	143	35,8
<i>Apoio Social</i>		
<i>Médio Apoio Social</i>	122	30,7
<i>Alto Apoio Social</i>	105	26,4
<i>Quadrantes MDC</i>		
<i>Trabalho Passivo</i>	127	31,8

<i>Baixa Exigência</i>	73	18,3
<i>Alta Exigência</i>	130	32,5
<i>Trabalho Ativo</i>	70	17,5
<i>Total</i>	400	100

Fonte: A autora.

Nota: De acordo com as dimensões do Modelo Demanda-Control- apoio social proposto por Karasek (1979).

No que se refere à escala Modelo Demanda-Control, os resultados obtidos para “demanda” foram: 50% alta demanda e 50% baixa demanda. Quanto ao controle, 64,3% foram classificados com baixo controle e 35,8% alto controle. Por fim, ao se referirem ao apoio social, 43% foram classificados com baixo apoio social, 30,7% com médio apoio social e 26,4% com alto apoio social (Tabela 6).

Observa-se que, em relação aos quadrantes do MDC, 32,5% dos ACSs se encontravam na categoria de alta exigência (alta demanda + baixo controle), que é caracterizada como a mais maléfica para o estado de saúde do trabalhador. O trabalho passivo (baixa demanda + baixo controle), considerado a segunda categoria mais prejudicial, compôs-se de 31,8%, e 18,3% dos ACSs se encontravam na categoria de baixa exigência (baixa demanda + alto controle). O trabalho ativo (alta demanda + alto controle), por sua vez, foi representado por 17,5% dos trabalhadores.

6.4 ANÁLISE DA AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E DAS CARACTERÍSTICAS DO PRESENTEÍSMO ENTRE OS ACSs

6.4.1 ESTADO DE SAÚDE DO ACS DE ACORDO COM SUA AUTOPERCEPÇÃO

Tabela 7 – A autopercepção do estado de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	N	%
Estado de saúde		
<i>Bom</i>	220	55,0
<i>Regular</i>	73	18,3
<i>Ruim</i>	10	2,5
<i>Muito Ruim</i>	1	0,3
<i>Total</i>	400	100

Fonte: A autora.

Os ACSs consideram o próprio estado de saúde como “bom” em sua maioria (55%), seguido de “muito bom” (24%), “regular” (18,3%) e apenas 2,7% se consideram com um estado “ruim” e “muito ruim” de saúde (Tabela 7).

6.4.2 ESTADO DE SAÚDE BUCAL DO ACS DE ACORDO COM SUA AUTOPERCEPÇÃO

Tabela 8 – A autopercepção do estado de saúde bucal dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	N	%
Estado de saúde Bucal		
<i>Muito bom</i>	61	15,3
<i>Bom</i>	209	52,3
<i>Regular</i>	111	27,8
<i>Ruim</i>	16	4,0
<i>Muito ruim</i>	3	,8
<i>Total</i>	400	100,0

Fonte: A autora.

Os participantes da pesquisa consideraram, em sua maioria (52,3%), como “bom” o seu estado de saúde bucal, 27,8% como “regular”, 15,3% “muito bom” e 4,8% como “ruim” e “muito ruim”.

6.4.3 O ABSENTEÍSMO E O PRESENTEÍSMO ENTRE OS ACSs

Tabela 9 – A prática do absenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	N	%
Absenteísta		
<i>Sim</i>	94	23,5
<i>Não</i>	306	76,5
<i>Total</i>	400	100
Número de dias faltados		
<i>Um dia</i>	50	54,3
<i>Até dois dias</i>	14	15,2
<i>Até três dias</i>	10	10,9
<i>Mais que três dias</i>	18	19,6

<i>Total</i>	92	100
--------------	----	-----

Fonte: A autora.

Sobre as faltas no trabalho nos últimos 30 dias, apenas 23,5% relataram ter praticado o absenteísmo. Quanto à quantidade de dias faltados, 54,3% faltaram apenas um dia, 19,6% mais que três dias, 15,2% até dois dias e 10,9% faltaram até três dias (Tabela 9).

Tabela 10 – A prática do presenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	N	%
Presenteísta		
<i>Sim</i>	235	58,8
<i>Não</i>	165	41,3
<i>Total</i>	400	100
Problemas de Saúde		
<i>Osteomusculares</i>	90	61,7
<i>Processos Infecciosos</i>	59	25,1
<i>Enxaqueca/Cefaleia</i>	46	19,6
<i>Alterações Psíquicas/SNC</i>	31	13,2
<i>Doenças Crônicas</i>	27	11,5
<i>Distúrbios Hormonais</i>	06	2,6
<i>Outros Problemas de Saúde</i>	22	9,4
<i>Não declararam o problema</i>	12	5,1
<i>Total</i>	235	100
Motivos		
<i>Não há quem lhes substitua e seu serviço vai ficar acumulado</i>	139	59,1
<i>Sua ausência vai comprometer a assistência</i>	104	44,3
<i>Sua ausência vai sobrecarregar seus colegas</i>	53	22,6
<i>Têm receio de perder seu emprego</i>	37	15,7
<i>Seu ambiente doméstico não é bom</i>	21	
<i>Prefere trabalhar a ficar em casa</i>		8,9
<i>Compromisso/Responsabilidade</i>	23	38,3
<i>Satisfação/Prazer</i>	16	26,7
<i>Descontos e Perdas de Benefícios nos salários</i>	11	18,3
<i>Questão financeira e familiar</i>	07	11,7
<i>Outros motivos não esclarecidos</i>	07	11,7
<i>Total</i>	235	100
Escore da Escala SPS-6		
<i>Baixo Presenteísmo (6-18)</i>	102	43,4

<i>Alto Presenteísmo (19-30)</i>	133	56,6
<i>Total</i>	235	100

Fonte: A autora.

Nota: *STANFORD PRESENTEEISM SCALE – 6 (SPS-6)* (PASCHOALIN, 2012).

Os ACSs que estiveram presentes no trabalho mesmo doentes totalizam 58,8% dos participantes. Os problemas de saúde mais frequentemente relatados pelos trabalhadores presenteístas foram: osteomuscular 38,3%; processos infecciosos 25,1%; enxaqueca/cefaleia 19,6%; alterações psíquicas e do sistema nervoso central 13,2%; doenças crônicas 11,5%; distúrbios hormonais 2,6%; outros problemas e não declarados 14,5% (Tabela 10).

Os motivos que os levaram a trabalhar mesmo não se sentindo bem foram: “Não há quem lhes substitua e seu serviço vai ficar acumulado” (59,1%); “Sua ausência vai comprometer a assistência” (44,3%); “Sua ausência vai sobrecarregar seus colegas” (22,6%); “Têm receio de perder seu emprego” (15,7%); “Seu ambiente doméstico não é bom. Prefere trabalhar a ficar em casa” (8,9%). Entre os motivos alegados além dos preestabelecidos, destacam-se os seguintes: “Compromisso/Responsabilidade” com o trabalho (38,3%); “Satisfação/Prazer” com o trabalho e com o que se faz nele (26,7%); “Descontos e Perdas de Benefícios nos salários” (18,3%); “Questão financeira e familiar” (11,7%) e outros motivos não esclarecidos (11,7%).

De acordo com a escala SPS-6, 56,6% dos participantes obtiveram na soma total o resultado de 19 a 30, denominado pelos autores (KOOPMAN et al., 2012) de “alto presenteísmo”, significando que o desempenho do trabalhador não é afetado quando o mesmo permanece trabalhando com algum sinal ou sintoma de adoecimento.

6.4.4. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS DIMENSÕES DO PRESENTEÍSMO QUE COMPÕEM A ESCALA SPS-6

Tabela 11- As dimensões do presenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

	N	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Dimensão física (Trabalho Finalizado)	235	7,84	7,00	3,75	3,00	15,00

No trabalho, conseguiram se concentrar nas suas metas apesar do seu problema de saúde.*	235	3,94	4,00	1,349	1	5
Apesar do seu problema de saúde*, conseguiram terminar tarefas difíceis no seu trabalho.	235	4,26	5,00	1,211	1	5
Apesar do seu problema de saúde*, tiveram energia suficiente para terminar todo o seu trabalho.	235	3,86	4,00	1,307	1	5 <i>Continua</i>
Dimensão Psicológica (Concentração Mantida)	235	12,05	13,00	2,90	3,00	15,00
Devido ao seu problema de saúde*, foi muito mais difícil lidar com o estresse no seu trabalho.	235	3,45	4,00	1,525	1	5
Devido ao seu problema de saúde, não podem ter prazer no trabalho.	235	3,05	4,00	1,631	1	5
Você se sentiu sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido ao seu problema de saúde.*	235	3,66	4,00	1,573	1	5
Escore da Escala SPS6	235	11,69	15,00	10,511	0	30

Fonte: A autora.

Ao analisar as dimensões do presenteísmo na escala SPS-6 (Tabela 11), observou-se que a dimensão “trabalho finalizado” teve a média de 7,84, com 3,75 de desvio-padrão, mínimo de 3 e máximo de 15 e a mediana de 7. Já a dimensão “concentração mantida” teve como média 12,05, desvio-padrão de 2,90, com mínimo de 3 e máximo de 15 e a mediana de 13. Dessa forma, os aspectos físicos dos trabalhadores foram mais afetados frente ao presenteísmo do que os aspectos psicológicos.

Na dimensão física (“trabalho finalizado”), observa-se que a média das questões 1, 3 e 4 da escala SPS-6 variou de respectivamente 3,94, 4,26 e 3,86, mediana de 4,00, 5,00 e 4,00 e desvio-padrão de 1,349, 1,211 e 1,307. Já na dimensão psicológica (“concentração mantida”), as questões utilizadas foram 2, 4 e

5 e variaram com a média em 3,45, 3,05 e 3,66, mediana de 4 e desvio-padrão de 1,525, 1,631 e 1,573.

6.5 O PRESENTEÍSMO E OS FATORES ASSOCIADOS

6.5.1 PRESENTEÍSMO ASSOCIADO ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabela 12 – Associação entre o presenteísmo e as variáveis sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	PRESENTEÍSTA		Valor de p
	Sim N(%)	Não N(%)	
Sexo			
Masculino	15(6,4%)	220(93,6%)	0,050
Feminino	20(12,1%)	145(87,9%)	
Idade			
≤40 anos	78(33,2%)	157(66,8%)	0,228
≥41 anos	45(27,4%)	119(72,6%)	
Formação			
Até Ensino Fundamental	3(1,3%)	3(1,9%)	0,468
Até Ensino Médio	107(47,8%)	79(49,7%)	
Ensino técnico/Magistério	56(25%)	31(19,5%)	
Ensino Superior ou mais	50(22,3%)	38(23,9%)	
Estado Conjugal			
Casados ou união estável	135(57,4%)	95(57,9%)	0,385
Separados ou divorciados	46(19,6%)	24(14,6%)	
Viúvos	6(2,6%)	8(4,9%)	
Solteiros	48(20,4%)	37(22,6%)	
Chefe de Família			
O próprio ACS	86(36,6%)	57(34,5%)	0,412
O cônjuge ou companheiro	38(16,2%)	18(10,9%)	
O ACS e o cônjuge igualmente	65(27,7%)	45(27,3%)	
O pai ou a mãe do ACS	30(12,8%)	30(18,2%)	
Não há chefe	11(4,7%)	11(4,7%)	
Filhos			
Sim	190(80,9%)	45(19,1%)	0,046
Não	120(73,2%)	44(26,8%)	
Quantas Pessoas Moram com o ACS			
Moram sozinhos	10(4,3%)	13(7,9%)	0,978
De uma a três pessoas	141(60,0%)	88(53,7%)	
De quatro a seis pessoas	81(34,5%)	61(37,2%)	

<i>De sete a nove pessoas</i>	3(1,3%)	2(1,2%)
-------------------------------	---------	---------

Fonte: A autora.

Na relação entre as variáveis sociodemográficas (Tabela 12), apenas sexo e filhos obtiveram associação estatisticamente significativa com o presenteísmo, com o valor de $p=0,050$ e $p=0,046$, respectivamente, o que demonstra que os participantes do sexo feminino são mais presenteístas em relação aos do sexo masculino e o fato de ter ou não filhos interfere diretamente com a prática do presenteísmo. As demais variáveis analisadas não tiveram diferenças estatisticamente significantes com o presenteísmo.

6.5.2 PRESENTEÍSMO ASSOCIADO ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Tabela 13 – Condições de trabalho associadas ao presenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	PRESENTEÍSTA		Valor de p
	Sim	Não	
Idade que começou a trabalhar			
Média	16,87	16,62	0,693
Desvio-Padrão	6,535	6,010	
Mínimo	7	6	
Máximo	55	53	
N(%)	234(58,6%)	165(41,4%)	
Acidente de trabalho			
Sim	25(10,6%)	210(89,4%)	0,047
Não	9(5,5%)	156(94,5%)	
Trabalha há quanto tempo na APS			
Menos de 5 anos	59(25,1%)	40(24,2%)	0,719
De 6 a 10 anos	26(11,1%)	21(12,7%)	
De 11 a 15 anos	94(40%)	70(42,4%)	
De 16 a 20 anos	56(23,8%)	33(20%)	
Há mais de 26 anos	0(0,0%)	1(0,6%)	
Número de empregos			
Um	205(87,2%)	144(87,3%)	0,998
Dois	28(11,9%)	19(11,5%)	
Três	2(0,9%)	2(1,2%)	

Fonte: A autora.

Ao correlacionar as condições de trabalho (Tabela 13) com o desfecho da presente investigação, encontra-se poder de significância no acidente de trabalho ocorrido no último ano ($p 0,047$).

Tabela 14 – Modelo demanda-controle associado ao presenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	PRESENTEÍSTA		Valor de p
	Sim N(%)	Não N(%)	

MDC- Faixa Demanda			
Baixo	110(46,8%)	125(53,2%)	0,155
Alto	90(54,5%)	75(45,5%)	
MDC - Faixa Controle			
Baixo	155(66%)	80(34%)	0,399
Alto	102(61,8%)	63(38,2%)	
MDC - Apoio Social			
Baixo	115(49,1%)	56(34,1%)	0,005
Médio	65(27,8%)	57(34,8%)	
Alto	54(23,1%)	51(31,1%)	
Quadrantes MDC			
Trabalho Passivo	72(30,6%)	55(33,3%)	0,390
Baixa Exigência	38(16,2%)	35(21,2%)	
Alta Exigência	83(35,3%)	47(28,5%)	
Trabalho Ativo	42(17,9%)	28(17%)	

Fonte: A autora.

O presenteísmo, quando combinado com os domínios da escala MDC (Tabela 14), resultou numa associação significativa no que diz respeito a “Apoio Social”, apresentando p valor igual a 0,005. Os demais cruzamentos não tiveram resultados relevantes.

6.5.3 PRESENTEÍSMO ASSOCIADO AOS HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE

Tabela 15 - Associação entre o presenteísmo e os hábitos de vida entre os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	PRESENTEÍSTA		Valor de p
	Sim N(%)	Não N(%)	
AUDIT			
Zona 1 Baixo Risco	89(78,8%)	60(85,7%)	0,225
Zona 2 Risco	23(20,4%)	9(12,9%)	
Zona 3 Alto Risco	1(0,9%)	0(0,0%)	
Zona 4 Provável	0(0,0%)	1(1,4%)	
Dependência			
FAGERSTRÖM			
Dependência Muito Baixa	12(38,7%)	2(25%)	0,346
Dependência Baixa	8(25,8%)	0(0,0%)	
Dependência Média	0(0,0%)	2(25%)	
Dependência Elevada	10(32,3%)	4(50%)	
Dependência Muito Elevada	1(3,2%)	0(0,0%)	
IPAQ curto			
Baixo	26(11,1%)	12(7,3%)	0,610
Moderado	63(26,8%)	48(29,3%)	
Alto	146(62,1%)	104(63,4%)	

Fonte: A autora.

Ao associar o presenteísmo com os hábitos de vida exemplificados pelo consumo de álcool, tabagismo e atividade física, não houve resultado significativo, apresentando valor de p, respectivamente, 0,225, 0,346 e 0,610 (Tabela 15).

6.5.4 PRESENTEÍSMO ASSOCIADO À AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E SAÚDE BUCAL

Tabela 16 - Associação entre o presenteísmo e a autopercepção de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora/MG, 2018

VARIÁVEL	PRESENTEÍSTA		Valor de p
	Sim N(%)	Não N(%)	
Autopercepção de Saúde			
Muito bom	36(15,3%)	60(36,4%)	0,001 Continua
Bom	131(55,7%)	89(53,9%)	
Regular	58(24,7%)	15(9,1%)	
Ruim	9(3,8%)	1(0,6%)	
Muito Ruim	1(0,4%)	0(0,%)	
Autopercepção de Saúde Bucal			
Muito bom	25(10,6%)	36(21,8%)	0,001
Bom	122(51,9%)	87(52,7%)	
Regular	74(31,5%)	37(22,4%)	
Ruim	12(5,1%)	4(2,4%)	
Muito Ruim	2(0,9%)	1(0,6%)	

Fonte: A autora.

A associação entre o presenteísmo e a autopercepção de saúde (Tabela 16) é estatisticamente relevante ($p=0,001$) entre os agentes comunitários, assim como a associação entre o presenteísmo e a autopercepção de saúde, com $p=0,001$.

6.6 ANÁLISE MÚLTIPLA DO PRESENTEÍSMO E OS FATORES ASSOCIADOS

Tabela 17 - Análise múltipla das variáveis significantes dos fatores associados entre Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2018

Variáveis	Variáveis na equação				
	B	Sig.	Exp(B)	95% I. C. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Acidentes de Trabalho	,724	,072	2,063	,937	4,545
Sexo	-,705	,049	,494	,245	,997
Filhos	,437	,071	1,548	,964	2,488
Apoio Social (MDC)	-,347	,006	,707	,553	,905
Autopercepção de Saúde Bucal	,455	,001	1,577	1,202	2,069
Autopercepção de Saúde	,926	>,001	2,524	1,833	3,476

Fonte: A autora.

Ao realizar o modelo de regressão logística das variáveis individualmente com a variável desfecho (Tabela 17), que apresentaram significância estatística nas análises bivariadas, obteve-se o p valor significativo para apoio Social ($p=0,006$), autopercepção de saúde ($>,001$), autopercepção de saúde bucal ($0,001$) e sexo ($0,049$).

Tabela 18 - Análise múltipla das variáveis significantes do presenteísmo e fatores associados dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2018

<i>Variáveis</i>	<i>Variáveis na equação</i>				
	<i>B</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>95% I. C. para EXP(B)</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
<i>Acidente de Trabalho</i>	,939	,038	2,558	1,054	6,208
<i>Sexo</i>	-,389	,318	,677	,316	1,454
<i>Filhos</i>	,151	,576	1,163	,685	1,976
<i>Apoio Social (MDC)</i>	,304	,024	,738	,566	,961
<i>Autopercepção de Saúde Bucal</i>	,327	,030	1,387	1,031	1,864
<i>Autopercepção de Saúde</i>	,828	,000	2,288	1,639	3,194

Fonte: A autora.

Quando as variáveis foram associadas todas em conjunto no modelo de regressão (Tabela 18), as significâncias obtidas nas análises separadas de multivariadas se confirmaram para as variáveis apoio Social ($p=,024$), autopercepção de saúde bucal ($p=0,030$), autopercepção de saúde ($p<,001$) e acidente de trabalho se tornou significativa com p igual a 0,038. A variável sexo se tornou irrelevante com p superior a 0,005 (0,318).

Tabela 19 - Modelo final da análise múltipla do presenteísmo e fatores associados dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2018

<i>Variáveis</i>	<i>Variáveis na equação</i>				
	<i>B</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>95% I. C. para EXP(B)</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
<i>Acidente de Trabalho</i>	,920	,041	2,509	1,038	6,061
<i>Apoio Social (MDC)</i>	-,332	,013	,718	,552	,932
<i>Autopercepção de Saúde Bucal</i>	,847	>,001	2,332	1,673	3,250
<i>Autopercepção de Saúde</i>	,933	>,001	2,541	1,830	3,529

Fonte: A autora.

Após obter o resultado referente à regressão de todas as variáveis significantes em conjunto, foram analisadas somente as variáveis significantes no

último modelo de regressão. Nesta análise, as variáveis permaneceram com o resultado relevante, com p de 0,041, 0,013, $>,001$ e $>,001$, respectivamente para acidente de trabalho, apoio social, autopercepção de saúde bucal e autopercepção de saúde (Tabela 19).

7 DISCUSSÃO

Com base nos resultados, pode-se afirmar que a idade da população estudada, em sua maioria (69,2%), é igual ou superior a 41 anos, com média de idade em torno de 46 anos, o que está em consonância com pesquisas realizadas recentemente que discutem ser essa a fase produtiva na fase adulta devido ao envelhecimento da população (FERRAS, AERTS, 2005; KLUTHCOVSKY et al., 2007).

Ao analisar o perfil do agente comunitário de saúde em questão, identifica-se uma predominância do sexo feminino (91,3%) entre os trabalhadores da categoria. Tal característica tem sido observada também em outros estudos realizados com ACSs, em que as mulheres são a maioria, tanto em estudos quantitativos quanto estudos qualitativos, evidenciando assim a feminização dessa profissão (CASTRO, 2017; PEDRAZA, 2017; SANTOS, 2016; GUANAES-LORENZI, 2016; MAISSIAT, 2013; LINO, 2013).

Desde o início da profissão, em 1987, no Nordeste, observa-se a predominância do sexo feminino que aparece na área da saúde como característica peculiar e marcante. As famílias inseridas na comunidade atendida pelas trabalhadoras referem se sentirem mais confortáveis com o perfil feminino quando se trata de assuntos que podem causar constrangimento, o que facilita o acesso desses profissionais às residências (TELES, 2016; BEZERRA, ESPÍRITO SANTO, BATISTA FILHO, 2005; MACHADO, 2006).

De acordo com o governo brasileiro, a participação feminina no mercado de trabalho cresceu de 58,2% em 2015 para 59,1% em 2016, reforçando o espaço conquistado pela mulher na busca de independência, autonomia e como provedora da subsistência de sua família (CODEPLAN, 2017; MARIUCC, ALMEIDA, 2010).

Em relação à autodeclaração de cor ou raça, a maioria dos participantes afirmou ser da cor branca (46,4%), seguida de pardos (32,3%), o que converge com

os estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014), representando, respectivamente, 45,5% e 45% do total da população brasileira.

No que tange ao local onde moram e a sua naturalidade, 96,1% pertencem às regiões Sul de Minas e da Mata, o que entra em acordo com a escolha de ACSs residentes e naturais das regiões próximas à unidade de saúde para desempenhar o papel com maior eficácia de ações na comunidade. Essa preferência se justifica pelo compartilhamento pelo ACS do mesmo ambiente com o usuário atendido, o que facilita a identificação do contexto social e cultural (NUNES, 2002; FERRAS, AERTS, 2005; KLUTHCOVSKY et al., 2007).

Quanto ao estado conjugal dos entrevistados, 57,6% se encontram casados ou vivem em uma união estável, corroborando o estudo realizado com o mesmo público no ano de 2017 por Castro, apresentando 66,21% dos participantes casados ou em união estável. No que diz respeito a filhos, 77,7% dos ACSs relataram tê-los, achado que está em consonância com o estudo de Pedraza (2017), que traz em seus resultados que 74,49% dos participantes também os possuem.

O catolicismo é a religião predominante entre os ACSs, representada por 58,8% dos entrevistados. De acordo com o IBGE (2010), na população brasileira, 86,8% se declaram cristãos e 64,6% católicos. A religião aparece como um contexto histórico-social, em que o indivíduo inserido na comunidade tem um maior vínculo com o trabalhador no processo de saúde e doença, o que influencia diretamente o papel desempenhado pelo ACS (LINO, 2012; FERRAZ, 2012; SIMAS, 2017).

A escolaridade entre os participantes da pesquisa vai até o ensino médio para 48,8% dos ACSs. Tal resultado está de acordo com os critérios mínimos exigidos pela Lei n. 11.350/2006, que dispõe dos requisitos básicos para desenvolver a função de ACS, a saber: concluir o curso de qualificação básica para ACS e ter como escolaridade mínima o ensino fundamental completo (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

As classes sociais predominantes na população de estudo são: B2 com 39,8% dos participantes e C1 com 37,6%, de acordo com a ABEP (2005). Identifica-se tal dado como um retrato da classe social da população brasileira, em que 68% dos cidadãos do país pertencem às classes mais baixas (ABEP, 2014).

No que tange aos hábitos de vida e saúde dos trabalhadores, 62,7% dos participantes possuem alto nível de atividade física, 27,8% moderado nível de

atividade física, segundo a escala IPAQ curto, mostrando um resultado positivo quanto a esta prática entre os ACSs. As pesquisas realizadas por Silva et al. (2010) e Silva, Costa Junior (2011) mostram os benefícios da atividade física regular para se ter uma boa qualidade de vida.

Além de essa prática contribuir diretamente para a saúde do trabalhador, no caso do ACS, pode refletir também na adesão dos usuários a hábitos saudáveis, uma vez que, por fazer parte da comunidade, serve de referência e exemplo. No estudo realizado por Costa et al. (2015), identifica-se também a importância do papel do ACS como promotor de atividades físicas para a comunidade. Santos et al. (2015) descrevem que, quando a prática de exercício físico entre esses trabalhadores da saúde é insatisfatória, a população não se vê estimulada a realizá-la.

Quanto ao consumo de álcool, dos 183 participantes (45,8%) que responderam o Teste Audit, a maioria (81,4%) apresentou baixo consumo de álcool, o que corrobora os hábitos saudáveis de vida. Araújo e Castanha (2006) destacam que o álcool é uma droga capaz de prejudicar a saúde, podendo levar até a morte, sempre associada a perdas.

Em relação ao hábito de fumar, 68% dos trabalhadores relataram nunca ter fumado, em contrapartida, 10,3% declararam fumar atualmente. A baixa dependência de tabaco por esses profissionais favorece as ações de promoção e prevenção de doenças ocasionadas pelo tabagismo na APS. O trabalhador não só beneficia a população, mas também a si próprio, quando se preocupa com os hábitos de vida e os reflexos que a dependência do tabaco pode causar em curto e longo prazo.

Portanto observa-se que os hábitos de vida dos participantes do presente estudo podem ser considerados bons, contribuindo assim para a qualidade de vida dos mesmos, além de favorecer a orientação e o acompanhamento da população por eles atendida. Assim, o exemplo desses profissionais que também fazem parte da comunidade pode ser considerado como facilitador na promoção da saúde da população assistida.

No que diz respeito às características relacionadas às atividades laborais, a maior parte dos participantes (83,5%) relatou ter entrado no mercado de trabalho antes dos 20 anos. Segundo o IBGE, a inserção no mercado de trabalho de maneira

precoce ocorre em parte significativa da população (44,2%), com média de 14 anos (IBGE, 2015).

Os resultados desta investigação mostram que 39,8% dos ACSs começaram a trabalhar antes dos 15 anos de idade. Tal fato ocorre devido à dificuldade por que as famílias em geral passam para garantir a subsistência e sobrevivência, necessitando de ajuda de todos os membros da família para ter o sustento básico de casa (SANTOS e GIMENEZ, 2015).

A maioria dos entrevistados (71,9%) começou a trabalhar na UBS anteriormente a 2010. A categoria profissional foi regulamentada em 2006, criando uma possibilidade de emprego para indivíduos da comunidade (BRASIL, 2006). Em relação à quantidade de empregos, 87,3% dos ACSs relataram ter apenas um emprego e não trabalhar no período noturno, sendo que 84,3% trabalham 40 horas semanais. De acordo com a Lei n. 11.350/06, reformulada em 5 de janeiro de 2018 pela Lei n. 13.595, os profissionais desta categoria se submetem ao regime estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 40 horas semanais de trabalho para a classe.

Sabe-se também que o turno de trabalho na APS é exclusivamente diurno. Portanto, no que tange àqueles que relataram exercer alguma atividade laboral no período noturno, conclui-se que essa atividade não tem nenhuma relação com as atribuições do ACS. Pode-se inferir, pois, que alguns dos participantes do estudo, além do vínculo empregatício na APS, desenvolvem outras atividades de trabalho, o que pode levar a uma sobrecarga física e mental, com diminuição de horas de sono e lazer.

As condições de trabalho descritas pelos entrevistados são desfavoráveis para o cumprimento das tarefas laborais do cotidiano, sendo essa situação também identificada por Simões e Freitas (2016). Essa situação não ocorre apenas com os ACSs, Imbrizi et al. (2012) trazem em seu estudo que as condições de trabalho são precárias para toda a equipe da ESF. Em contrapartida, no estudo de Simas (2017), 80% da população de estudo, ACSs, relataram ter boas condições de trabalho.

Os riscos a que o trabalhador está exposto em seu trabalho são um fator que interfere diretamente nas condições de saúde. O olhar atento à saúde daqueles que viabilizam e promovem a mesma deve ter destaque, já que o ACS é o reflexo da população atendida (BRASIL, 2001; NASCIMENTO; DAVID, 2008).

Em relação ao estresse psicossocial, os quadrantes do MDC trazem que 32,5% dos ACSs estão na categoria de alta exigência (alta demanda + baixo controle), caracterizada como de maior exposição ao estresse ocupacional e mais maléfica para o estado de saúde do trabalhador. Os indivíduos que se encaixam nesse quadrante, de acordo com Karasek (1979), são mais suscetíveis ao adoecimento.

Para Neves et al. (2017), a alta exigência e trabalho ativo são situações que podem gerar desgaste e dano à saúde, sendo o principal aspecto negativo em relação ao processo de trabalho e o sentimento de prazer e satisfação em um “trabalho vivo”. O estudo de Alves et al. (2015), da mesma forma, descreve que tais condições favorecem o desenvolvimento do desgaste psicológico e social no trabalho.

Com relação ao absenteísmo, apenas 23,5% relataram tê-lo praticado, em contrapartida, um estudo publicado por Brey et al. (2017) revela que o absenteísmo está presente entre os trabalhadores da área da saúde de um hospital público. São do sexo feminino 84,4% dos absenteístas, simbolizando uma predominância de mulheres.

Ao analisar o presenteísmo, observa-se que a prevalência desse fenômeno foi significativa, com 58,8% dos trabalhadores presenteístas. Até o momento, não se tem nenhum estudo que tivesse avaliado o presenteísmo nessa categoria profissional. Algumas pesquisas realizadas no Brasil trazem resultados referentes aos profissionais de enfermagem. O estudo de Paschoalin (2012) realizado em uma unidade hospitalar do mesmo município da presente investigação mostra que 56,5% dos membros da equipe de enfermagem estavam presentes no trabalho mesmo apresentando algum sinal de adoecimento. Umann (2012), em sua pesquisa, traz dados preocupantes quanto à produtividade, em que houve a perda de até 4,84% das atividades laborais de 75% dos enfermeiros que participaram da pesquisa.

Observa-se que o presenteísmo também tem sido uma preocupação crescente em outras áreas que não a de saúde. Pesquisa realizada com trabalhadores de uma indústria brasileira revelou que 50,9% dos funcionários são presenteístas (SILVA; ZANATTI; LUCCA, 2017). Carvalho, Hecksher e Ferrazo (2017) identificaram 61,1% de docentes e técnico-administrativos de uma instituição de ensino federal como presenteístas.

Diante das dimensões do presenteísmo nesta investigação “trabalho finalizado” e “concentração mantida”, observa-se uma média menor na dimensão física (média = 7,84), indicando que os aspectos físicos do trabalho dos ACSs são mais afetados frente ao presenteísmo. Esses dados diferem do estudo realizado por Silva (2016) com trabalhadores de enfermagem, em que a dimensão psicológica teve uma média de 7,5, simbolizando que os aspectos psicológicos foram mais afetados nesses profissionais. Tal fato pode ser justificado pelas atividades laborais desenvolvidas pela categoria dos ACSs. Essas atividades exigem o esforço físico diferentemente da pesquisa de Silva (2016), em que os profissionais são da equipe de enfermagem e as tarefas executadas por eles exigem maior concentração. Deste modo, pode-se observar que a dimensão afetada pelo presenteísmo está diretamente relacionada ao tipo de trabalho desenvolvido e às exigências das tarefas a serem realizadas.

Ao analisar as associações do presenteísmo com o perfil sociodemográfico, identificou-se que o sexo feminino e o fato de ter filhos induzem o trabalhador a ir ao trabalho mesmo doente. Isso pode ocorrer devido a crescente responsabilidade e cobranças assumidas pela mulher para garantir o sustento de casa e de seus dependentes. O estudo de Moura (2016) traça o perfil da mulher como chefe de família. Observou-se ainda que, na última década, o nível de escolaridade, a busca por ascensão social com melhores empregos e salários e a diminuição da composição da família e do número de filhos são gerados pela necessidade de a mulher se emancipar política, social e historicamente.

A dependência financeira e emocional dos filhos com a mãe pode gerar uma sobrecarga de trabalho. No caso dos ACSs, a primeira jornada de trabalho se dá na UBS e a segunda como mãe, esposa e dona de casa. Desta forma, ao se ausentar do trabalho, a mulher pode prejudicar a subsistência de sua família e se sentir insegura e temerosa quanto à manutenção de seu emprego e essas situações podem influenciar a decisão de ir ao trabalho mesmo doente.

No que diz respeito aos hábitos de vida, não foi identificada no presente estudo nenhuma variável associada ao presenteísmo. Tal fato ocorreu também em um estudo realizado com ACSs, que investigou problemas de saúde, mais especificamente problemas vocais e hábitos de vida. Nesse estudo, não houve

correlação entre os dois e mostrou-se que os trabalhadores desta categoria apresentaram um estilo de vida saudável (CIPRIANO; FERREIRA, 2011).

Em relação às condições e acidentes de trabalho e a associação como desfecho da presente investigação, observou-se correlação significativa. Os indivíduos que relataram ser presenteístas foram os que mais sofreram algum tipo de acidente de trabalho no último ano que antecedeu a coleta de dados. Pode-se inferir, portanto, que a presença no trabalho frente a algum sinal ou sintoma de adoecimento pode favorecer a ocorrência de acidentes de trabalho.

No Brasil, a média anual de acidentes de trabalho chega a 700 mil registros, o que coloca o país em 4º no *ranking* mundial. No presente estudo, destacou-se que os acidentes ocorridos foram queda, fratura, luxação, entorse, cortes, escoriações, ataques de animais e agressão, caracterizados como um acidente de trajeto até a casa dos usuários ou dentro das residências, como o ataque de cachorros, tido como acidente de percurso. Deste modo, reforçar-se a ideia da exigência física para a execução e desenvolvimento das atividades laborais do ACS, que, quando doente, vê-se limitado em suas funções.

Mediante a associação entre as dimensões analisadas no MDC, observa-se uma correlação significativa no “Apoio Social”, sendo que aqueles que apresentaram baixo apoio social foram os que relataram ser presenteístas. Para Shimabuku (2016), o apoio social é um componente emocional que está diretamente relacionado às outras dimensões da escala (demanda-controle) e interfere nos fatores estressores do trabalho e pode aumentar a sensação de bem-estar. Assim, aquele que tem baixo apoio social e uma rede de apoio fragmentada tende a ser presenteísta, devido às exigências físicas, cognitivas ou sociais.

Ao correlacionar a autopercepção de saúde geral e bucal, observa-se relevância estatística nas duas percepções junto ao presenteísmo. Os participantes que consideraram o seu estado de saúde geral e bucal como regular, ruim e muito ruim foram mais presenteístas. Esses resultados estão em concordância com diversos estudos que relatam que o estado de saúde ruim está correlacionado com o presenteísmo. Destarte, o estado de saúde está diretamente relacionado à capacidade para o trabalho e à qualidade das tarefas executadas (PASCHOALIN, 2012).

O olhar da saúde bucal pelo ACS, na visão de Koyashiki (2008), tem relação direta de como o indivíduo se enxerga e afirma perante o meio em que vive, sendo entendida a boca como o espelho do indivíduo. Desta forma, a saúde bucal pode estar diretamente associada ao presenteísmo.

Nas análises múltiplas, o acidente de trabalho, a dimensão “apoio social” da escala MDC, a autopercepção de saúde geral e bucal mantiveram associação significativa com o presenteísmo. O indivíduo que apresenta pouco apoio social em sua rede, juntamente com uma percepção negativa sobre sua saúde, pode ir trabalhar apresentando sinais e sintomas de adoecimento, o que gera mais riscos à saúde e a possibilidade de ocorrer acidentes de trabalho.

Diante do exposto, percebe-se a carência de estudos que avaliem o presenteísmo entre os ACSs, mostrando a necessidade de realização de novas investigações que abordem o tema nessa categoria profissional. Esses profissionais, apesar de enfrentarem dificuldades no cotidiano do trabalho, demonstram satisfação com o que fazem e percebem a íntima relação entre a comunidade, UBS e as atividades executadas por eles. Portanto, faz-se importante que se invista na qualidade de vida e saúde, bem como nas condições de trabalho desses profissionais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes se mostraram receptivos quanto à pesquisa, apresentando 80% de adesão. Demonstraram interesse pela investigação e se sentiram valorizados ao serem a categoria profissional escolhida para iniciar o estudo. As dificuldades encontradas na realização das entrevistas se relacionaram à ausência dos funcionários na UBS, fazendo com que os entrevistadores retornassem por diversas vezes ao local.

A pesquisa realizada atingiu os objetivos propostos, mostrando a alta prevalência do presenteísmo entre os ACSs, com 58,8% dos participantes relatando permanecer no trabalho quando doentes. Os motivos da prática do fenômeno são justificados pela crença de que não há ninguém que possa substituí-los no trabalho, e que este ficaria acumulado caso se ausentassem, podendo comprometer a assistência prestada à comunidade.

Nesse sentido, percebeu-se que o ACS se encontra mais preocupado com a saúde da população do que com seu próprio bem-estar. Tornando-se então vulnerável a futuros agravos de saúde. Porém, em contrapartida, foi observado que esses trabalhadores possuem hábitos de vida saudáveis, o que é um ponto positivo para a manutenção de sua saúde.

Esses hábitos de saúde foram caracterizados em consumo de álcool, o hábito de fumar e a prática de exercícios físicos. Observa-se que o ACS mantém um estilo de vida saudável e aqueles que não têm cuidado com os hábitos de vida estão orientados e sabem dos riscos que correm.

Foi possível identificar o perfil sociodemográfico dessa população, com a prevalência de profissionais do sexo feminino, casadas e com filhos, o que pode representar um sobrecarga de responsabilidades e trabalho, comprometendo a

saúde e o bem-estar do trabalhador, uma vez que as mulheres, de forma geral, ocupam-se com tarefas da casa e com o cuidado dos filhos.

A maioria possuía uma escolaridade acima da exigida para o exercício da função, demonstrando que a população de estudo buscou maior qualificação e formação, o que pode ser justificado pela facilidade de acesso à educação proporcionada pelas políticas públicas atuais.

Em relação à classe social, é possível identificar que a maioria dos participantes da pesquisa está entre as classes B e C, o que traça também um perfil da comunidade atendida já que o trabalhador é um representante da população por morar no local onde trabalha.

Quanto às condições de trabalho, apesar das dificuldades relacionadas à infraestrutura, à falta de recursos materiais e humanos e aos riscos a que são expostos, esses profissionais consideram suas condições de trabalho satisfatórias. Dessa forma, pode-se inferir que o ACS não possui a conscientização de que suas condições de trabalho refletem diretamente na qualidade do serviço executado e no processo saúde-doença.

O profissional utiliza-se de subterfúgios próprios ou improvisados para continuar executando suas tarefas laborais e não causar prejuízo à assistência prestada devido à precariedade das condições de trabalho. O presente estudo serve como alerta para os gestores locais sobre como a assistência ocorre, mostrando que o ACS exerce suas funções em prol da saúde da população, porém a forma com que são executadas interfere diretamente em sua saúde.

Ao analisar as dimensões da escala SPS-6, que mensura o presenteísmo, observou-se que a dimensão relacionada aos aspectos físicos do trabalho foi a mais prejudicada quando o profissional permanece no trabalho mesmo doente. Essa dimensão é capaz de avaliar a quantidade de atividade executada na presença de doença.

Uma vez que o trabalho do ACS é desenvolver buscas ativas na comunidade atendida, o físico é o principal elemento exigido para a execução de suas atribuições. Portanto, através das análises, foi possível identificar que o presenteísmo interfere de forma significativa na produtividade desses trabalhadores. Vale a pena ressaltar também que esse fato interfere na sua saúde, podendo

comprometer ainda mais o bem-estar e a qualidade de vida daqueles que permanecem trabalhando frente a algum sinal e sintoma de adoecimento.

A pesquisa permitiu identificar que ser mulher, ter filhos, ter uma autopercepção negativa de saúde geral e bucal e não possuir um adequado apoio social corrobora a prática do presenteísmo entre os trabalhadores dessa categoria.

Entre as limitações deste estudo, pode-se citar o método escolhido, que, por ser transversal descritivo, não permite uma análise temporal da situação retratada, fazendo apenas um recorte da realidade.

Pode-se considerar também como limitação o fato de a pesquisa ter sido realizada em uma região específica, impedindo que os dados sejam estendidos a demais comunidades. As informações, quando autorreferidas, podem muitas vezes não ser fidedignas.

A presente investigação traz importantes contribuições para a área da Saúde do Trabalhador, já que, até o momento, não há nenhum estudo que avalie o presenteísmo entre os ACSs. Os resultados permitem também identificar as condições de trabalho dessa categoria profissional e mostram a necessidade de novas investigações serem realizadas a fim de que se busque valorização e melhor qualidade de vida e trabalho.

Recomenda-se que outros estudos de abordagem qualitativa sejam realizados com a temática do presenteísmo com vistas a identificar os aspectos subjetivos que envolvem a decisão do ACS de permanecer trabalhando quando doente.

Ao término do estudo, pode-se concluir que as hipóteses testadas foram comprovadas. A prevalência de presenteísmo entre os agentes comunitários é maior que 20%, o presenteísmo interfere negativamente na qualidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde e tem correlação com fatores ocupacionais e de saúde dos agentes comunitários de saúde.

9 REFERÊNCIAS

ABEP. **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil**. 2015.

ALMEIDA, Leilane Graziela Nascimento; TORRES, Samantha Coelho; DOS SANTOS, Cristiane Magali Freitas. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista enfermagem contemporânea**, v. 1, n. 1, 2012.

ABREU, A.M.M. et al., **Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família**. Acta Paul Enferm.,v. 25, n. 2, p .291-295, 2012

AGUIAR, O. B.; FONSECA, M. J. M.; VALENTE, J. G. **Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do Questionário Demanda-Controle entre Trabalhadores de Restaurantes Industriais do Estado do Rio de Janeiro**. Rev Bras Epidemiol., v. 13, n. 2, p. 212-222, 2010.

ALVES, M. G. de M. et al. **Versão resumida da Job Stress ScaleII: adaptação para o português**. Rev. Saúde Pública, v. 38, n. 2, p. 164-71, 2004

ALVES, M.G. de M. et al. **Modelo demanda-controle de estresse no trabalho: considerações sobre diferentes formas de operacionalizar a variável de exposição**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 208-212, jan. 2015

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

ÁVILA, M. (2011). **Origem e Evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, [online] 24(2), pp.154-168. Available at: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2067> [Accessed 8 Feb. 2018].

AGOSTINI, M. **Saúde do Trabalhador. Animais de laboratório**. Editora Fiocruz. 388 p. ISBN: 85-7541-015-6. Rio de Janeiro, 2002.

ANGELO, J.R. **Conceitos básicos em epidemiologia**. Instituto Nacional de pesquisas espaciais, 2011.

ARONSON, G.; GUSTAFSSON K., DALLNER, M. **Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism**. J Epidemiol Community Health.; v. 54, n. 7, p. 502-9. Jul, 2000.

ARONSON, G.; GUSTAFSSON, K. **Sickness Presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research**. Journal of Occupational & Environmental Medicine, v.47, n.9, p.959-66, September, 2005.

AZAMBUJA, E.P., FERNANDES, G.F.M., KERBER, N.P.C.; SILVEIRA, R.S.; SILVA, A.L.; GONÇALVES, L.H.T.; CARTANA, M.H.F. **Significados do trabalho no**

processo de viver de trabalhadoras de um programa de Saúde da Família. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.16, n.1, p.71-9, jan./mar., 2007.

BACHILLI, RG; SCAVASSA, JA; SPIRI, WC. **A identidade do Agente Comunitário de Saúde – Uma Abordagem Fenomenológica.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 1, janeiro-fevereiro, 2008, pp. 51-60

BAUMAN, A. et al. **The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries.** International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, v.6, n.21, p.1-12, 2009.

BERGSTRÖM, G; BODIN, L; HAGBERG, J; ARONSSON, G; JOSEPHSON, M. **Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism.** J Occup Environ Med. V.51, n.6, p.629-38, Jun, 2009

BÖCKERMAN, P; LAUKKANEN, E. **Presenteeism in Finland: determinants by gender and the sector of economy.** Ege Akademik Bakis/ Ege Academic Review, V.9, n. 3, p. 1007-1016, 2009

BRBOROVIĆ, H., DAKA, Q., DAKAJ, K. AND BRBOROVIĆ, O. (2017). **Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review.** International Journal of Nursing Practice, [online] 23(6), p.e12598. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29094426> [Accessed 8 Feb. 2018].

BENEDETTI, T.R.B. et al., **Reprodutividade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos.** Rev Bras Med Esporte. v. 13, n.1, jan./fev., 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Decreto 8.381/2014 - **Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo.** DILMA ROUSSEFF Guido Mantega Manoel Dias Miriam Belchior Garibaldi Alves Filho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8381.htm acesso em: 19.07.16

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador.** Brasília. 2001. 63p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5) ISBN: 85-334-0368-2.

BRASIL. Lei nº 8.080, de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento**

dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006: **Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.** Brasília, 9 de junho de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

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

BRASIL. **Ministério da saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Publicada no DOU nº 12 – quinta - feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 8.080/90, de 19 setembro 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 7 de abr de 2017.

BRASIL. Ministério do trabalho. **Portaria n. 25, de 29 de dezembro de 1994, do Secretário de Segurança e Saúde no Trabalho.** Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/legislacao/ministerio-do-trabalho/portaria-n%C2%BA-25-de-291294-do-secretario-de-seguranca-e-saude-no-trabalho-dou-de-301294-republicada-no-de-150295/>>. Acesso em: 7 de abr de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL. Portaria nº 1.444/GM, 28 de dezembro de 2000. **Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.** Diário Oficial da União 2000.

BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília, 2001.

BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 jul. Seção 1. 2002.

BRASIL. **Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde do trabalhador.** Brasília: MS, 2002.

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

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. **Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: MS, 2006c.

BRASIL. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012: institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 7 abr. 2017

BRASIL. **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, 12 dezembro de 2012.

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** IBGE Cidades: Juiz de Fora e IBGE estados, Minas Gerais. Disponíveis em: <<http://cod.ibge.gov.br/234B9>> e <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em 7 abr. 2017.

BRASIL. **Câmara dos Deputados.** Projeto de Lei nº 6.437, 2016.

BASTOS, Rose Helen Shimabuku Rodrigues et al. **Presenteísmo à luz do modelo demanda-controle: um estudo moderacional.** 2016.

BREY, Christiane et al. O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

CASTRO, Thiago Alves et al. **Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 25, n. 3, 2017.

CALASANS, D.A, et al. **Prevalência de discentes fumantes, estudo da dependência da nicotina.** ConScientice Saúde. v.10 n.1 p, 38-44, 2011.

CRAIG, C.L. et al., **International physical activity questionnaire: 12- country reability and vality**. MedSci Sports Exerc., v.35 n.8, 2003.

CANFIELD, G. W.; SOASH, D. G. **Presenteeism - A constructive view**. Personnel Journal, 34, p.94–97, 1955.

COSTA, J.S.D, et al. **Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional**. Rev Saúde Pública. v.38 n.2 p:284-91, 2004.

COSTA, S. M. et al. **Community health workers: a core elemento of health actions**. Revista Ciência & Saúde Coletiva; v. 18, n. 7, jan-jul 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

COSTA, Evelyn Fabiana et al. Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2185-2198, 2015.

CARVALHO, Edson dos Santos et al. **Presenteísmo em uma Instituição Federal de Ensino: Motivos para ir trabalhar doente ou com algum sintoma de adoecimento. 2017**.

CASTANHA, Alessandra Ramos; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. **PsicoUSF**, v. 11, n. 1, p. 85-94, 2006.

CIPRIANO, Fabiana Gonçalves; FERREIRA, Léslie Piccolotto. Queixas de voz em agentes comunitários de saúde; correlação entre problemas gerais de saúde, hábitos de vida e aspectos vocais Voice complaints in community health agents; correlation between general health problems, lifestyle habits and vocal aspects. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, n. 2, p. 132-139, 2011.

D'ABATE, C. AND EDDY, E. (2007). **Engaging in personal business on the job: Extending the presenteeism construct**. *Human Resource Development Quarterly*, [online] 18(3), pp.361-383. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hrdq.1209/abstract> [Accessed 8 Feb. 2018].

DECLARATION OF ALMA-ATA (1978). **International Conference on Primary Health Care**, Alma-ATA, USSR. Recuperado de http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

DE BARROS, Daniela França et al . **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 19, n. 1, p. 78-84, Mar. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100009>.

DEMEROUTI, E.; LE BLANC, P. M.; BAKKER, A.B.; SCHAUFELI, W.B.; HOX, J. **Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout.** *Career Development International*, v.14, n.1, p.50-68, 2009.

DHAINI, S., ZÚÑIGA, F., AUSSERHOFER, D., SIMON, M., KUNZ, R., DE GEEST, S. AND SCHWENDIMANN, R. (2017). **Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study.** *Geriatric Nursing*, [online] 38(1), pp.33-38. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27492884> [Accessed 8 Feb. 2018].

FIGUEIREDO E.N. **Estratégia Saúde da Família e núcleo de apoio à saúde da família: Diretrizes e fundamentos.** 2009. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_5.pdf> Acessado em 05 de abr 2017.

FLORES-SANDI, G. **“Presentismo”: Potencialidad em accidentes de salud.** *Acta Med Costarric.* , Costa Rica 48(1), p.30-34, mar. 2006.

FREITAS, M.C.M.C; NUNES, B.M.V.T.; **Processo de trabalho do Enfermeiro na estratégia de saúde da família.** *Revista Interdisciplinar Novafapi.* Teresina, V.3, n.3, julho a setembro de 2010. Disponível em: <www.uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/revisao/rev1_v3n3.pdf> Acesso em: 7 abr. 2017.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 347-355, 2005.

FRANÇA DE BARROS, Daniela et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2010.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. **A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, dec. 2016. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/127260>>. Acesso em: 08 feb. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016158633>.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. **Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos.** *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 17, n. 46, p. 575-586, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Feb. 2018. Epub Aug 23, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000015>.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Karine de Oliveira et al . **O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas**. Physis, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1143-1164, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400005>.

GOMES, K.O. et al. **A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas**. Saúde Soc., São Paulo,v.18, n.4, p.744 - 755, 2009.

GOETZEL, R.Z., LONG,S.R., HAWKINS, K., WANG, S., LYNCH, W. **Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers**. JOEM, v.46, n.4, p.398-412, April, 2004.

GUANAES-LORENZI, Carla; PINHEIRO, Ricardo Lana. A (des) valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2537-2546, 2016.

GUEDES, J. S; SANTOS, R. M. B; LORENZO, R. A. V. **A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002)**. Saúde e Soc. São Paulo, v. 20, n.4, p. 875-883, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/06.pdf>>. Acesso em: 21 set 2016.

HOPPE, Ariane dos Santos et al. O contexto de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde: a relação do conteúdo do trabalho com variáveis sociodemográficas. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 1, p. 60-73, jan. 2017. ISSN 2237-048X. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/9301>>. Acesso em: 29 jun. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/rjp.v7i1.9301>.

HEMP, P. **Presenteeism: at work- but out of it**. Harvard Business Review; v.82, p.49-58, 2004.

HORTA, T.C; GUIMARÃES, M.A.M.B. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação. Prefeitura de Juiz de Fora (MG), 2014: Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora, 2014.

JOHNS, G. **Presenteeism in the workplace: a review and research agenda**. Journal of Organizational Behavior, v.31, p.519-542, 2010.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S.. **Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelos agentes comunitários de saúde**. Interface -Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009. Disponível em < <http://producao.usp.br/handle/BDPI/9116>> Acesso em: 29 de nov de 2016.

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

KARASEK, R.; THEORELL, T. **Healthywork: stress, productivity and there construction of workin glife.** New York: Basic Books; 1990.

KIM, J., SUH, E., JU, S., CHOO, H., BAE, H. AND CHOI, H. (2016). **Sickness Experiences of Korean Registered Nurses at Work: A Qualitative Study on Presenteeism.** Asian Nursing Research, [online] 10(1), pp.32-38. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27021832> [Accessed 8 Feb. 2018].

Paim, J. (2016). O que é o SUS. 6th ed. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, pp.1-144.

KOYASHIKI, Gina Ayumi Kobayashi; ALVES-SOUZA, Rosani Aparecida; GARRANHANI, Maria Lucia. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1343-1354, 2008.

LACAZ, F.A.C. **Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, vol.5, n.1, pp.151-161. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100013>> Acesso em: 20 fev. 2017

LARANJEIRA, C. (2013). **Validation of the Portuguese version of the Stanford Presenteeism Scale in nurses.** International Journal of Nursing Practice, [online] 19(6), pp.644-650. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24330216> [Accessed 8 Feb. 2018].

LOURENÇO, L. G. et al. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município do interior do Estado de São Paulo. **Arq Ciênc Saúde**, v. 19, n. 1, p. 19-27, 2012.

LEVIN-EPSTEIN, J. **Presenteeism and paid sick days.** CLASP -Centre for Law and Social Policy. Feb, 2005.

LIMA, C.S.P. **Dificuldades vivenciadas pelo agente comunitário de saúde em seu trabalho cotidiano.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Lagoa Santa, 2011.

LINDEN, Marcel van der. **História do Trabalho: o velho, o novo e o global.** Mundos do Trabalho, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 11-26, mar. 2009. ISSN 1984-9222. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/1984-9222.2009v1n1p11>>. Acesso em: 08 fev. 2018. doi:<https://doi.org/10.5007/1984-9222.2009v1n1p11>.

LUNARDELO, S.R. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2004.

MARTINATO, M. C. N. B., et al. “**Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa**”. *RevGauchaEnferm (Online)* 31.1 (2010): 160-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n1/a22v31n1.pdf>> Acesso em: 23 mar 2017.

MIDDAUGH, D.J. **Presenteeism: Sick and tired at work**. *Dermatology Nursing*. v.19, n.2, p.172-185. April, 2007.

MARTINEZ, L. F. **A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presenteísmo**. *Comportamento Organizacional e Gestão*, v. 13, n.1, p.37-54. 2007, Lisboa.

MARTINEZ, L. F.; FERREIRA, A.I. **Sick at work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital**. *Stress Health*. 2011.

MAURO, M.Y.C. **Inovação de gestão das condições de trabalho em saúde para hospitais do Sistema Único de Saúde–SUS/Brasil**. Rio de Janeiro (RJ); 2006. Projeto apresentado ao CNPQ. Mimeografado.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. Atenção básica. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

MEDRONHO, R; BLOCH, KV; LUIZ, RR; WERNECK, GL (eds.). *Epidemiologia*. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição.

MAIA, L.D. et al. **Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: Aspectos de sua formação e prática**. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*; v. 36 n.123, jan-jun 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572011000100009>>. Acesso em: 21 set 2016.

MATOS, Izabella Barison; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; OLIVEIRA, Maria Conceição de. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital: revista de pensamiento y investigación social**. Barcelona. Vol. 13, n. 2 (jul. 2013), p. 239-244, 2013.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trab. educ. saúde**, v. 8, n. 2, 2010.

MOTTA LINO, Mônica et al. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, 2012.

MENDES, René et al. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de saúde pública**, 1991.

MOURA, Renan Gomes de; LOPES, Paloma de Lavor; SILVEIRA, Regina Coeli da. Gênero e família: a mulher brasileira chefe de família. Que mulher é esta? **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 32, p. 55-66, dez. 2016.

MOCKDECI, Hanny Reis et al. Capacitação em saúde bucal de Agentes Comunitários em Juiz de Fora-MG: a efetividade do programa. **HU Revista**, v. 39, n. 3 e 4, 2013.

MOURA, L.L.F. **Qualidade de vida no trabalho: uma aplicação prática do modelo de walton no contexto de uma empresa em picos - PI . 2011. Monografia (Bacharel em Administração)**. Universidade Federal do Piauí. Picos, 2011.

MOTA, R.R.A.; DAVID, H.M.S.L. **A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: UMA INDUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO?** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out.2010.

MTE/SPPE. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO 2002**. Brasília: MTE, 2002

NOBEN, C., SMIT, F., NIEUWENHUIJSEN, K., KETELAAR, S., GÄRTNER, F., BOON, B., SLUITER, J. AND EVERS, S. (2014). **Comparative cost-effectiveness of two interventions to promote work functioning by targeting mental health complaints among nurses: Pragmatic cluster randomised trial**. International Journal of Nursing Studies, [online] 51(10), pp.1321-1331. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24598375> [Accessed 8 Feb. 2018].

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, A.L.C.B; COSTA, G.R; FERNANDES, M.A; GOUVEIA, M.T.O.G; ROCHA, S.S. **Presenteísmo, fatores de risco e repercussões na saúde do Trabalhador de enfermagem**. [2015].

OPENDAKIT- **ODK2015**. Disponível em: <<https://opendatakit.org>>. Acesso em: 21 set 2016.

PASCHOALIN, H.C. **Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem**. Diss. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2012.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe et al. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 559-565, 2010.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; SANTOS, Iná. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações (Campo Grande)**, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2017.

PEREIRA, M.J.B.; BAVA, M. C. C. **Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família.** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP). [2007].

PORTO, M.F.S. **Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar.** São Paulo: Kingraf; 2000.

REBMANN, T., TURNER, J. AND KUNERTH, A. (2016). **Presenteeism Attitudes and Behavior Among Missouri Kindergarten to Twelfth Grade (K–12) School Nurses.** The Journal of School Nursing, [online] 32(6), pp.407-415. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27026665> [Accessed 8 Feb. 2018].

RAINBOW, J. AND STEEGE, L. (2017). **Presenteeism in nursing: An evolutionary concept analysis.** Nursing Outlook, [online] 65(5), pp.615-623. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28416202> [Accessed 8 Feb. 2018].

RIBEIRO, M.C.S. (org). **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores.** São Paulo: Martinari, 2008. 152p.

SKAGEN, K. AND COLLINS, A. (2016). **The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review.** Social Science & Medicine, [online] 161, pp.169-177. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27310723> [Accessed 8 Feb. 2016].

SARQUIS, L.M.M.; CRUZ, E.B.S.; HAUSMANN, M.; FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. **Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista.** Cogitare enfermagem, Curitiba, v.9, n.1, p.15-24, janeiro 2004.

SIMÕES, A.R. **O Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família: Fatores de Sobrecarga de Trabalho e Estresse.** R. Saúde Públ. ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

SANTANA, J.C.B. et al. **Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia a saúde da Família.** Cogitare Enferm 2009 Out/Dez; 14(4):645-52.

SOUSA, M.N.A; SILVA, A.C.C; BEZERRA, C.M.M; MEDEIROS, R.C; COSTA, T.S. **Riscos ocupacionais nas atividades do agente comunitário de saúde.** FIEP BULLETIN - Volume 84- Special Edition - ARTICLE II – 2014.

SOUZA, A.D. et al. **Estresse e o trabalho. 2002. 57 f. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) - Sociedade Universitária Estácio de Sá.** Campo Grande, MS, 2002. Disponível em: <http://www.maxipas.com.br/principal/pub/anexos/200811171049256.pdf>. Acesso em: 27 mar 2017.

SCHIMIDT, D.R.C.; DANTAS, R. A. S. **Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação.** Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p.54-60, janeiro-fevereiro, 2006.

SANTOS N.A.C, MAMEDE NM, PAULA MAB. **Principais causas de afastamento do trabalho na equipe de enfermagem: revisão integrativa da literatura.** RAS _ Vol. 16, No 64 – Jul-Set, 2014.

SANTOS, Cleberson Williams dos e Farias, Milton Cordeiro. **Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 29 Junho 2018], pp. 1659-1668. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23332015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23332015>.

SANTOS, Taynã et al. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 2, p. 165, 2015.

SIMAS, Paloma Ribeiro Pires; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. 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.

SANTANA, Vilma Sousa et al. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. **Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil**, v. 20, 2008.

SILVA, B. M. C. C.; ZANATTA, Aline Bedin; LUCCA, S. R. Prevalência do presenteísmo em trabalhadores de uma indústria. **Rev Bras Med Trab**, v. 15, n. 3, p. 236-43, 2017.

SANTOS, Luciana Patriota Gusmão Soares dos; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 76-83, Mar. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 29 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100011>.

SMITH, D. J. **Absenteeism and presenteeism in industry.** Archives of Environmental Health, 21, p.670–677, 1970.

STOLZ, R. L. **Reducing turnover through incentive programs.** Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly, 34, p.79,1993.

SIMÕES, A.R. **O Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família: Fatores de Sobrecarga de Trabalho e Estresse.** R. Saúde Públ. ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

SPIRI, WC. **A identidade do agente comunitário de saúde - uma abordagem fenomenológica.** Ciênc. Saúde Colet., 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos>>. Acesso em: 21 set 2016.

TURPIN, R. S.; OZMINKOWSKI, R. J.; SHARDA, C. E.; COLLINS, J. J.; BERGER, M. L.; BILLOTTI, G. M.; BAASE, C. M.; OLSO, M. J.; NICHOLSON, S. **Reliability and validity of the Stanford Presenteeism Scale.** J Occup Environ Med, n. 46, p. 1123–1133, 2004.

TRINDADE L.L., GONZALES R.M.B., BECK C.L.C., LAURENT L. **Cargas de Trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde.** Rev Gaúcha de Enferm, Porto Alegre (RS) 2007 dez; 28 (4): 473-9.

TRINDADE, L. L. et al. **Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família.** Acta Paul Enferm ;23(5):684-9, 2010.

TOMAZ, J.B.S. **O Agente Comunitário de Saúde não deve ser “super-herói”.** Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.6, n.10, p.84-90, 2002.

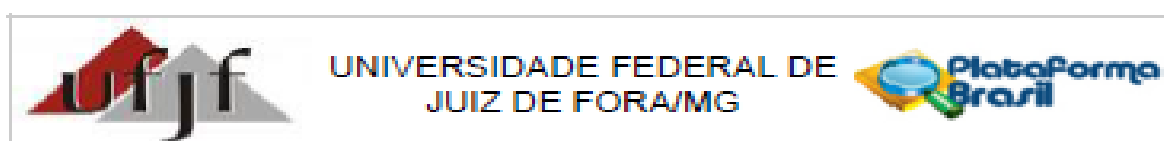
UMANN J, GUIDO L.A., GRAZZIANO E.S. **Presenteísmo em enfermeiros hospitalares.** Rev. Latino-Am. Enf.201220(1):159-166. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_21.pdf> Acesso em: 23 de mar. 2017

VILELA, R.A.G; SILVA, R.C.; FILHO, J.M.J. **Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde.** Rev. bras. Saúde ocup. São Paulo, 35 (122): 289-302, 2010.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; DA COSTA, Bruna; PAIANO, Marcelle. Percepções e atuação do agente comunitário de saúde em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1170-1177, 2012.

WHITEHOUSE, D. **Workplace presenteeism: How behavioral professionals can make a difference.** Behavioral Healthcare Tomorrow,n.14, v. 1, p. 32-35, Feb, 2005.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ ÉTICO - UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Rosângela maria Greco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40343414.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 932.706

Data da Relatório: 13/01/2015

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto está clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

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

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e de vida”**. Nesta pesquisa, pretendemos **conhecer as condições de vida e saúde de trabalhadores que atuam na Atenção Primária à Saúde; descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde; analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde-doença e contribuir para o desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde destes trabalhadores**. O motivo que nos leva a estudar **as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde é o fato de que não existem dados consolidados e estudos que revelem as condições de vida e de trabalho a que estão expostos os trabalhadores deste setor**.

Para esta pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: O(A) Sr. (a) será submetido(a) a coleta de dados em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas, que será aplicado individualmente com sua permissão através de equipamento eletrônico para posterior análise. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, o(a) Sr. (a) tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. A pesquisa contribuirá para **o diagnóstico das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora**.

Para participar deste estudo, o(a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O(A) Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

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

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, e a outra será fornecida ao (à) Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e de vida”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Rosangela Maria Greco

Endereço: Campus Universitário da UFJF – Faculdade de Enfermagem

CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 98404-8838 / E-mail: romagreco@gmail.com

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA



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

Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde - Condições de Trabalho e de Vida

2016

Nome da UBS: _____ Data: ___/___/___
 Hora de início: ___:___ Hora de término: ___:___

PARTE I
BLOCO A

AN1 - Vamos começar com perguntas sobre o seu estado de saúde.

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

- 1 Muito bom
- 2 Bom
- 3 Regular
- 4 Ruim
- 5 Muito ruim

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

- 1 Muito bom
- 2 Bom
- 3 Regular
- 4 Ruim
- 5 Muito ruim

AN2 - As próximas perguntas são sobre problemas de saúde que o(a) impediram de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas), nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

A3. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais por algum problema de saúde que você teve ou tem? Considere QUALQUER problema de saúde, por exemplo – dores (dente, cabeça, etc.), infecções, qualquer tipo de acidente, estados de depressão ou ansiedade, outros.

- 1 Sim
- 2 Não

Se Não, passe para a pergunta A5

A4 Agora, pense no PRINCIPAL problema de saúde que você teve na pergunta anterior. Você procurou algum tipo de assistência ou atendimento para tratar desse problema

- 1 Sim
- 2 Não

A.4.1 Que tipo de atendimento ou assistência você procurou? Se for o caso, escolha mais de uma resposta

- 1 Farmácia
- 2 Unidades de Atenção Primária à Saúde -UBS

- 3 Consultório médico particular ou plano de saúde
 4 Consultório odontológico
 5 Consultório de outros profissionais de saúde (fisioterapeuta, psicólogo, entre outros)
 6 Pronto-socorro ou emergência (UPA, REGIONAIS, HPS)
 7 Hospital público
 8 Hospital privado
 9 Laboratório ou Clínica para exames complementares
 10 Atendimento domiciliar particular
 11 Autoatendimento
 12 Curas espirituais (templos, terreiros, centros, etc.)
 Outro(s). Qual (is)? _____

A5. Você utiliza o plano Saúde Servidor?

- 1 Sim 2 Não

A6. Você possui plano privado para assistência à saúde (plano de saúde)?

- 1 Sim 2 Não

BLOCO B

NN1 - Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o seu trabalho

B1.1. Nos últimos 30 dias, você faltou ao trabalho por algum problema de saúde, consulta médica ou para fazer algum exame de saúde?

- 1 Sim B1.2 Quantos dias? _____ 2 Não

B2 NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve presente no trabalho apesar de apresentar algum problema de saúde ou algum sinal ou sintoma de adoecimento?

- 1 Sim B2.1 Se sim, qual(ais) problemas? _____ 2 Não

B3. Por favor, descreva suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências podem ter sido influenciadas por diversos fatores pessoais e do ambiente e alteradas ao longo do tempo. Para cada afirmativa abaixo, escolha apenas uma única resposta que melhor retrata seu grau de concordância ou discordância considerando suas experiências de trabalho nos últimos 30 dias.

BN2 - Por favor, utilize a seguinte escala para suas respostas:

- ... Eu discordo totalmente.
 ... Eu discordo parcialmente.
 ... Não concordo nem discordo.
 ... Eu concordo parcialmente
 ...Eu concordo totalmente.

	Eu discordo totalmente.	Eu discordo parcialmente.	Não concordo nem discordo.	Eu concordo parcialmente	Eu concordo totalmente.
--	-------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------

B3.1- Devido ao seu problema de saúde*, foi muito mais difícil lidar com o estresse no seu trabalho.	1	2	3	4	5
B3.2- Apesar do seu problema de saúde*, conseguiu terminar tarefas difíceis no seu trabalho.	1	2	3	4	5
B3.3- Devido ao seu problema de saúde não pode ter prazer no trabalho.	1	2	3	4	5
B3.4- Você se sentiu sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido ao seu problema de saúde.*	1	2	3	4	5
B3.5- No trabalho, conseguiu se concentrar nas suas metas apesar do seu problema de saúde.*	1	2	3	4	5
B3.6- Apesar do seu problema de saúde*, teve energia suficiente para terminar todo o seu trabalho.	1	2	3	4	5
BN3 - Nota: as expressões "dor nas costas", "problema de estômago" e outros termos semelhantes podem ser substituídos pela palavra problema de saúde em qualquer um desses itens.					

B4. Quais os motivos que o levam a ir trabalhar mesmo sem estar se sentindo bem de saúde? Pode escolher mais de um.

- 1 Sua ausência vai sobrecarregar seus colegas
- 2 Sua ausência vai comprometer a assistência
- 3 Tem receio de perder seu emprego
- 4 Seu ambiente doméstico não é bom. Prefere trabalhar a ficar em casa
- 5 Não há quem lhe substitua e seu serviço vai ficar acumulado
- 6 Tem outros motivos B4.1. Quais? _____

BLOCO E

EN1 - As próximas perguntas se referem à realização de atividades físicas. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividades físicas na ÚLTIMA SEMANA.

EN2 - As perguntas incluem atividades que você fez no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

EN3 - Para responder às questões lembre-se de que:

EN4 - Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem

respirar MUITO mais forte que o normal.

EN5 - Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

EN6- Para responder às perguntas, pense somente nas atividades que você realiza por **pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

E1. Em quantos dias da última semana, você CAMINHOU por **pelo menos 10 minutos contínuos** 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?

E1.1 Dias _____ por SEMANA 0 Nenhum (**Pular para a questão E3**)

EN7 Utilizar 0 para nenhum e 7 para máximo de dias por semana

E2. Nos dias em que você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

E2.1 Horas _____ E2.2 Minutos _____

E3. Em quantos dias da última semana você realizou atividades MODERADAS por **pelo menos 10 minutos contínuos**.

EN8 – Como, por exemplo – pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA)

E3.1 Dias _____ por SEMANA 0 Nenhum

E4. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

E4.1 Horas _____ E4.2 Minutos _____

E5. Em quantos dias da última semana você realizou atividades VIGOROSAS por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

EN9 – Como, por exemplo – correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar (capinar) no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

E5.1 Dias _____ por SEMANA 0 Nenhum

E6. Nos dias em que você fez essas atividades VIGOROSAS por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

E6.1 Horas _____ E6.2 Minutos _____

EN10 - Estas últimas questões são sobre o tempo em que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isso inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo à TV. Não inclua o tempo gasto durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

E7. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

E7.1 Horas _____ E7.2 Minutos _____

E8. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

E8.1 Horas _____ E8.2 Minutos _____

BLOCO F

FN1 - Agora, gostaríamos de saber a respeito de alguns hábitos relacionados à saúde.

FN2 - Para esta pesquisa, é importante que você responda sobre o seu uso de álcool.

Suas respostas permanecerão confidenciais.

Por favor, responda com toda sinceridade.

FN3 - Para responder, lembre-se de que – Um drink ou uma dose é igual a 150mL de vinho (01 taça), ou 350 mL de cerveja (uma lata pequena) ou 40 mL de whisky, vodka, pinga ou coquetel.

F1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

0 Nenhuma (Pule para F11)	1 Uma ou menos de uma vez por mês	2 2 a 4 vezes por mês	3 2 a 3 vezes por semana	4 4 ou mais vezes por semana
------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------------

F2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

0 Nenhuma	1 1 a 2	2 3 a 4	3 5 a 6	4 7 a 9	5 10 ou mais vezes
-----------	---------	---------	---------	---------	--------------------

F3. Qual a frequência com que você consome 6 (seis) ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	----------------------------	---------------	----------------	---------------------------------------

F4. Com que frequência, durante os últimos 12 (doze) meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	----------------------------	---------------	----------------	---------------------------------------

F5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 (doze) meses, você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	----------------------------	---------------	----------------	---------------------------------------

F6. Quantas vezes, durante os últimos 12 (doze) meses, você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?

0 Nunca	1 Menos que	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou
---------	-------------	---------------	----------------	------------------

	mensalmente			quase diariamente
--	-------------	--	--	-------------------

F7. Quantas vezes, durante os últimos 12 (doze) meses, você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	-------------------------	---------------	----------------	------------------------------------

F8. Quantas vezes, durante os últimos 12 (doze) meses, você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	-------------------------	---------------	----------------	------------------------------------

F9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

0 Não	1 Sim, mas não no último ano	2 Sim, durante o último ano
-------	------------------------------	-----------------------------

F10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

0 Não	1 Sim, mas não no último ano	2 Sim, durante o último ano
-------	------------------------------	-----------------------------

FN4 - Agora faremos algumas perguntas sobre o consumo de TABACO

F11. Atualmente você fuma cigarro ou cachimbo ou charuto ou cigarro de palha?

- 1 Sim
 - 2 Não, nunca fumei
 - 3 Não, fumei no passado, mas parei de fumar
- Passe para pergunta **F34**
 → Passe para pergunta **F31**

F12. Com que idade você começou a fumar? _____

F13. Você já tentou parar de fumar?

- 1 Sim
 - 2 Não
- F13.1. Quantas vezes? _____

F14. Algum familiar seu fuma?

- 1 Sim F14.1. Quem? _____
- 2 Não

F15. Quando você está em público, você se afasta para fumar?

- 1 Sim
- 2 Não

F16. Você já teve alguma doença relacionada ao tabagismo?

- 1 Sim F16.1. Qual? _____
- 2 Não

F17. Como você percebe a reação dos seus colegas no trabalho quando você está fumando?

- 1 Ninguém reclama
- 2 Vão fumar junto com você
- 3 Eles se afastam, mas não falam nada
- 4 Reclamam
- 5 Eles se sentem incomodados
- Outro _____

F18. Você fuma mais em casa ou no trabalho?

- 1 Em casa
- 2 No trabalho

F19. Quando você está de folga, fuma a mesma quantidade do que quando está trabalhando?

- 1 Sim
- 2 Não

—————▶ **Vá para a pergunta F21** —————

F20. Quando você fuma mais?

- 1 Em dias de trabalho
- 2 Em dias de folga

F21. Há uma área reservada para quem fuma no seu trabalho?

- 1 Sim
- 2 Não

F22. Você deixa seu local de trabalho para fumar?

- 1 Sim
- 2 Não

F23. Você se informa a respeito do tabaco e seus prejuízos à saúde?

- 1 Sim
- 2 Não

F24. Seus colegas de trabalho discutem assuntos relacionados ao tabagismo e seus prejuízos à saúde?

- 1 Sim
- 2 Não

F25. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?

- 1 Dentro de 5 minutos
- 2 Entre 6 e 30 minutos
- 3 Entre 31 e 60 minutos
- 4 Após 60 minutos

F26. Você acha difícil não fumar em lugares públicos como igrejas, bibliotecas, etc.?

- 1 Sim
- 2 Não

F27. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

- | |
|-----------------------------------|
| 1 O primeiro da manhã
2 Outros |
|-----------------------------------|

F28. Quantos cigarros você fuma por dia?
--

- | |
|---|
| 1 Menos de 10
2 De 11 a 20
3 De 21 a 30
4 Mais de 30 |
|---|

F29. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
--

- | |
|----------------|
| 1 Sim
2 Não |
|----------------|

F30. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- | |
|----------------|
| 1 Sim
2 Não |
|----------------|

FN5 - Estas três perguntas são apenas para quem fumava, mas já parou.

F31. Há quanto tempo você parou de fumar?

F31.1 Anos _____ Meses _____

F32. Durante quanto tempo você fumou?

F32.1 Anos _____ Meses _____

F33. Quando você fumava, quantos cigarros fumava, em média, por dia?
--

F33.1 Cigarros _____ 0 Menos de 1 cigarro por dia

FN6 - Esta pergunta é para todos

F34. Você fica em contato com a fumaça de cigarro de outras pessoas em sua casa, trabalho ou escola?
--

- | |
|----------------|
| 1 Sim
2 Não |
|----------------|

BLOCO G**GN1 - Agora vamos fazer algumas perguntas sobre seu trabalho.**

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

G2. Atualmente você tem quantos empregos?

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

G3. Você trabalha durante a noite?

- 1 Sim
- 2 Não

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

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

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

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

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

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

Sim (1) Não (2)

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

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

Sim (1) Não (2)

- G8.1 Água potável
- G8.2 Álcool gel para higienização das mãos
- G8.3 Papel higiênico nos banheiros

G8.4 Papel toalha nos banheiros
G8.5 Sabonete líquido para higienização das mãos

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

- 1 Sim → G9.1. Que tipo de acidente _____
2 Não

G10. Quais equipamentos de proteção você tem à disposição no seu local de trabalho na UBS?

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

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

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

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

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

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

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

G13. Qual a sua ocupação atual?

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

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

- 1 Sim
- 2 Não

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

G16. Você recebe adicional de insalubridade?

- 1 Sim
- 2 Não

GN2 - Agora temos algumas perguntas sobre as características de seu trabalho na UBS

G17. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

G18. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

G19. Seu trabalho exige demais de você?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

G20. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

G21. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

G22. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

G23. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

G24. Seu trabalho exige que você tome iniciativa?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

G25. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

G26. Você pode escolher **COMO** fazer seu trabalho?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

G27. Você pode escolher **O QUE** fazer no seu trabalho?

1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
------------------	------------	-------------	-----------------------

GN3 - A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho na UBS

G28. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.			
1 Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente

G29. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.			
1 Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente

G30. Eu posso contar com o apoio de meus colegas de trabalho.			
1 Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente

G31. Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas compreendem.			
1 Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente

G32. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.			
1 Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente

G33. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.			
1 Concordo Totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente

BLOCO N

NN1 - As próximas perguntas são sobre sua vida familiar, moradia e outros aspectos

N1. Em relação ao seu nascimento responda: N1.1 Em que dia você nasceu? _____ N1.2 Em que mês você nasceu? _____ N1.3 Em que ano você nasceu? _____
--

N2. Em relação à localidade de seu nascimento responda: N2.1. Município: _____ N2.2. Estado: _____ N2.3. País: _____

N3. O Censo Brasileiro do IBGE usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?
--

- 1 Preta
- 2 Parda
- 3 Branca
- 4 Amarela
- 5 Indígena

N4. Atualmente, você é...

- 1 Casado(a) ou vive em união
- 2 Separado(a), ou divorciado(a)
- 3 Viúvo(a)
- 4 Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

N5. Qual o seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

N6. O seu trabalho, na UBS, exige que tipo de qualificação?

- 1 1º grau incompleto
- 2 1º grau completo
- 3 2º grau incompleto
- 4 2º grau completo
- 5 Universitário Incompleto
- 6 Universitário Completo
- 7 Pós-graduação

N7. Qual a sua formação profissional? _____

N8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

- 1 Católica
 - 2 Evangélica
 - 3 Espírita
 - 4 Testemunha de Jeová
 - 5 Muçulmana
 - 6 Budista
 - 7 Candomblé
 - 8 Não tenho religião
- Outra. Qual? _____

N9. Você tem filhos?

- 1 Sim N9.1. Quantos? _____
- 2 Não

N10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora?

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

N11. A residência onde você mora é?

- 1 Própria já paga
- 2 Própria ainda pagando
- 3 Alugada
- 4 Cedida
- 5 Outra condição N11.1. Qual? _____

N12. Quantas pessoas moram com você? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa)

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

N13. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- 1 Eu mesmo (a)
- 2 Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3 Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4 Meu pai ou minha mãe
- 5 Meu filho ou minha filha
- 6 Não tem chefe
- 7 Outra pessoa N13.1. Quem? _____

N14. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?

- 1 Não frequentou escola
- 2 1º grau incompleto
- 3 1º grau completo
- 4 2º grau incompleto
- 5 2º grau completo
- 6 Universitário incompleto
- 7 Universitário Completo
- 8 Pós-graduação

N15. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?

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

N16. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual a quantidade:

N16.1. Televisão	1 Sim N16.1.1. Quantas? _____ 2 Não
N16.2. Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 Sim N16.2.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.3. Máquina de lavar roupa	1 Sim N16.3.1. Quantas? _____

	2 Não
N16.4. Videocassete ou DVD ou Blueray	1 Sim N16.4.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.5. Geladeira	1 Sim N16.5.1. Quantas? _____ 2 Não
N16.6. Freezer	1 Sim N16.6.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.7. Microcomputador	1 Sim N16.7.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.8. Lava-Louças	1 Sim N16.8.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.9. Micro-ondas	1 Sim N16.9.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.10. Motocicleta	1 Sim N16.10.1. Quantas? _____ 2 Não
N16.11. Secador de Roupa	1 Sim N16.11.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.12. Banheiros	1 Sim N16.12.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.13. Automóveis	1 Sim N16.13.1. Quantos? _____ 2 Não

N17. **No mês passado**, qual foi aproximadamente sua renda familiar **líquida**, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1 Até 1 salário mínimo
- 2 Entre 1 e 2 salários mínimos
- 3 Entre 2 e 3 salários mínimos
- 4 Entre 3 e 4 salários mínimos
- 5 Entre 4 e 5 salários mínimos
- 6 Entre 5 e 6 salários mínimos
- 7 Entre 6 e 7 salários mínimos
- 8 Entre 7 e 8 salários mínimos
- 9 Entre 8 e 9 salários mínimos
- 10 Entre 9 e 10 salários mínimos
- 11 Mais de 10 salários mínimos

N18. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. _____ pessoas

Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

AGRADECEMOS SUA COLABORAÇÃO!!!