

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Gilmara Aparecida Batista Fernandes

**DEMANDAS PSICOLÓGICAS, CONTROLE E APOIO SOCIAL NO  
TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.**

Juiz de Fora - MG

2016

Gilmara Aparecida Batista Fernandes

**DEMANDAS PSICOLÓGICAS, CONTROLE E APOIO SOCIAL NO  
TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosângela Maria Greco

Juiz de Fora - MG

2016

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

Fernandes, Gilmara Aparecida Batista.

Demandas Psicológicas, Controle e Apoio Social no Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. / Gilmara Aparecida Batista Fernandes. -- 2016 .

129 p.

Orientadora: Rosângela Maria Greco

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2016 .

1. Saúde do Trabalhador. 2. Trabalho. 3. Condições de trabalho. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Agentes Comunitários de Saúde. I. Greco, Rosângela Maria, orient. II. Título.



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



### TERMO DE APROVAÇÃO

**Título da Dissertação:** “Demandas Psicológicas, Controle e Apoio Social no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde”.

**Nome do aluno:** Gilmara Aparecida Batista Fernandes

**Orientador (A):** Dr<sup>a</sup> Rosângela Maria Greco

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

Aprovada em: 26 / 08 / 2016.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosângela Maria Greco (Orientadora)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Maria Mansano Sarguis  
Universidade Federal de Juiz de Fora  
Departamento de Enfermagem - UFJF  
Matricula SIAQ - 179.833

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Heloisa Campos Paschoalin  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico a Deus pela graça de ter me permitido concluir este trabalho.

Aos meus pais, Gilberto e Dorvina, e a toda a minha família pela paciência e carinho.

E a todos que me incentivaram e me apoiaram ao longo desta caminhada.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por iluminar e guiar meus caminhos e por me permitir chegar ao final desta etapa.

Aos meus pais, Gilberto e Dorvina, e a meus irmãos Vigilato, Gilvani e Emannuel pelos momentos de carinho e força.

Ao meu namorado, Aragonez, pela compreensão nos momentos de ausência, companheirismo e amor.

Aos meus pequeninos, sobrinhos Arthur e João Gabriel, por me fazerem sorrir e me distrair nos momentos de tensão.

À minha orientadora, Rosângela Maria Greco, pela paciência, aprendizado, disposição, carinho, preocupação e por me acalmar nos momentos difíceis e, acima de tudo, por estar junto em todos os momentos desta caminhada.

À professora Angélica da Conceição Oliveira Coelho pelas ideias e sugestões para enriquecimento do trabalho, pela imprescindível ajuda na análise dos dados, pelo acolhimento e apoio diante do meu desejo de prosseguir os estudos.

Às professoras Leila Maria Mansano Sarquis e Heloisa Campos Paschoalin pela disponibilidade, carinho, estima e pelas valiosas contribuições para o trabalho.

A todos os professores do Mestrado por ministrarem as disciplinas com tanta dedicação e apreço, facilitando o aprendizado em Saúde e em Enfermagem.

À coordenadora do Mestrado em Enfermagem, professora Anna Maria de Oliveira Salimena, pela disposição em ajudar.

À secretária do mestrado, Elisângela, por estar sempre disposta a ajudar quando precisamos e por entender nossa agonia e desespero em muitas etapas e também por ficar feliz com cada novo Mestre que ajuda a formar.

Aos colegas do mestrado, especialmente Daniela e Charlene, por se fazerem sempre presentes, compartilhando conhecimentos, angústias, inseguranças e as conquistas.

Aos colegas da coleta de dados, em especial à Denise, pelo companheirismo, carinho e por me aconselhar nos diversos momentos.

Aos meus familiares e amigos pelo apoio e por compreenderem meus momentos de ausência.

Aos Agentes Comunitários de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora por terem participado e contribuído com a realização desta pesquisa.

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

Muito obrigada!

“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso,  
mas o que ele se torna com isso.”  
(John Ruskin)

## RESUMO

FERNANDES, Gilmara Aparecida Batista. **Demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde**. 2016. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

O estresse psicossocial no trabalho, entre outros fatores, é o resultado de condições laborais, de demandas psicológicas, controle e apoio social no processo de trabalho, por isso se torna importante abordar a relação de trabalho-saúde dos trabalhadores. Este estudo tem como objetivo analisar e correlacionar demandas psicológicas, o controle e apoio social do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) do Município de Juiz de Fora - MG. Desenvolveu-se um estudo transversal descritivo e exploratório com 212 ACSs da Atenção Primária à Saúde (APS). A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, bivariada através dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher e multivariada através de regressão linear de Poisson. Como variáveis independentes utilizou-se autopercepção de saúde geral e bucal, características sociodemográficas e do trabalho. Para a análise do estresse psicossocial no trabalho, foi utilizada a escala reduzida, Modelo Demanda-Controle (MDC) e o apoio social no trabalho, que caracterizam o trabalho como sendo: de baixa exigência (baixa demanda e alto controle), que representa o grupo de referência; trabalho ativo (alta demanda e alto controle); trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) como segunda combinação de maior risco e alta exigência (alta demanda e baixo controle), grupo de maior exposição. A população de estudo foi predominantemente feminina (91,5%), com idade média de 44 anos (DP=9,93), a maioria na faixa etária acima de 46 anos (44,1%), casada ou vivendo em união estável (55,5%), com ensino médio completo (48,8%). A maioria trabalha em um emprego (88,7%), com carga horária semanal igual a 40h (84,4%) e possui de 11 a 20 anos de trabalho na APS (59,9%) e todos têm renda menor ou igual a dois salários mínimos (100%). Consideraram sua saúde geral como boa (55,7%) e bucal também (50,9%). O trabalho predominante entre os ACSs foi o de Alta exigência (n=78; 36,8%), seguido pelo Trabalho passivo (n=60; 28,3%), pelo de Baixa exigência (n=38; 17,9%) e Trabalho ativo (n=36; 17,0%). Na análise bivariada, a categoria de alta exigência também foi a de maior proporção entre os trabalhadores com idade maior que 37 anos (75,9%), sexo feminino (36,8%), casados ou união estável (37,6%) e nível médio completo (48,8%). Apresentaram poder de significância com o MDC as covariáveis Idade ( $p=0,009$ ), Tempo de Serviço na APS ( $p=0,002$ ) e Apoio social ( $p=0,007$ ). As que apresentaram nível de significância com  $p<0,20$  na análise bivariada foram selecionadas para o modelo multivariado. No modelo de melhor ajuste, mantiveram significância as covariáveis Apoio Social ( $p=0,002$ ; RP=1,12 e IC 95%; 1,05 -1,22) e Tempo de Serviço na APS com a categoria de seis a dez anos ( $p=0,02$ ; RP=1,18 e IC 95%; 1,02-1,37). O estudo demonstrou maior proporção dos ACSs na categoria de trabalho de alta exigência, que é o grupo de maior exposição para desenvolver o estresse psicossocial no trabalho, e revelou também aspectos importantes dos riscos ao estresse a que os profissionais estão expostos durante seu processo de trabalho. Ressalta-se a necessidade de intervenções nas condições de vida e laborais, principalmente no que se refere a aspectos psicossociais e organizacionais.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Trabalho. Condições de Trabalho. Atenção Primária à Saúde. Agentes Comunitários de Saúde.



## ABSTRACT

FERNANDES, Gilmara Aparecida Batista. **Psychological demands, control and social support at work of Community Health Agents** 2016. 128p. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing, Federal University of Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

Psychosocial work stress, among other factors is the result of working conditions, psychological demands, control and social support in the process of work, so it is important to address the health of workers working relationship. This study aims to analyze and correlate psychological demands, control and social support of the work process of Community Health Agents of the city of Juiz de Fora - MG. We developed a descriptive and exploratory cross-sectional study with 212 ACS Primary Health Care (PHC). Data analysis was performed using descriptive statistics, bivariate through the chi-square test and Fisher's exact and multivariate by linear Poisson regression. As independent variables we used self-perception of general and oral health, sociodemographic characteristics and work. For the analysis of the psychosocial work stress was used to small-scale, demand-control model (MDC), and social support at work, featuring the work as: low strain (low demand and high control) representing the group of reference; active work (high demand and high control); passive work (low demand and low control) and second combination of high risk and high strain (high demand and low control) group with highest exposure. The study population was predominantly female (91.5%) with mean age of 44 years (SD = 9.93), and age above 46 years (44.1%), married or cohabitating (55.5%), with high school education (48.8%). They work in a job (88.7%), with weekly working hours equal to 40h (84.4%) and have 11 to 20 years of work in the APS (59.9%) and less than or equal to 2 minimum wages income (100%). They considered their own general health as good (55.7%) and oral as good (50.9%). The predominant work between the ACS was the High requirement (n = 78; 36.8%), followed by passive work (n = 60; 28.3%), the Low requirement (n = 38; 17.9%) and active work (n = 36; 17.0%). In high demand category bivariate analysis it was also the highest proportion among workers older than 37 years (75.9%), female (36.8%), married or stable union (37.6%) and full average level (48.8%). Showed significant power to the MDC covariates age (p = 0.009), length of service in the APS (p = 0.002) and social support (p = 0.007). Those that had a significance level of p < 0.20 in the bivariate analysis were selected for the multivariate model. In the best fit model remained significant covariates Social Support (p = 0.002; RP = 1.12 with 95% CI, 1.05 -1.22) and service time in the APS with the rank of 6 to 10 years (p = 0.02; RP = 1.18 and 95% CI 1.02 to 1.37). The study showed a higher proportion of ACS in high demand job category, which is the highest exposure group to develop the psychosocial work stress and also revealed important aspects of risks to stress to which workers are exposed during their work process. It emphasizes the need for interventions in the conditions of life and work, especially in relation to psychosocial and organizational aspects.

Keywords: Occupational Health. Job. Work conditions. Primary Health Care. Community Health Agents

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIPA	Comissões Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EPI	Equipamento de proteção individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânicas da Saúde
MDC	Modelo Demanda-Controle
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
ODK	Open Data Kit
OMS	Organização Mundial de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNST	Política Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora
PSF	Programa de Saúde da Família
PROESF	Programa de Expansão de Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STATA	Statistical Software for Professionals
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TMC	Transtorno Mental Comum

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Frequência das características sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.	65
<b>Tabela 2</b>	Classificação econômica segundo Critério Brasil dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n = 212). Juiz de Fora, 2016.	66
<b>Tabela 3</b>	Frequência da Autopercepção de saúde geral e bucal dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.	66
<b>Tabela 4</b>	Frequência das características individuais relacionadas ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.	68
<b>Tabela 5</b>	Caracterização das Demandas Psicológicas, Controle e Apoio Social no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.	69
<b>Tabela 6</b>	Caracterização dos quadrantes do Modelo Demanda-Controle dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.	70
<b>Tabela 7</b>	Comparação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e as variáveis sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde (n=212). Juiz de Fora, 2016.	72
<b>Tabela 8</b>	Comparação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e as características do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (n=212). Juiz de Fora, 2016.	76
<b>Tabela 9</b>	Comparação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e as variáveis de Percepção de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde (n=212). Juiz de Fora, 2016.	79
<b>Tabela 10</b>	Comparação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e o Apoio Social dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.	80
<b>Tabela 11</b>	Análise múltipla do Modelo Demanda-Controle e fatores associados dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.	82
<b>Tabela 12</b>	Modelo de Regressão Múltipla para o Modelo Demanda-Controle dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.	83

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Delimitação da população de estudo	51
<b>Figura 2</b>	Quadrantes do Modelo Demanda-Controle proposto por Karasek (1979)	55

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Características do Grau de Risco segundo a NR 32.	29
<b>Quadro 2</b>	Dimensões do Modelo Demanda-Controle-Apoio Social e respectivos pontos de corte.	56
<b>Quadro 3</b>	Variáveis independentes de autopercepção à saúde geral e bucal exploradas.	56
<b>Quadro 4</b>	Variáveis independentes sociodemográficas exploradas.	58
<b>Quadro 5</b>	Variáveis independentes ocupacionais exploradas.	60

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1	GERAL	18
2.2	ESPECÍFICOS	18
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
3.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ....	19
3.2	CONCEITUANDO TRABALHO, CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR.....	27
3.3	SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	35
3.4	O MODELO DEMANDA-CONTROLE E O ESTRESSE PSICOSSOCIAL NO TRABALHO.....	40
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>47</b>
4.1	DELINEAMENTO.....	47
4.2	CENÁRIO.....	48
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	50
4.4	INSTRUMENTO E ESTRATEGIAS DE COLETA DE DADOS.....	52
4.4.1	Instrumento de Coleta de Dados.....	52
4.4.1.1	Variáveis do Estudo (Dependentes).....	52
4.4.1.2	Variáveis do Estudo (Independentes).....	56
4.5	PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	60
4.6	ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	61
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	62
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>64</b>
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA.....	64

5.1.1	Características Sociodemográficas e Percepção de Saúde.....	64
5.1.2	Características Relacionadas ao Trabalho.....	67
5.1.3	Características Relacionadas as Demandas Psicológicas, ao Controle e ao Apoio Social no Trabalho.....	69
5.2	ANÁLISE BIVARIADA.....	70
5.2.1	Análise do Modelo Demanda-Controle e Fatores Associados.....	70
5.2.1.1	Modelo Demanda-Controle associado às Variáveis Sociodemográficas.....	70
5.2.1.2	Modelo Demanda-Controle associado às Variáveis Relacionadas ao Trabalho.....	74
5.2.1.3	Modelo Demanda-Controle associado às Variáveis de Percepção de Saúde.....	78
5.2.1.4	Modelo Demanda-Controle Associado Ao Apoio Social No Trabalho.....	80
5.3	ANÁLISE MULTIVARIADA.....	81
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>84</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>100</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>103</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>117</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>127</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho é exercido em um contexto social, como atividade pública coletiva, sofre a interferência de diversos fatores e corresponde a uma ação contínua exercida pelo trabalhador. E sua forma de produção desenvolve-se em uma reciprocidade para os trabalhadores, pois serve como fonte para o acúmulo de bens materiais, assim como gera serviços úteis prestados à sociedade. Porém, ele também pode significar sofrimento físico, mental, social e agravos à saúde de quem o exerce (MARTINS et al., 2013; MARTINS; MOLINARO, 2013).

A organização do trabalho no mundo contemporâneo, sob o modelo capitalista de produção, tem presenciado um conjunto de transformações que geram a necessidade de novas formas de organização econômica, aliadas ao desenvolvimento tecnológico, com impactos na organização da produção e do trabalho (MARTINS; MOLINARO, 2013).

As mudanças no mundo do trabalho e seus impactos nas organizações e na produção dos serviços influenciam também os serviços de saúde no Brasil. Os estabelecimentos de saúde são ambientes que exigem dos profissionais competências específicas para que estes possam desenvolver suas funções. No entanto existe a preocupação com a segurança dos trabalhadores para evitar acidentes e agravos, a fim de promover qualidade de vida e de trabalho aos indivíduos nele inseridos (MARTINS et al., 2013).

O sistema de saúde brasileiro sofreu importantes e marcantes mudanças ao longo de sua evolução, acompanhando as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico. Hoje, portanto, o sistema de saúde brasileiro consolida-se com o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios obedecem à universalidade do acesso, equidade, integralidade da atenção, descentralização da gestão, regionalização e hierarquização da rede e participação social (AGUIAR, 2011).

Atualmente, o Brasil apresenta três modelos de Atenção à Saúde que compõem a Atenção Primária à Saúde (APS): o Modelo Tradicional, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Modelo Tradicional trabalha com especialidades clínicas que segue o modelo biologicista, em que o trabalho se concentra na imagem do médico (TOMASI et al., 2011); o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), é considerado parte



da Saúde da Família e representa uma estratégia de transição entre o modelo tradicional e a ESF; e a ESF que é o principal modelo para implementação da APS no Brasil e foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde. Constituiu-se em uma proposta para reorganizar a atenção básica e o modelo assistencial, buscando provocar reflexões e mudanças nas instituições e representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações e práticas que são desenvolvidas através do trabalho em equipe para indivíduos e coletividades que consistem em promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos à saúde. Estas práticas têm o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas. Para sua realização, é necessária a utilização de tecnologias variadas de acordo com a demanda e necessidades, observando os critérios de risco e vulnerabilidades em saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

No desenvolvimento das ações na APS, estão envolvidos trabalhadores de diversas categorias profissionais que desempenham um trabalho em equipe, com atividades específicas e aplicação de saberes próprios, visando atender às necessidades da população e utilizando como base os princípios do SUS (PEREIRA, 2013). Como equipe multidisciplinar mínima da ESF, tem-se o médico, o enfermeiro, o auxiliar ou técnico de enfermagem, e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). As equipes interdisciplinares ampliadas contam com assistência odontológica integrada por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, assistente social e fisioterapeuta (BRASIL, 2012).

Os Agentes Comunitários de Saúde favorecem a aproximação das equipes multiprofissionais às famílias e comunidades na busca pela promoção à saúde (COSTA et al., 2009) e sua inserção na APS se deu por meio do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) que foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991, em parcerias com as secretarias estaduais e municipais e, posteriormente, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo efetivamente instituído e implementado em 1994. É considerada uma importante estratégia de aprimoramento e consolidação do SUS, um programa de transição para o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e tem como função mediar e integrar a equipe de saúde

com a população local, além de buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades (SILVA, 2002; MARQUES; PADILHA, 2004; GOMES, 2010; PEREIRA, 2013).

Os ACSs constituem-se em uma nova categoria de trabalhadores desde 2002, sendo formada pela e para a comunidade. Mobilizam-se para a promoção da saúde da população e possuem como facilidade o desenvolvimento da comunicação com as famílias e assim intermedeiam a interlocução entre governo e comunidade (BRASIL, 2002; MARQUES; PADILHA, 2004; BARROS, 2010; MARZARI et al., 2011; IMBRIZI, 2012).

Os ACSs representam um importante e crescente contingente, possuem um processo de trabalho peculiar que implica habilidades técnicas e boas relações interpessoais. E, apesar da pressão e sobrecarga de trabalho, do desgaste profissional e do potencial de morbidades que podem acometê-los, ainda são poucos os estudos que avaliam suas condições de saúde (PEREIRA et al., 2014).

Neste contexto, os trabalhadores na APS não são isentos de riscos, e os profissionais sofrem as influências do processo de trabalho, estando sujeitos a diversas situações desfavoráveis que colocam em risco a saúde deles.

Neste sentido e diante da preocupação com a prevenção de riscos e doenças relacionadas à atuação de trabalhadores da área da saúde, o Ministério do Trabalho e Emprego criou a Norma Regulamentadora (NR) 32, regulamentada pela Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005, que remete à segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde de qualquer nível de complexidade, inclusive de serviços da atenção primária à saúde.

A NR 32 é a primeira legislação específica que normatiza a segurança e saúde do trabalhador da área da saúde e tem a finalidade de intervir nas condições de trabalho, visando minimizar os riscos para a saúde dos trabalhadores e promover um ambiente com condições favoráveis ao desempenho do processo de trabalho de cada profissional e uma assistência de qualidade (OLIVEIRA, 2011).

No que tange às condições de trabalho, deve-se levar em consideração as demandas psicológicas e o controle sobre o processo de trabalho. “Demandas psicológicas referem-se ao ritmo do trabalho, o quanto ele é excessivo e difícil de ser realizado, bem como à quantidade de conflitos existente nas relações de trabalho” (ALVES, 2004, p. 37).

No que diz respeito ao controle, este pode ser definido como o poder de decisão do trabalhador em relação ao seu trabalho, ao uso de suas habilidades e à possibilidade de adquirir novos conhecimentos (ALVES, 2004; KARASEK; THEORELL, 1990).

O estresse psicossocial no trabalho, entre outros fatores, é o resultado da junção entre muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de trabalho e menor apoio social proveniente de colegas e chefias no ambiente de trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990).

Diante da possibilidade de avaliar as condições de trabalho e considerando a demanda, o controle e o apoio social no contexto de trabalho, o Modelo Demanda-Controle (MDC) proposto por Karasek tem sido um dos instrumentos mais utilizados para estudar o estresse psicossocial no ambiente laboral (ALVES et al., 2015; TANG, 2014).

O estudo das condições de trabalho torna-se importante, uma vez que se, por um lado, o trabalho traz a possibilidade de realização, de relacionamento com os outros e de satisfação das necessidades básicas, por outro lado, ele pode ser responsável pelo adoecimento e desgaste (OLIVEIRA et al., 2012). E, considerando a importância que os trabalhadores da APS têm para a organização do sistema de saúde no país, como indicado na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012), torna-se extremamente relevante a realização de mais estudos acerca deste tema.

Portanto, pelo fato de as condições de trabalho e de vida interferirem no processo saúde-doença dos indivíduos, é que se faz importante estudar as demandas psicológicas, o controle do trabalho e o apoio social referido pelos Agentes Comunitários de Saúde. Busca-se, dessa forma, subsidiar ações de prevenção, promoção e controle do processo saúde-doença destes trabalhadores.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Analisar e correlacionar demandas psicológicas, controle e apoio social do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Juiz de Fora - MG.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

Descrever o perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde.

Discutir as demandas psicológicas, o controle e apoio social do processo de trabalho segundo o Modelo Demanda-Controle.

Avaliar a relação entre o Modelo Demanda-Controle e Apoio Social e as características sociodemográficas, ocupacionais e autopercepção de saúde.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para que se possam analisar as demandas psicológicas, o controle e o apoio social do trabalho referido pelos Agentes Comunitários de Saúde e demais aspectos relacionados à saúde destes trabalhadores, é necessário que fazer uma reflexão, ainda que breve, sobre a evolução histórica da Atenção Primária à Saúde; o conceito de trabalho, condições de trabalho e saúde do trabalhador; Saúde do trabalhador na APS: Agentes Comunitários de Saúde; e Modelo Demanda-Controle e o Estresse psicossocial no trabalho.

#### 3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os sistemas de saúde se organizam de modo a atender a maior parte dos problemas de saúde e enfatizam as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Sua utilização é resultante da interação dos indivíduos que procuram cuidados, dos profissionais que os conduzem e dos recursos terapêuticos disponíveis dentro do sistema (TOMASI et al., 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é historicamente utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde desde a década de 20, na Grã-Bretanha. O modelo de sistema de saúde vigente era organizado em três níveis de atendimento: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola (STARFIELD, 2002).

Ainda nesta década, o inglês Dawson propôs uma nova organização para o sistema de saúde, pois se preocupou com os elevados custos, com a baixa de resolubilidade e crescente complexidade de atenção médica. Este novo modelo contrapõe-se ao modelo americano curativo, e o relatório proposto concebia um modelo baseado em Centros de Saúde Primários e Secundários, Serviços Domiciliares, Serviços Suplementares e Hospitais de Ensino (FAUSTO; MATTA; 2007).

Os modelos de Centros de Saúde Primários e Serviços Domiciliares foram organizados de forma regionalizada a fim de atender a maioria dos problemas de saúde da população. Se, eventualmente, não fosse possível resolver os problemas de saúde nesses níveis, os indivíduos deveriam ser encaminhados para os outros

serviços disponíveis, como os hospitais. Tal organização caracterizou-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde e influenciou os sistemas de saúde de todo o mundo. A concepção de Dawson sugeria como características básicas para a APS a regionalização, que deveria atender às diversas regiões, e a integralidade, fortalecendo a articulação entre ações de prevenção e curativas (FAUSTO; MATTA; 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) distinguia, desde a década de 50, uma disparidade de estrutura e desenvolvimento das atividades entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Reconhecia, assim, que os esforços despendidos em campanhas especializadas para o controle de agravos prioritários de saúde seriam temporários se não fossem acompanhados por serviços de saúde com controle e prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde (OMS/UNICEF, 1979; RIBEIRO, 2007).

A formulação, explicitação e publicação da APS como conceito deram-se na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 6 a 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão. A conferência foi promovida pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que reconhece a saúde como dependente do desenvolvimento econômico e social do país e que este contribui para uma melhor qualidade de vida da população (OMS/UNICEF, 1979).

Por meio da realização de diversas reuniões em diferentes partes do mundo, com âmbito regional e internacional e com a participação de especialistas em Cuidados Primários de Saúde, foram determinados, ainda na década de 70, os princípios estratégicos da Atenção Primária à Saúde (APS). Este fato ocorreu devido à percepção de que até o momento a APS destinava-se somente ao atendimento das populações que não possuíam nenhum tipo de cuidados médicos e que metade da população mundial não usufruía dos benefícios de um adequado atendimento de saúde (OMS/ UNICEF, 1979).

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata propôs o alcance de índices elevados de saúde até o ano de 2000 por meio da APS. Tal política ficou internacionalmente conhecida como “Saúde para todos no ano de 2000”. Ela também conclamou países a redirecionarem seus sistemas de saúde para promover atenção à saúde das

comunidades e populações. Determinou que a APS deve ser o princípio para todos os sistemas de saúde e representa o primeiro nível de atenção.

A partir disso, definiu como cuidados primários de saúde os cuidados:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978, p. 3).

A Conferência de Alma-Ata descreveu também os oito elementos essenciais a serem contemplados nas ações de cuidados primários à saúde, como: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de água e alimentos; programa de saúde materno infantil, através de imunizações e planejamento familiar; prevenção e controle das principais doenças endêmicas; tratamento adequado das doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção da saúde mental e promoção de boa alimentação (OPAS/OMS, 1978).

A conferência recomendou também que todos os governos reformulassem políticas, estratégias e planos nacionais de ação para sustentar os cuidados primários de saúde, cooperando para assegurar o cuidado a todos os povos como direito universal de forma a atingir uma vida social e economicamente ativa e produtiva.

Para alcançar o direito de todos os cidadãos e uma saúde efetiva de qualidade, a Conferência de Alma-Ata propõe que as ações de saúde devem ser tecnicamente apropriadas, controladas e aceitas culturalmente e que sejam aplicadas em concordância das necessidades locais a fim de satisfazê-las (OPAS/OMS, 1978).

Com isso o modelo de APS adotado por diversos países desde a década de 60 constitui-se em uma proposta para reverter o enfoque biomédico em um modelo preventivo, coletivo e territorializado, com o intuito de proporcionar maior e efetivo acesso das comunidades aos sistemas de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Portanto, a APS é uma proposta de reorganização e reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde a fim de atender as demandas e necessidades da população. Fundamenta-se no entendimento da saúde como direito de todos e na necessidade de enfrentamento das dificuldades e promoção de uma saúde de qualidade às pessoas, contribuindo para a minimização dos impactos negativos na saúde das comunidades e para a eficácia do sistema (GIOVANELLA et al., 2009; FAUSTO; MATTA, 2007).

Historicamente, a APS tem adquirido diversos significados para diferentes pessoas, em épocas e lugares específicos, o que coloca desafios importantes para a sua compreensão. A fim de compreendê-la na esfera do Brasil, faz-se necessário reportar-se ao histórico das políticas de saúde.

O país não dispunha de modelo de atenção à saúde até meados de 1850, quando ainda se limitava aos recursos da terra. As atividades de saúde pública baseavam-se no saneamento dos portos por onde escoavam as mercadorias do comércio internacional. Não existiam políticas de saúde no Brasil durante o período colonial e imperial, mesmo apresentando um quadro sanitário caracterizado por diversas doenças transmissíveis, algumas se tornando endemias e favorecendo ao desenvolvimento de epidemias (AGUIAR, 2011; POLIGNANO, 2001).

Como recurso técnico e estratégico de organização da atenção à saúde voltada para atender de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades da população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades, a APS representa a porta de entrada do sistema de saúde público e possui importância, pois responde por cerca de 30% dos atendimentos no Brasil (TOMASI et al., 2011).

A APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, adotando a designação de Atenção Básica à Saúde (ABS) e é coerente com a regulamentação do SUS e baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social.

Com esse novo modelo, espera-se avançar para uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, com a prestação de atendimento interligado aos demais níveis de atenção no sistema e com ênfase nas ações de prevenção e promoção da saúde e no desenvolvimento de ações curativas e de reabilitação.



O Brasil representa uma multiplicidade de arranjos institucionais devido à sua dimensão e diversidade de cenários geográficos e sociopolíticos que o caracterizam. A ideia de modelos de atenção à saúde revela a forma de organização e articulação dos meios de trabalho, a fim de solucionar as demandas de saúde do indivíduo e coletividade. Diante disso, atualmente, a atenção à Saúde no cenário brasileiro apresenta-se sob a forma de três modelos: Modelo Tradicional ou também chamado de “médico assistencial privatista”; Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O Modelo Tradicional ou “médico assistencial privatista” baseia-se na atenção à saúde voltada para o tratamento de doenças nos seus aspectos individuais e biológicos, centrado na ideia da biomedicina, com assistência curativa, individualizada e especializada. O trabalho neste modelo é desenvolvido por vários profissionais como assistentes sociais, enfermeiros, dentistas e médicos (clínico geral, pediatra, ginecologista e obstetra) por meio de demanda espontânea ou programada (TRINDADE, 2013).

Esse modelo de atenção foi conhecido como uma tecnologia tradicional e prioriza o atendimento médico e uso de equipamentos e procedimentos com elevados custos. Em consequência, esse modelo médico hegemônico apresentava alto custo e não garantia acesso a toda a população brasileira. Articulado à Previdência e ao setor privado, contemplava nas ações e serviços de saúde apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. As ações de saúde pública eram desenvolvidas de forma limitada e incipiente pelo Ministério da Saúde (MS) (BRAVO, 2006).

Diante deste cenário, emergiu a necessidade de ruptura com o modelo hegemônico predominante e uma organização da política de saúde brasileira. Destaca-se a idealização da saúde como direito de todos e dever do Estado com base na Constituição Federal de 1988 e também por meio da consolidação do SUS e ampliação do entendimento do processo de saúde-doença, vinculando-o aos diversos fatores sociais, culturais e econômicos que intervêm no adoecimento dos indivíduos (BRASIL, 1988).

A fim de delinear este processo de transição e os novos objetivos contidos na política de saúde, na década de 1990, foram implementadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142, que representam importantes instrumentos legais na

regulamentação do SUS. Dispõem respectivamente sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde e sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

No Brasil, o modelo tradicional vem sendo substituído desde 1990 pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que representa a busca pela construção de um novo modelo assistencial de saúde e é considerada como uma inovação tecnológica e alternativa ampliada. Propõe a reestruturação de atenção voltada à integralidade da atenção à saúde das pessoas e coletividade e guiada pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade (TRINDADE, 2013).

Vislumbra-se, assim, a possibilidade de construir efetivamente um novo modelo de atenção centrado no usuário e na promoção de intersetorialidade, favorecendo a articulação dos diferentes sistemas na busca pela resolubilidade das ações e uma assistência de qualidade. Com o propósito de reorganização da APS e de consolidar o modelo de atenção à saúde, em 1994, o Ministério da Saúde lança a ESF com os princípios do SUS como as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde de forma integral e continuada, levando a saúde para mais próximo das famílias, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família tem como equipe mínima um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes podem ainda ser acrescidas de outras categorias de profissionais como assistente social e odontólogos a critério do município. O foco do trabalho das equipes é o cuidado a ser prestado às famílias cadastradas e inscritas a cada equipe, o que facilita a construção de vínculo entre os trabalhadores e a população. Os profissionais, ao exercerem o seu trabalho, executam um cuidado sanitário do território e da população adscrita e por isso ressalta-se a fundamental importância de território para o novo programa, pois ele favorece a construção de perfis epidemiológicos, a definição das necessidades da população, o estabelecimento de metas e o planejamento de ações (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; GUSSO et al., 2012).

O trabalho na ESF é estabelecido de acordo com a definição de um recorte territorial, referente à área de atuação das equipes e/ou dos agentes comunitários de saúde, que pode compreender bairros, partes deles, áreas urbanas e várias

localidades. Ao pensar na lógica da territorialidade, compreende-se que as demandas do trabalho geram o planejamento das intervenções a serem realizadas com os indivíduos, famílias e comunidade.

Desta forma, o trabalho da equipe na ESF permeia-se a partir do mapeamento do território e cadastramento das famílias a serem atendidas para que sejam identificadas as principais necessidades e características sociais, econômicas, culturais, sanitárias e epidemiológicas do território (CORBO et al., 2007). A APS pode ser definida também como um conjunto de ações e serviços que ultrapassam a atenção exclusivamente médica, reestruturando-se com base nas necessidades apresentadas pela população e propondo uma atenção à saúde centrada na família, entendida a partir de seu contexto físico, econômico e cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

Independentemente do modelo de atenção, é indispensável que a APS contemple as necessidades da comunidade e para isso ela deve ser de fácil acesso, regionalizada tanto geográfica (distância e transporte) quanto em organização do serviço (horário de funcionamento, forma de marcação de consultas, marcação de exames e atendimentos diversos) (BRASIL, 2012).

A longitudinalidade implica o desenvolvimento de vínculos e a responsabilização por meio de relações interpessoais de confiança e afetividade em um serviço com território delimitado com base na prestação de cuidados contínuos. Nestes a equipe de saúde deve ser capaz de reconhecer as necessidades dos indivíduos ao longo do tempo e, de forma coerente e permanente, responsabilizar-se pela execução da assistência (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002).

A integralidade envolve ações programadas das unidades de saúde a fim de proporcionar a atenção aos usuários e o alcance de suas necessidades e pode ser vista como uma dimensão que visa organizar o processo de trabalho. Desta forma, devem-se integrar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, abordagem integral do indivíduo e famílias, garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência e ações intersetoriais para reabilitação, como coleta de lixo, saneamento, habilitação e educação. Pressupõe com essa organização um processo de trabalho centrado no usuário com intervenção ética, política, técnica e científica (BRASIL, 2012; PAIM; SILVA 2010).

A coordenação refere-se à continuidade do cuidado, acompanhando e organizando o fluxo de usuários, informações e ações de saúde. Com isso a APS deve ser o centro de comunicação entre as diversas redes de atenção à saúde, realizar e articulação contínua e integrada na busca por uma atenção integral à comunidade (BRASIL, 2012).

Desta forma, a APS aborda os problemas e doenças apresentados no contexto das comunidades, determina o trabalho dos outros níveis de atendimento à saúde e integra ações para organizar recursos e direcionar o atendimento para prevenção, promoção e reabilitação na busca pela melhoria da saúde e o bem-estar dos indivíduos (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Em relação à equipe mínima da ESF, é importante ressaltar o papel exercido pelo ACS para o alcance do vínculo e relações interpessoais, pois é o profissional moderador/integrador desta relação. Além de membro da equipe de saúde, é morador da comunidade e representa elo entre a equipe e a população do território, articulando o saber científico e o saber popular. Tem, portanto, as importantes funções de facilitar o acesso à comunidade, divulgando ações e serviços da Unidade; estreitar vínculos da população com a equipe; levantar demandas em saúde e desenvolver um trabalho de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2012).

No modelo de atenção à saúde vigente no SUS, a Atenção Primária à Saúde é considerada ordenadora da rede de atenção à saúde e coordenadora do cuidado integral. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (LACERDA e SILVA et al., 2014; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BRASIL, 2012).

A equipe de ESF tem seu trabalho e referência nos cuidados centrados na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, levando os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações. Isso viabiliza uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenção para além das práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; MATTA; MOROSINI, 2007).

### 3.2 CONCEITUANDO TRABALHO, CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR

O trabalho tem papel fundamental em todos os âmbitos da vida do ser humano, determina a formação de identidades e possui relevância em uma abordagem que considera os aspectos subjetivos do trabalhador e a sua participação social. Compreendendo-o em seu âmbito mais amplo, é essencial para a saúde dos indivíduos e executado por um grande contingente de profissionais. Estes utilizam os saberes e valores como elementos fundamentais de reconstrução individual e coletiva (SANTOS, 2014; CAVALCANTE et al., 2006).

O trabalho é uma atividade na qual o homem, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla os recursos materiais (da natureza), transformando-os de forma a atender as necessidades humanas. É, portanto, a transformação de um objeto em um produto e, para realizar esta transformação, podem ser utilizados meios e instrumentos (RIBEIRO, 2012; PEREIRA et al., 2009 ; MARX, 2008).

Silva e Tolfo (2012) e Marx (2008) ressaltam que a categoria trabalho ocupa um lugar de centralidade na nossa sociedade e na vida das pessoas. Segundo Marx (2008), o homem possui força de transformar por meio do trabalho a natureza e a si mesmo. Constitui-se em uma atividade essencial para a satisfação das necessidades biológicas, mas também para atender as necessidades de plano social, cultural, lúdico e afetivo dos indivíduos. Essa relação resultará em formas de inovações, conhecimentos e relações interpessoais, por isso se destaca com extrema importância na vida dos indivíduos e na sociedade (RIBEIRO, 2012).

Pode-se caracterizar o trabalho sob duas dimensões segundo Ribeiro (2012), pela dimensão primária, quando representa a relação do homem com a natureza na busca pela satisfação das suas necessidades, com o papel de transformar o homem e suas relações; e pela dimensão secundária, em que o trabalho é transformado em mercadoria e força de trabalho.

Assim, o processo de trabalho pode ser entendido como a transformação de um objeto definido em um produto determinado, por meio da intervenção humana, que, para fazê-lo, emprega instrumentos, meios de produção e tem por objetivo produzir algum produto ou serviço que tenha pretensamente utilidade e valor para o próprio ser humano (SANNA, 2007). Os instrumentos aplicados são como elementos

que compõem o processo de trabalho. Tem-se: o trabalho (atividade com fim específico), o objeto de trabalho (matéria necessária para seu desenvolvimento) e o meio de trabalho (instrumentos imprescindíveis ao trabalho) (DANSKI, 2011; FARIA, 2009).

Segundo Dejours (2004, p.30), “trabalhar não é somente produzir; é, também, transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para se realizar.” Com isso, destaca-se que o exercício do trabalho é um elemento constituidor do indivíduo e de sua identidade em que cada sujeito trabalhador interpreta uma situação, delibera e decide, sendo responsável pelos próprios atos.

Dejours define ainda que:

o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar (DEJOURS, 2004 p. 28).

Há, portanto, uma relação entre os indivíduos e o trabalho para a manutenção de suas necessidades na busca pela qualidade de vida e saúde. Porém, devido às rápidas transformações tecnológicas, os trabalhadores têm sofrido influências negativas e aumento à exposição de riscos à saúde e assim transformando as relações no trabalho.

Desta forma, podem-se definir riscos como a percepção de perigo ou ainda como a probabilidade de ocorrência de um dano à saúde que se relaciona ao indivíduo e ao coletivo. Pode ser compreendido por meio de representações racionais e sociais, que são democraticamente compartilhadas por todos os trabalhadores (RIBEIRO, 2012; CESAR-VAZ et al., 2009; CAVALCANTE et al., 2006).

Os riscos podem ser percebidos de diversas maneiras, pois podem variar de acordo com o tipo de bem ou serviço produzido, podendo ser minimizados por medidas de proteção coletiva e/ou equipamentos de proteção individual (RIBEIRO, 2012; CESAR-VAZ et al., 2009; CAVALCANTE et al., 2006).

No exercício do processo de trabalho, os profissionais estão expostos aos mais variados riscos ocupacionais e a vulnerabilidades, o que pode repercutir nas atividades a serem desenvolvidas. Estes riscos referem-se a condições, situações,

procedimentos, condutas ou eventos que podem implicar efeito negativo, causando dano ao usuário do serviço, ao trabalhador, ao ambiente e ao estabelecimento. Tais riscos foram classificados pela OMS e pelo Ministério da Saúde em químicos, físicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos e psicossociais (SULZBACHER; FONTANA, 2013; RIBEIRO, 2012; CAVALCANTE et al., 2006).

A seguir, apresentar-se-ão os riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores podem estar expostos ao desempenharem suas atividades. Estes podem interferir no processo saúde/doença dos profissionais de forma abrupta e modificar a maneira de viver e de trabalhar de cada indivíduo (SULZBACHER; FONTANA, 2013).

Os riscos biológicos se dão quando ocorre a exposição ocupacional de trabalhadores a agentes biológicos que são representados por microrganismos geneticamente modificados ou não, bactérias, vírus, fungos, parasitas presentes no ambiente de trabalho (KARINO et al., 2015; SANTANA et al., 2013; OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2005; BRASIL, 2001). Os agentes biológicos se classificam de acordo com o grau de risco a que os trabalhadores estão expostos, sendo estes: Grau de Risco 1, 2, 3 e 4, conforme mostra o quadro abaixo.

**Quadro 1** – Características do Grau de Risco segundo a NR 32.

Grau de Risco 1	Baixo risco individual para o trabalhador e para a coletividade, com baixa probabilidade de causar doença ao ser humano.
Grau de Risco 2	Risco individual moderado para o trabalhador e com baixa probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças ao ser humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.
Grau de Risco 3	Risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças e infecções graves ao ser humano.
Grau de Risco 4	Risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade elevada de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças graves ao ser humano, para as quais não existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

Fonte: BRASIL, 2005.

Há ainda os riscos químicos, físicos, ergonômicos/mecânicos e psicossociais. Os riscos químicos incluem a exposição a todas as substâncias químicas, poeiras, gases, vapores e fumaças presentes no local de trabalho (KARINO et al., 2015; SANTANA et al., 2013). Destacam-se como agentes químicos substâncias, compostos ou produtos que podem ser absorvidos através da pele ou por ingestão ou ainda penetrar por via respiratória e possuem diversas formas de apresentação (RIBEIRO, 2012; BRASIL, 2005; BRASIL, 2001).

No que tange aos riscos físicos, estes se referem à possibilidade de exposição dos trabalhadores a cargas físicas, tais como as diversas formas de ruído, vibração, pressão anormal, iluminação, umidade, ventilação e temperatura extrema (BRASIL, 2005; BRASIL, 2001).

Os riscos ergonômicos/mecânicos são aqueles que geram rupturas de continuidade do corpo, quando os trabalhadores utilizam equipamentos, máquinas e mobiliários inadequados, levando a posturas e posições incorretas, fraturas ou contusões, entre outras (KARINO et al., 2015; SANTANA et al., 2013; RIBEIRO, 2012; BRASIL, 2001).

Já os riscos psicossociais são complexos e envolvem características relacionadas ao indivíduo (personalidade), ao ambiente de trabalho (demandas e controle sobre a tarefa) e ao ambiente social (fatores culturais). São resultantes das relações e organização do trabalho desfavorável ao trabalhador e que produzem sobrecarga psíquica (KARINO et al., 2015; SANTANA et al., 2013; RIBEIRO, 2012; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; BRASIL, 2001).

Estes riscos são relacionados ao desgaste do trabalhador devido a vários aspectos: prática monótona e repetitiva, ao ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, dificuldades na comunicação e nas relações interpessoais durante a jornada de trabalho, fadiga e estresse, sofrimento emocional, agressão psíquica e adoecimento do trabalhador (TRINDADE, 2013; SANTANA, 2013; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; BRASIL, 2001).

Ao considerar os riscos ocupacionais, estes integram o processo de trabalho, e se relacionam com os elementos laborais, de acordo com a especificidade do trabalho e podem promover desgastes sobre os processos biopsíquicos. São responsáveis pelo agravamento das condições de saúde e promovem o adoecimento dos



trabalhadores e o aumento das doenças relacionadas às atividades laborais, entre elas os transtornos mentais (BRAGA, 2010; SELIGMANN-SILVA et al., 2010).

Assim, as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população influenciam a condição de saúde, sendo consideradas como determinante social. Nesse sentido, Shimizu; Alvão (2012) remetem-se a Dejours e Schwartz, que salientam que a forma concreta de organização do trabalho influencia o estado de saúde dos trabalhadores, ao propiciar ou dificultar os mecanismos de reelaboração das normas, conseqüentemente o sofrimento vivenciado por eles (SHIMIZU; ALVÃO, 2012).

Os agravos à saúde dos trabalhadores podem ser avaliados sob três aspectos: considerando os agravos incidentes de rupturas abruptas do equilíbrio entre as condições e o ambiente de trabalho, que são os acidentes do trabalho; as intoxicações agudas e os agravos crônicos ocorrentes em longo prazo, que são as doenças profissionais típicas inerentes a um determinado tipo de atividade, e a doença relacionada ao trabalho quando se refere aos agravos à saúde decorrentes do exercício do trabalho (RIBEIRO, 2012; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Com base no exposto, denomina-se acidente de trabalho o acontecimento imprevisto que ocorre durante a realização das atividades laborais, podendo provocar ou não lesão corporal e/ou perturbação funcional com perda da capacidade de realizar as funções no trabalho ou resultando em morte. E doença profissional é aquela resultante do exercício do trabalho peculiar a uma atividade específica, sendo o trabalho considerado como causa direta do agravo (RIBEIRO, 2012).

A doença relacionada ao trabalho é um conjunto de danos e agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores e que são causados ou agravados pelos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho, que podem se manifestar de forma lenta e insidiosa. Já a doença ocupacional é produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho específico de uma atividade (RIBEIRO, 2012; BRASIL, 2001).

Estudos relatam que a compreensão da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença vem crescendo e que os avanços no conhecimento têm contribuído para este fato (BRAGA, 2010; CAVALCANTI, 2006).

Neste contexto, no final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, marcado pelo crescimento dos movimentos pela redemocratização do país, emerge a saúde do trabalhador. Percebeu-se que o trabalho deveria ser analisado considerando os

aspectos organizacionais e os riscos ergonômicos e psicossociais, e assim ocorre a mudança de enfoque, direcionando a atenção às condições trabalho dos indivíduos e coletividade (SELIGMANN-SILVA et al., 2010).

Destaca-se, portanto, o que Maeno e Carmo (2005) referem em seu livro:

O olhar conferido pela Medicina Social atento à estrutura social e do trabalho e mais próximo das instituições públicas de saúde ganha nova dimensão: o ser humano, sua inserção no processo produtivo como um todo, na organização e na divisão do trabalho e as características específicas de cada extrato [sic] social. [...] De caráter interdisciplinar e intersetorial, a Saúde do Trabalhador, sem deixar de se valer do acúmulo do conhecimento da Medicina do Trabalho e da Saúde ocupacional, considera que o trabalhador é por extensão todo o conjunto da população, além de objeto de seus benefícios, deve ser também sujeito das ações de transformação dos fatores determinantes do seu processo de adoecimento (MAENO; CARMO, 2005 p. 44).

Diante dessa necessidade e da nova percepção que direciona a atenção à saúde dos trabalhadores, torna-se essencial a atuação nesta área que será contemplada por meio da vigilância dos perigos e riscos inerentes ao trabalho, da assistência à saúde, da abordagem e de condutas apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que podem impactar de modo negativo a saúde dos trabalhadores (CHIAVEGATTO, 2010).

Com marcos desta concepção, superação do modelo vigente e em sintonia com a Reforma Sanitária, ocorre, em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde (DIAS, 1994; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Neste contexto, as discussões sobre a saúde da população brasileira influenciaram o processo constituinte, o que culminou na aprovação, em 1988, da Nova Constituição Brasileira, que estabeleceu as bases para a implantação do Sistema Único de Saúde (DIAS, 1994; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Como consequência do movimento de reforma sanitária, foram criadas e aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o intuito de regular, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde. Entre as questões levadas em discussão pelas LOS, podemos destacar a inovação do conceito de saúde do trabalhador e a introdução das políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Desta forma, a Saúde do Trabalhador é inserida como campo de atuação no SUS a partir da implantação da nova Constituição Brasileira e por meio da Lei Federal n. 8.080, que define a Saúde do Trabalhador como:

“um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção, proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990a p.2).

Em relação à saúde dos trabalhadores, a Lei n. 8.080/90 estabelece que as ações a ela referentes devem abranger a vigilância sanitária e epidemiológica; a realização de estudos que avaliem os riscos e agravos de saúde, presentes no processo de trabalho. Devem ainda assistir os trabalhadores vítimas de acidentes ou de agravos à saúde relacionados ao trabalho; fiscalizar e controlar as condições de trabalho e informar os trabalhadores a respeito de processos de trabalho, divulgando estudos, resultados e avaliações realizadas nos locais de trabalho (BRASIL, 1990a).

A Lei n. 8.080/90 dispõe também que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado tem o dever de prover condições para o pleno exercício dos indivíduos. Em suas ações voltadas à saúde do trabalhador, o Estado deve ainda garantir a saúde na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem a promoção, proteção e recuperação da saúde e, desta forma, direcionar a atuação das ações à saúde dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 2011; BRASIL, 1990a).

No decorrer da década de 1990, várias ações foram realizadas no sentido de consolidar a área de saúde do trabalhador no SUS. Discutiu-se a definição de uma política de atenção à Saúde do trabalhador na 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 1994, e na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 2005. Estas foram subsidiadas por um documento sobre a política, subscrito e divulgado pelos Ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência Social. Ocorreu também a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST - Portaria n. 3.908/98); a publicação da Portaria n. 3.120/98, que estabeleceu a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, e da

Portaria n. 1.339/99, que instituiu a Listagem de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Nesse contexto, a APS torna-se essencial na atuação em Saúde do trabalhador por ser ordenadora da rede de atenção à saúde e coordenadora do cuidado integral com perspectivas inovadoras de intervenção e proteção em saúde (LACERDA E SILVA et al., 2014; SELIGMANN-SILVA et al., 2010).

Assim, entre as ações propostas pela APS, foi organizada uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), em 2002, com o propósito de programar atividades assistenciais, de vigilância, prevenção e de promoção da saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador no âmbito dos SUS. Em 2004, foi criada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST), que foi ampliada pela Portaria n. 2.728, de 11 de novembro de 2009, e colocada para integrar a rede de serviços do SUS por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Estes têm como ações realizar a prevenção, a promoção e a recuperação da Saúde do Trabalhador, independentemente do tipo de inserção no mercado de trabalho. Esta portaria também propõe que a Renast seja implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Saúde dos estados, o Distrito Federal e os municípios com envolvimento de diversos setores e desenvolvimento de variadas ações (LACERDA E SILVA et al., 2014; SANTANA; SILVA, 2011; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011; RIBEIRO, 2008; DIAS; HOEFEL, 2005; BRASIL, 2002a).

Assim sendo, a PNSST busca a superação da fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente. Define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais (SANTANA; SILVA, 2011; BRASIL, 2004).

### 3.3 SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Os indivíduos estão expostos, em seus ambientes laborais, às diversas cargas de trabalho, as quais influenciarão positiva ou negativamente as suas condições de saúde. A organização do trabalho, condições precárias para a realização das atividades, problemas com a infraestrutura, por exemplo, podem ser fatores importantes para o desenvolvimento de estresse laboral (SERAFIM, AC, 2012; FERNANDES; MEDEIROS; RIBEIRO, 2008).

Da mesma forma, o trabalho em saúde é produzido no encontro de subjetividades, uma vez que o processo de cuidar envolve diferentes aspectos. No exercício das atividades, os trabalhadores são modificados, seja pela execução de suas atividades, seja pelos resultados obtidos por elas. Esse fato se apresenta de forma intensa quando se trata de processos de trabalho que envolvem as relações interpessoais como é o caso dos trabalhadores da APS e especificamente os agentes comunitários de saúde, pois estes exercem seu trabalho com base nas necessidades dos indivíduos e coletividade (SANTOS, 2014; CARVALHO, 2012; FARIA, 2009).

Na saúde, o processo de trabalho sofreu influência de modelos hegemônicos, como o taylorismo e o marxismo, reestruturação do capitalismo e uso intensivo de equipamentos como tecnologia avançada. Portanto, o trabalho em saúde possui especificidades que se referem essencialmente ao modo interativo com que os trabalhadores exercem suas atividades, este sendo desenvolvido por meio de relações interpessoais, entre profissional-usuário e profissional-profissional. Por esta característica, pode-se afirmar que o trabalho nos serviços de saúde é considerado imaterial, intercedido pela relação social e pela comunicação, uma atividade ligada à subjetividade com uma produção de cuidado que é consumido e esgotado no momento que se executa (CARVALHO, 2012).

Atualmente, reconhece-se que os profissionais da área da saúde estão expostos a muitos riscos ocupacionais relacionados às atividades laborais, o que acarreta o aumento do número de acidentes de trabalho e as doenças do trabalho (BRAGA, 2010; CAVALCANTI, 2006).

Segundo estudos de Mauro (2010), Santana (2013) e Trindade (2013), os profissionais em saúde estão mais expostos aos riscos psicossociais ao considerarmos as dificuldades de seu processo de trabalho, tais como deficiência de recursos humanos e materiais. Isso gera sobrecarga de trabalho, e assim potencializa e eleva os desgastes ao exercer as suas atividades, comprometendo e agravando o processo de saúde-doença dos trabalhadores (SANTANA, 2013; TRINDADE, 2013; MAURO, 2010).

Além disso, o trabalho em saúde caracteriza-se também pelo relacionamento do profissional com o usuário e tal relação pode gerar tanto melhoria na condição do paciente como também pode afetar de forma negativa a vida do trabalhador, sendo fonte de sofrimento e risco de adoecimento (LIMA et al., 2014).

Ao ressaltar a saúde dos trabalhadores da atenção primária, destacam-se a complexidade de assistência e as diversas exigências que incidem sobre estes trabalhadores, são elas: deficiências do sistema de saúde, más condições de trabalho, com exposição a cargas físicas e psicossociais elevadas e a situações de pobreza e desigualdades, entre outras. A esses aspectos somam-se a incorporação de novas tecnologias, transformações e a reestruturação dos processos de trabalho com intensa modificação no perfil do trabalho e trabalhadores e o desafio de superação para que seja possível desenvolver as atividades com qualidade e segurança (SELIGMANN-SILVA et al., 2010; BRAGA, 2010; MAURO, 2010; LACAZ, 2000).

O cenário da APS, e principalmente a ESF, apresenta-se com diversos estressores do tipo psicossocial, gerados principalmente pela organização do trabalho, os quais podem gerar estresse ocupacional (MARTINS et al., 2014).

Considerando que a ESF tem como um de seus pilares o estabelecimento de vínculos, relacionamentos estreitos de confiança, laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população, torna-se primordial a realização de um trabalho interdisciplinar. Diante desta necessidade, destaca-se a atuação do ACS, pois é um agente importante no contexto de mudanças e práticas de saúde e seu papel social consolida o fortalecimento de vínculos entre os profissionais e a população, esta interação e troca de saberes entre os profissionais e comunidade enriquece e modifica o perfil dos mesmos e aproxima os usuários à

unidade de atendimento (MELO, 2015; OLIVEIRA et al., 2014; LIMA et al., 2014; SOUZA, 2013; TEIXEIRA, 2013).

Historicamente, a entrada destes profissionais na APS se deu estrategicamente por meio do Programa Nacional de Agentes Comunitários (PNACS), lançado em 1991 e foi denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde no ano de 1992. Tal programa foi criado como parte do processo de construção do SUS, mas foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997 pela Portaria n.1.886, que aprovou normas e diretrizes para o PACS e para o Programa de Saúde da Família, a fim de contribuir no aprimoramento e consolidação do SUS (BORNSTEIN et al., 2014; MENEGUSSI, 2014; PEREIRA; OLIVEIRA, 2013; GOMES, 2010; MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007; BRASIL, 2001; BRASIL, 1997).

O PACS representa uma estratégia de reorientação do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção básica e favoreceu a implantação da Saúde da Família em 1994, com a formação de algumas Equipes de Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde, ampliando assim a atuação dos ACSs (MENEGUSSI, 2014). O programa teve papel crucial para a criação de elos de confiança e trocas de saberes entre a comunidade e a equipe multiprofissional, proporcionados pela integração do ACS como membro da equipe (TEIXEIRA, 2013; MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A categoria de Agente Comunitário de Saúde foi criada pela Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, que determinava, em seu parágrafo único: “o exercício da profissão de ACS dar-se-á exclusivamente no âmbito do SUS”. Este se caracterizava por atividades como: prevenção de doenças e promoção da saúde, ações domiciliares e/ou comunitárias, individuais e/ou coletivas, sendo desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e com supervisão do gestor da unidade de atenção (BRASIL, 2002).

Diante da regulamentação como nova profissão, foram determinados como requisitos para ser um ACS residir na área da comunidade em que trabalhará, concluir com aproveitamento o curso de qualificação a ACS e ter concluído o ensino fundamental. Com isso, os ACSs tornam-se uma nova categoria de trabalhadores formada pela e para a comunidade (IMBRIZI, 2012; MARZARI et al., 2011; BARROS, 2010; MARQUES; PADILHA, 2004; BRASIL, 2002 ).

Segundo a Política Nacional de Atenção Primária, são atribuições dos ACSs trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, chamada de microárea e sob sua responsabilidade: cadastrar e atualizar as famílias de sua microárea; realizar ações educativas a fim de atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos no processo de saúde-doença dos membros da comunidade; realizar visita domiciliar a todas as famílias de sua microárea, orientando-as em relação aos serviços de saúde disponíveis na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). A referida Política destaca ainda que “é permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas suas unidades de trabalho, desde que vinculadas às suas atribuições” (BRASIL, 2012).

O cenário ideal para o desenvolvimento das atividades propostas pelo PACS é o SUS, como já preconizado na criação da categoria profissional dos ACSs. Trata-se de uma importante ferramenta de aprimoramento e consolidação do SUS, como na ESF, pois trabalham com a principal função de articular o trabalho da APS, equipe de saúde, com a comunidade, contribuindo para o trabalho de vigilância, promoção da saúde e na busca de alternativas para melhorar as condições de saúde dos indivíduos de suas comunidades (GOMES et al., 2015; MENEGUSSI, 2014; PEREIRA, 2013; GOMES, 2010; MARQUES, 2004; SILVA, 2002).

O ACS é o profissional residente na própria área de trabalho, conhecedor da realidade local e, portanto, tem uma missão clara e social, pois vivencia os mesmos valores, costumes, linguagens e tem como atribuição atuar também em resolução de problemas sociais, em ações de proteção da saúde da comunidade. Assim, pode ser identificado por sua capacidade de liderança e como membro efetivo da equipe de saúde que trabalha a favor de melhoria das condições de vida e saúde da população (GOMES et al., 2015; BORNSTEIN et al., 2014; MENEGUSSI, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; LACERDA E SILVA et al., 2014).

Além de ser um elemento inovador no quadro funcional da ESF, o ACS deve desenvolver a integração da equipe com a população local, planejar e avaliar ações de saúde, prevenir e monitorar grupos específicos, morbidades e riscos ambientais e sanitários. Mobiliza-se para a promoção da saúde da população e na prevenção de doenças e possui como facilidade o desenvolvimento da comunicação com as famílias. Destarte, intermedeia a interlocução entre governo e comunidade



(BORNSTEIN et al., 2014; IMBRIZI, 2012; MARZARI et al., 2011; BARROS, 2010; MARQUES;PADILHA, 2004; BRASIL, 2002).

Desta forma, os profissionais do ESF, especialmente os ACSs, enquadram-se nas categorias de trabalhadores que vivenciam diversas demandas de pessoas, pois os seus trabalhos possuem caráter coletivo. O seu trabalho visa à promoção da saúde da comunidade por meio da prevenção de patologias e ao mesmo tempo é necessário desenvolver controle de seu processo de trabalho e das relações interpessoais, uma vez que estas podem os expor a estressores psicossociais (GOMES et al., 2015; MARTINS et al., 2014).

A complexidade dos problemas de saúde decorrentes da exposição a fatores de riscos gerados pelo trabalho e a situação de vulnerabilidade social agregam exigências às equipes e conseqüentemente aos profissionais. Estes, muitas vezes, não estão preparados para resolver a maioria dessas questões, o que gera maior dificuldade e um cuidado diferenciado na realização das situações de rotina relacionadas aos processos saúde-doença da população e dos profissionais (LACERDA e SILVA et al. 2014; BRASIL,2004).

Em relação ao ACS, tal situação se torna peculiar, tendo em vista as atividades a ele designadas. Seu trabalho é comprometido por diversos fatores, pois é realizado no ambiente externo, o que proporciona maior exposição a riscos físicos, biológicos, mecânicos e psicossociais. Suas condições de trabalho são instáveis, uma vez que enfrenta dificuldades estruturais, exposição a fatores ambientais e climáticos e a doenças; condições salariais inadequadas; inexistência de limite entre o local de trabalho e sua moradia. Estas situações podem causar sobrecarga física e mental nas relações sociais e na saúde desse trabalhador (GOMES et al., 2015; MASCARENHAS et al., 2013).

Encontra-se na literatura uma amplitude de estudos que envolvem a APS, porém, apesar de sofrer pressão e sobrecarga de trabalho, desgaste profissional e potencial acometimento de morbidades, são poucos os estudos que avaliam as condições de trabalho e saúde do ACS (PEREIRA, 2014). As características do trabalho do ACS reforçam a necessidade de adoção de medidas de promoção da saúde para proporcionar melhorias na sua rotina e no seu ambiente de trabalho, com o objetivo de minimizar os riscos e danos decorrentes das suas condições de trabalho (GOMES et al., 2015).

### 3.4 O MODELO DEMANDA-CONTROLE E O ESTRESSE PSICOSSOCIAL NO TRABALHO

A inserção de novas tecnologias e a reorganização do trabalho em saúde têm gerado diferentes perspectivas, demandas e implicações no trabalho dos profissionais. O moderno ambiente de trabalho é o lugar onde esses indivíduos passam a maior parte do tempo, desenvolvendo suas atividades, estas demandam, compelem e geram diferentes cargas de trabalho sobre estas equipes (TRINDADE, 2013; PORTELA, 2012).

As pesquisas em saúde do trabalhador têm apontado que a exposição e os impactos do trabalho na saúde dos trabalhadores não se limitam aos fatores biológicos, químicos ou físicos, estão ligados também à exposição a fatores psicossociais que compõem sua organização (PORTELA, 2012).

O MDC tem sido um dos instrumentos mais utilizados para estudar o estresse psicossocial no trabalho; é o modelo de referência em diversos países, nos últimos anos. (ALVES et al., 2015; TANG, 2014; SCHMIDT, 2013; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). Constitui um instrumento útil para avaliar o ambiente psicossocial e compreender as suas relações com as atividades laborais, fornecendo determinantes cruciais de bem-estar ou estresse e suas repercussões na saúde do trabalhador. Ele permite que sejam realizadas avaliações das interações das demandas psicológicas, controle e apoio social sobre o processo de trabalho, vivenciados nos ambientes ocupacionais (KOGIEN; CEDARO, 2014; ZIRWATUL; KEIS, 2012; SCHMIDT et al., 2009; KARASEK et al., 1998; KARASEK & THEORELL, 1990; JOHNSON & HALL, 1988; KARASEK, 1979).

Historicamente, estudos foram realizados para avaliar as dimensões psicossociais no contexto laboral e as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, e estes influenciaram os estudos unidirecionais experimentais de Hans Selye na década de 70. Foram estudadas as demandas das tarefas *versus* a capacidade do indivíduo para enfrentá-las, no entanto ainda não se considerava o controle que cada trabalhador poderia exercer sobre o seu processo de trabalho no que se referia ao desgaste laboral (GRECO et al., 2011).

Considerando as dificuldades para estudar os fatores psicossociais no trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, por meio de estudos fundamentados em modelos unidimensionais existentes, Robert Karasek propôs, ainda na década de 70, o primeiro modelo teórico bidimensional. Este se baseava em uma abordagem simultânea das demandas psicológicas e do controle sobre o trabalho, tornando-se assim um dos pioneiros a estudar as relações sociais no contexto do trabalho com suas repercussões sobre a saúde dos indivíduos (URBANETTO et al., 2013; HOKERBERG et al., 2010; GRIEP et al., 2009; ALVES et al., 2004; THEORELL, 2000; KARASEK, 1990).

Uma nova dimensão foi acrescida ao modelo proposto por Karasek, esta constitui a terceira dimensão e refere-se ao apoio social no ambiente de trabalho, foi acrescentada por Johnson e Hall em 1988 e definida como os níveis de interação social existentes no trabalho; e sua escassez pode gerar consequências prejudiciais à saúde dos trabalhadores (SCHMIDT, 2013; GRECO et al., 2011; MAGNAGO et al., 2010; HOKERBERG et al., 2010; ALVES et al., 2004; KARASEK et al., 1998; JOHNSON; HALL, 1988).

O Modelo Demanda-Controle, de Karasek, criado para estimar o estresse ocupacional em categorias diferentes de profissionais, permite a sua aplicação na política social como uma medida da qualidade do trabalho e tem como foco a organização do trabalho. Busca-se esclarecer as alterações que acontecem com os indivíduos submetidos a aspectos específicos da organização do trabalho, com destaque aos conflitos de nível fisiológico e psicológico que podem significar riscos de adoecimento (KOGIEN; CEDARO, 2014; GRECO et al., 2011; HOKERBERG et al., 2010; ALVES et al., 2004; KARASEK et al., 1998).

Inicialmente o questionário de Karasek era um instrumento com 49 questões que abordavam demandas psicológicas, de controle do trabalhador sobre o trabalho e também o suporte social advindo da chefia e dos colegas de trabalho. O instrumento foi nomeado como *Job Content Questionnaire* (JCQ) (SCHMIDT, 2013; AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES et al., 2004).

Este modelo aborda as dimensões de demanda psicológica (nove questões), demanda física (cinco questões), controle no trabalho que compreende dois componentes: uso de habilidades (seis questões) e autoridade para a decisão (11 questões) e apoio social no trabalho: proveniente da chefia (cinco questões),

proveniente dos colegas de trabalho (seis questões) e insegurança no trabalho (seis questões). Uma questão refere-se ao nível de qualificação exigido para o trabalho que é executado (correspondência com o nível educacional requerido no posto de trabalho ocupado (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES et al., 2004).

Uma versão resumida do MDC foi elaborada por Töres Theorell em 1988, na Suécia, o “*Swedish Demand-Control-Support Questionnaire – DCSQ*”, que reúne as três dimensões básicas propostas pelo JCQ: demanda psicológica, controle do trabalho e apoio social. Esta versão contém 17 questões: cinco para avaliar demanda psicológica, seis para avaliar controle do trabalho e seis, para apoio social no trabalho (HÖKERBERG, 2014; SCHMIDT, 2013; AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; KARASEK et al., 2007; ALVES et al., 2004; ARAÚJO et al., 2003; KARASEK; THEÖRELL, 1990; JOHNSON; HALL, 1988; KARASEK, 1979).

Da totalidade de questões, o JCQ está composto por cinco questões que avaliam os níveis de demanda psicológica, abordando aspectos quantitativos do trabalho como o tempo, a exigência e a velocidade na execução das tarefas e, também, o conflito entre as diferentes demandas do trabalho. Seis questões medem o grau de controle sobre o processo de trabalho por parte do trabalhador e seis apreciam o suporte social, abordando as relações com colegas e chefias. Ressalta-se que a dimensão “controle” pode ser dividida em duas subescalas que avaliam o discernimento intelectual do trabalhador e a autoridade sobre decisões (KOGIEN; CEDARO, 2014).

Este modelo, adotado para avaliar o estresse psicossocial no trabalho, pressupõe a interação de diferentes níveis de demanda (alta ou baixa) com níveis diferentes de controle (alto ou baixo), os quais resultam em diferentes experiências no contexto e organização do trabalho, diferindo assim o nível de exposição e riscos à saúde do trabalhador (KOGIEN; CEDARO, 2014; URBANETTO et al., 2013; SCHMIDT et al., 2009).

O processo de trabalho é organizado com o intuito de atender as necessidades dos indivíduos e comunidade. Mudanças nas condições em que e no modo como realizam a organização do trabalho expõem a população a resultados adversos na saúde mental e física, o que pode gerar riscos para a saúde chamados de fatores de risco psicossociais. O modelo de MDC, proposto por Robert Karasek, implica demanda de trabalho, controle de trabalho ou apoio social como produtores

de diferentes categorias para a saúde do trabalhador, sejam favoráveis (bem-estar físico e psicológico), sejam desfavoráveis (estresse), levando a condições psicossociais no ambiente de trabalho (KOGIEN; CEDARO, 2014; GRIEP et al., 2011).

O estresse impacta diretamente as dimensões físicas, psicológicas e sociais na vida dos indivíduos. E o estresse psicossocial no trabalho, entre outros fatores, é o resultado da junção entre muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de trabalho e menor apoio social proveniente de colegas e chefias no ambiente de trabalho (KOGIEN; CEDARO, 2014; KARASEK; THEORELL, 1990).

Demanda psicológica está definida pela percepção do indivíduo em relação à intensidade com que lhe é exigida a realização de tarefas do trabalho. Refere-se à sobrecarga de trabalho, ao grau de dificuldade para executar as tarefas, à pressão de tempo e ritmo aplicado para tal atividade, ao nível de concentração e interrupção das tarefas direcionadas aos trabalhadores (SCHMIDT, 2013; GRECO et al., 2011; AGUIAR et al., 2010; MACEDO et al., 2010; ALVES et al., 2004; ARAÚJO et al., 2003).

O controle no trabalho refere-se à capacidade do trabalhador de decidir sobre as relações e conflitos de trabalho, desenvolvimento da tomada de decisão e de habilidades. Este se relaciona a dois aspectos: ao uso de habilidades (o grau com que o trabalho envolve a aprendizagem e a criatividade) e à autoridade decisória que abrange a habilidade individual para a tomada de decisões sobre o programa ou como realizar seu trabalho (SCHMIDT, 2013; GRECO et al., 2011; AGUIAR et al., 2010; MACEDO et al., 2010; ALVES et al., 2004; ARAÚJO et al., 2003).

Para avaliar a demanda psicológica, são utilizadas quatro questões referentes a aspectos quantitativos do trabalho, como o tempo, a exigência e a velocidade na execução das tarefas, e uma questão se refere ao conflito entre diferentes demandas. No que tange aos itens relacionados ao controle do trabalho, quatro questões referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades, e duas à autonomia para tomada de decisões sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões de controle, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1-4), variando entre “frequentemente” e “nunca/quase nunca”. Para a determinação dos grupos de exposição, utilizam-se pontos de corte e medianas para as dimensões referidas (LOPES et al., 2010; ALVES et al., 2004; KARASEK & THEORELL, 1990).

A dimensão apoio social é considerada como a integração social e auxilia na realização das tarefas laborais, atuando como moderadora de efeitos de desgaste sobre a saúde do trabalhador. Ela está contida nas seis últimas questões do instrumento e aborda as questões de interações com colegas e chefes e sobre o ambiente de trabalho, com quatro opções de resposta em escala tipo Likert (1-4) com opções variando entre “concordo totalmente; concordo mais que discordo, discordo mais que concordo (GRIEP et al., 2011; AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES et al., 2004; ARAÚJO et al., 2003).

Segundo proposto por Karasek, altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho podem se constituir em indicadores de sobrecarga física e emocional no cotidiano laboral. Portanto, o estresse ocupacional é resultante da interação entre altas demandas psicológicas, menor controle no processo de produção de trabalho e menor apoio social recebido de colaboradores e chefes no ambiente de trabalho. Essa condição pode gerar consequências nocivas à saúde dos trabalhadores, promovendo desgaste psicológico e adoecimento (GRECO et al., 2011; ARAÚJO et al., 2003; KARASEK; THEORELL, 1990).

A avaliação do risco para o estresse psicossocial é realizada a partir da combinação de níveis altos e/ou baixos de interação de demandas psicológicas e de controle, os quais provocam riscos diferenciados à saúde do trabalhador, configurando-se em quatro tipos básicos de experiências no trabalho.

A categoria de referência é a de *baixa exigência* (baixa demanda e alto controle) e se configura em um estado altamente confortável e ideal de trabalho; e o *trabalho ativo* (alta demanda e baixo controle) permite ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, bem como usar sua potencialidade intelectual com esta finalidade. Em contrapartida há a categoria de *trabalho passivo* (baixa demanda e baixo controle), que se configura na segunda combinação mais danosa ao indivíduo, pois produz uma atrofia gradual de aprendizagem e de habilidades e *alta exigência* (alta demanda e baixo controle), categoria de exposição, apresenta-se com reações mais adversas e com desgaste psicológico e maior risco de adoecimento (KOGIEN; CEDARO, 2014; SCHMIDT, 2013; URBANETTO et al., 2013; MAGNAGO et al., 2010; LOPES et al., 2010; SOUZA et al., 2010; ALVES et al., 2004; ARAÚJO et al., 2003; ARAÚJO; GRACA; ARAÚJO, 2003; KARASEK, THEÖRELL, 1990; KARASEK, 1981).

Os trabalhos considerados ativos são aqueles que possuem altas demandas psicológicas, mas que permitem ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, bem como quando usar todo seu potencial intelectual para isso. O trabalho é visualizado como uma forma de aprendizado e crescimento na qual o trabalhador terá capacidade para a resolução de problemas (KOGIEN; CEDARO, 2014; SCHMIDT et al., 2013; KARASEK & THEORELL, 1990).

Em contrapartida, os trabalhos considerados passivos são aqueles que se apresentam com baixa demanda e baixo controle e são vistos como indutores de declínio no desenvolvimento das atividades gerais do indivíduo, e o trabalhador pode ficar sob um marasmo constante e insensível diante do trabalho a ser realizado. Este acontecimento pode prolongar-se para outros campos da vida e gerar uma exposição problemática para a própria saúde (KOGIEN; CEDARO, 2014; SCHMIDT et al., 2013; KARASEK & THEORELL, 1990).

A combinação de baixa demanda psicológica e alto controle do trabalho indica uma baixa exigência no trabalho e, possivelmente, uma situação “ideal” do processo de trabalho, com baixo desgaste. Esta relação representa um estado favorável, ideal e desejável para a saúde dos indivíduos. Em contrapartida, os trabalhadores que enfrentam altas demandas psicológicas, combinadas com baixo controle sobre o trabalho possuem maior vulnerabilidade a doenças e maior risco de apresentar problemas de saúde física e mental decorrentes do estresse psicossocial no trabalho, caracterizando o trabalho de alto desgaste ou trabalho de alta exigência (SOUZA et al., 2010).

No que diz respeito ao apoio social, sabe-se que há uma interação deste com o ambiente de trabalho, o qual pode afetar o bem-estar e a saúde do trabalhador envolvido. Karasek e Theorell (1990, p.71) apontaram o apoio social como “um amortecedor ou potencializador do efeito da demanda e do controle na saúde trabalhador” (KOGIEN; CEDARO, 2014; AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES et al., 2004; ARAÚJO et al., 2003; KARASEK; THEORELL, 1990).

Muitos estudos têm sido conduzidos pela perspectiva da proposta do MDC, abordando diversas repercussões em saúde. No Brasil, há um acentuado número de estudos voltados a aspectos da organização do trabalho e repercussões, contudo tais pesquisas são muito diversas tanto em relação aos ambientes de trabalho

quanto aos trabalhadores envolvidos. Há pesquisas em indústrias, universidades, usinas de refinaria de petróleo, restaurantes, com profissionais da saúde em rede hospitalar, professores, funcionários públicos, entre outros. Este fato tem dificultado avanços importantes, especialmente aqueles referentes à intervenção nos ambientes laborais, não havendo comparações para conduzir os estudos (LOPES et al., 2010; ARAÚJO et al., 2003).

Existem dois diferentes instrumentos em versão brasileira que são empregados no país para a utilização do Modelo Demanda-Controle, são eles: o *Job Content Questionnaire* (JCQ) e a escala reduzida denominada Escala Sueca de Demanda-Controle-apoio social (DCSQ).

Encontram-se na literatura investigações de associação de estresse no trabalho com diferentes desfechos, tais como: distúrbio psiquiátrico ou transtornos mentais, incapacidade para o trabalho, interrupção das atividades habituais, alteração da pressão arterial e, mais frequentemente, problemas cardiovasculares (HÖKERBERG et al, 2014; URBANETTO et al., 2013).

Quanto à utilização do MDC em estudos com trabalhadores da APS, ressalta-se que ainda são poucos os encontrados na literatura, mas destaca-se o de Braga; Carvalho e Binder (2010), que estudaram a relação entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Constataram que 42,6% dos trabalhadores apresentavam TMC e que as condições de trabalho na atenção básica constituem fator contributivo não negligenciável ao adoecimento dos trabalhadores, apresentando a associação de alta prevalência de TMC com elevado desgaste (classificação de Karasek) e baixa prevalência de TMC com baixo desgaste.

Diante disso, destaca-se a necessidade de expandir estudos que utilizem o MDC e abordem a relação trabalho-saúde dos trabalhadores. Torna-se imperativo que pesquisas sejam realizadas com profissionais da APS, pois se identificam no cotidiano da atenção primária à saúde as altas exigências emocionais. Estas geram repercussões de agravos à saúde mental do trabalhador, trazendo consequências importantes aos trabalhadores, às organizações, à sociedade e ao Estado, e afetam a plena capacidade de trabalho do indivíduo e sua participação social (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).



## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

Esta investigação faz parte de um estudo mais amplo denominado Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida, inserida no grupo de pesquisa Trabalho e Saúde. O grupo tem como líderes as professoras Rosângela Maria Greco e Heloisa Campos Paschoalin da Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Juiz de Fora. Suas pesquisas tem ênfase predominante nas áreas de Ciências da Saúde e Saúde Coletiva e tem como principal objetivo desenvolver estudos direcionados à investigação da relação entre os processos de trabalho e saúde dos trabalhadores, visando contribuir para a descrição das particularidades da relação trabalho-saúde e elaborar propostas de intervenção no processo de adoecimento dos trabalhadores com foco na prevenção e promoção da saúde.

A construção desta pesquisa foi inspirada em um estudo realizado com os Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação de uma Universidade Pública do Estado de Minas Gerais intitulada: Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida.

### **4.1 DELINEAMENTO**

Trata-se de um estudo quantitativo de delineamento transversal descritivo e exploratório, tipo Survey, realizado com Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), residentes e atuantes no município de Juiz de Fora (MG).

A opção pelo estudo de natureza quantitativa deu-se em face da possibilidade de investigação da realidade social dos ACSs por meio de uma amostra aleatória simples, utilizando o recurso de inferência (KLEIN; BLOCH, 2009).

O método transversal exploratório foi escolhido por possibilitar que se descreva a distribuição das características que ocorrem naturalmente em grupos da população. É considerado também uma estratégia dos estudos epidemiológicos para observação em uma única oportunidade. Medronho (2009) corrobora essa afirmativa quando afirma que este tipo de estudo é apropriado para descrever as características das populações.

A abordagem quantitativa foi utilizada por recorrer à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis e entre outros aspectos por estar centrada na objetividade. Além disso, por compreender a realidade com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros e considerar os resultados como um retrato real de toda a população-alvo da pesquisa (FONSECA, 2002).

## 4.2 CENÁRIO

Trabalhou-se com as UAPS do município de Juiz de Fora, que se localiza na microrregião da Zona da Mata do Estado de Minas de Gerais. Sua população em 2010 foi de 516.247 habitantes, com estimativa para o ano de 2015, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), de 555.284 habitantes, com ocupação de uma área de 1.435,664km<sup>2</sup> (IBGE, 2015). É considerada cidade polo devido à sua infraestrutura de comércio, ensino e saúde, sendo referência para os 93 municípios em seu entorno que buscam os seus serviços.

O sistema municipal de saúde encontra-se em gestão plena desde 1998 e exerce o papel de polo macrorregional de assistência, uma vez que é uma região que tem forte aparato técnico-científico nos serviços de saúde e responsabiliza-se pela referência de alta e média complexidade para várias cidades. Nesse mesmo ano, os serviços de saúde do município foram organizados e regionalizados em 12 regiões sanitárias (FARAH, 2006).

O processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora teve suas peculiaridades e marcos. Os anos 1994/95 caracterizaram-se pela prestação de atendimentos sob um modelo fragmentado e um trabalho centrado no médico da família. As equipes eram compostas por médicos da família, enfermeiro e auxiliares de enfermagem. Neste período, os ACSs ainda não integravam as equipes e intencionava-se a implantação da ESF a fim de organizar e articular a rede (FARIA, 2011).

A fase inicial da implantação da ESF no município enfrentou diversos desafios para se consolidar como estratégia de reorganização do sistema, entre eles, descontinuidade da gestão, falta da coordenação específica do PSF e dificuldade de construção do trabalho em equipe e existência de equipes incompletas, não

constituindo o preconizado para ESF. Essas condições culminaram em descredenciamento da ESF municipal pelo MS, em 1999, o que resultou na realização de sessão pública e na inserção de ACSs nas equipes de saúde (FARIA, 2011; FRIEDRICH, 2005).

A partir do ocorrido, tem-se o marco da incorporação dos ACSs às equipes de saúde da família do município, o que contribuiu para a reintegração dos mesmos no Programa de Expansão de Saúde da Família (Proesf), que propôs metas de aumento das equipes e maior cobertura populacional (CAMPOS, 2007).

No momento atual, a Estratégia de Saúde da Família no município encontra-se em processo de expansão, no entanto ainda enfrenta desafios para se consolidar e apresenta dificuldades. Entre estas, podem-se citar: estagnação no aumento do número de equipes, não adesão do município aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a não implantação das equipes de saúde bucal, o que tem gerado desestruturação das equipes e dificuldades no processo de trabalho e atenção às famílias (PMJF/SMS, 2014).

O Plano Municipal de Saúde (2014) mostra que a APS do município tinha uma meta de cobertura populacional de 68% para 2014 e 70% para 2015, mas o plano mostra também que essa meta não foi alcançada e atingiu apenas 61% de cobertura no ano de 2015. Ele propõe ainda uma meta de reestruturação da APS para o município com ampliação da cobertura e expansão das Unidades de Atenção Primária à Saúde com implantação de seis novas unidades para alcançar assim o quantitativo de 70 (PMJF/SMS, 2014).

Hoje, o município constitui-se de uma rede de APS com 67 UAPS implantadas, sendo 48 unidades localizadas em área urbana, distribuídas em 37 com Estratégia Saúde da Família (ESF); dez com modelo tradicional e uma com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). E localizam-se em área rural 19 unidades distribuídas em seis com ESF, sendo uma unidade volante, 13 com modelo tradicional, destas quatro são unidades volantes (PMJF/SMS, 2015).

O cenário do estudo foi composto pelas 42 UAPS que tiveram ACSs sorteados, dessas 38 são da área urbana, sendo 37 no modelo da ESF e uma com o PACS e quatro da área rural, estando entre estas uma unidade volante.

### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população deste estudo foi constituída pelos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora que exercem suas atividades na Atenção Primária à Saúde, que concordaram em participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: atuar como Agente Comunitário de Saúde em uma das unidades de Atenção Primária à Saúde do município selecionado para o estudo. Os critérios de exclusão foram: trabalhadores que não estavam na unidade durante três tentativas de contato por telefone ou em visita da pesquisadora à UAPS durante a coleta de dados.

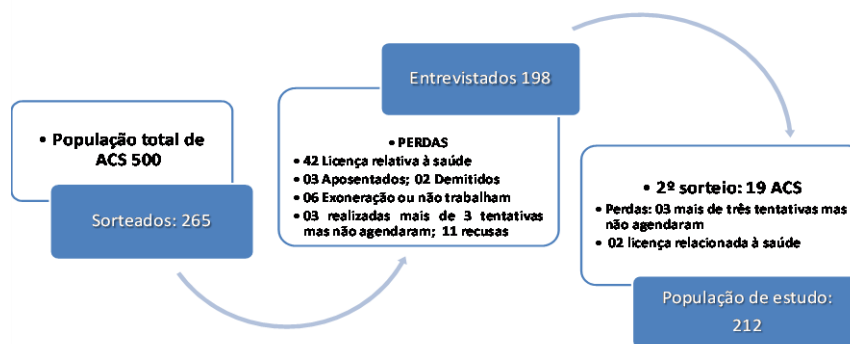
Para cálculo do tamanho da amostra desses profissionais, foi considerado o intervalo de confiança de 95% (IC95%), erro alfa de 6%, prevalência de 50% (dada a multiplicidade de desfechos analisados e ausência prévia de estudo com essa perspectiva), tamanho da população de 500 indivíduos e possíveis perdas por recusa de aproximadamente 25%. Com base nesses parâmetros, a amostra estimada foi de 210. A base populacional foi construída a partir da identificação no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Secretaria Municipal de Saúde, que forneceu a descrição de todas as unidades de saúde que contam com agentes comunitários de saúde.

Trabalhou-se com amostra probabilística aleatória simples, classificando N o número de elementos da população (ACSs da APS do município do estudo) e n o número de elementos da amostra aleatória simples (ACSs sorteados). O sorteio seguiu-se numerando N por sequência (1 a 500) independentemente da localização geográfica dos sujeitos. Sorteou-se, a seguir, por meio de um dispositivo aleatório on-line, n (265) números dessa sequência, os quais corresponderam aos elementos da amostra, considerando a proporção de perda.

Dos 265 ACSs sorteados, não participaram do estudo 42 por estarem afastados por licença relacionada à saúde; três que estavam aposentados, mas que ainda constavam nos cadastros; seis que foram exonerados ou dois demitidos; 11 que se recusaram a participar do estudo; três que foram abordados por mais de três tentativas, mas não agendaram data para responder ao questionário. Por conseguinte, ao final de setembro, havia 198 participantes com preenchimento completo do questionário (Figura 1).

A fim de manter o (n) amostral estimado e, diante das perdas do primeiro sorteio, foi necessário um 2º sorteio, que aconteceu no início de outubro de 2015, com 19 novos sujeitos sorteados. Destes, 14 responderam de forma completa à pesquisa e 05 não participaram, sendo dois que se encontravam afastados por licença relacionada à saúde, três que foram abordados por mais de três tentativas, mas não agendaram data para responder ao questionário, e. Assim, concluiu-se a coleta de dados ao final de outubro de 2015, com 212 entrevistas realizadas (Figura 1).

**Figura 1:** Delimitação da população de estudo



Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

A escolha pelo estudo com os ACSs se justifica por ser esta uma categoria profissional importante à implementação do trabalho na ESF, suas atividades são desempenhadas fortalecendo a integração entre os serviços de atenção primária à saúde e comunidade/usuários. Eles contribuem para a articulação das atividades dos profissionais da APS com as necessidades da comunidade e têm importante papel de acolhimento, desenvolvimento do vínculo de confiança com a comunidade, favorecendo a transformação das situações-problemas que afetam a qualidade de vida da população (LIMA et al., 2014; TEIXEIRA, 2013).

## 4.4 INSTRUMENTO E ESTRATEGIAS DE COLETA DE DADOS

### 4.4.1 Instrumento de coleta de dados

Para o presente estudo, foi utilizado parte do instrumento de coleta de dados do estudo mais amplo, denominado Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida. Utilizaram-se as questões referentes às variáveis sociodemográficas, ocupacionais e autopercepção de saúde geral e bucal como variáveis independentes e os quadrantes da Escala Sueca reduzida Demanda-Controle Apoio Social como variáveis dependentes (APÊNDICE I).

Antes de elaborar a versão final do instrumento, foi realizado um estudo-piloto no município de Levy Gasparian - Rio de Janeiro, nos meses de janeiro e fevereiro de 2015, com população de N=30 e elegíveis ao estudo piloto 22 trabalhadores com oito perdas. Os participantes são funcionários da Atenção Primária à Saúde, sendo esta população similar aos sujeitos desta pesquisa. Este estudo-piloto foi desenvolvido a fim de identificar possíveis erros e minorar os vieses na execução da coleta e favorecer adequações no instrumento de coleta de dados e treinamento dos pesquisadores.

A partir deste estudo-piloto, foram detectadas limitações no instrumento, tais como incapacidade de responder a algumas perguntas, pouca clareza em algumas questões e, dessa forma, procedeu-se às alterações necessárias para superar as dificuldades percebidas e melhor adequar o instrumento de coleta de dados. Além disso, todos os integrantes da equipe responsável pela coleta de dados passaram pelo treinamento com o estudo-piloto, a fim de unificar e padronizar a abordagem aos trabalhadores e a forma com que os dados seriam coletados.

#### 4.4.1.1 Variáveis do estudo (dependentes)

A definição das variáveis dependentes foi obtida através do instrumento Modelo Demanda-Controle (*“Job Strain Model”*). A Escala Sueca de Demanda-Controle-Apoio Social de Karasek, que aborda o estresse psicossocial no trabalho, é uma escala reduzida, que foi adaptada para o português por Alves e colaboradores (2004).

Sua origem baseia-se no modelo criado por Robert Karasek para investigar as causas do estresse e seus efeitos sobre a saúde nas interações sociais no

ambiente. O apoio social no trabalho foi incluído por Johnson e Hall em 1988 e está ligado à interação entre colegas e chefias na cooperação para a realização do trabalho (GRIEP et al., 2011; ALVES et al., 2004; JOHNSON; KARASEK; THEÖRELL, 1990; HALL, 1988).

Inicialmente o modelo era composto por 49 questões, mas este número reduzido para 17 questões em 1988, por Theorell, conforme utilizado no presente estudo (KARASEK; THEORELL, 1990). A versão da escala reduzida contém questões para as três dimensões: demanda (cinco questões), controle (seis questões) e apoio social (seis questões). Cada pergunta possui quatro opções de resposta, sendo que, para demanda e controle, as respostas podem ser: frequentemente, às vezes, raramente e nunca ou quase nada; já para o apoio social, as possíveis respostas são: concordo totalmente, concordo mais que discordo, discordo mais que concordo e discordo totalmente (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES et al., 2004).

**A dimensão Demanda Psicológica inclui as questões abaixo descritas.**

- 1) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- 2) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- 3) Seu trabalho exige demais de você?
- 4) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?
- 5) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

**A dimensão controle é composta por duas divisões (uso de habilidades e autoridade de decisão) e inclui as questões:**

**\* Uso de habilidades**

- 1) Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?
- 2) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- 3) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 4) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

**\* Autoridade de decisão**

- 5) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- 6) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

**A dimensão apoio social no trabalho, proveniente de colegas e chefia, inclui as seguintes questões:**

- 1) Existe um ambiente calmo e agradável onde eu trabalho.
- 2) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
- 3) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- 4) Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas compreendem.
- 5) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- 6) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

Os escores foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas de cada dimensão. A cada resposta foi atribuído um escore de 1 a 4, no sentido da menor para maior frequência. Assim, para a dimensão demanda, quando se perguntou: “Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?”, quatro opções de resposta foram oferecidas: Frequentemente (escore 4); às vezes (escore 3); raramente (escore 2) e nunca ou quase nunca (escore 1) (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

Para a demanda e controle, o ponto de corte para os escores foi a mediana encontrada para cada um. No caso da demanda, o corte é de 14, definindo-se assim que os ACSs que obtiverem pontuação entre 5 e 14 pontos terão seus trabalhos classificados em baixa demanda e os valores acima de 14, em alta demanda. No caso do controle, o ponto de corte foi 17 e os ACSs que obtiverem pontuação entre 5 e 17 foram classificados como tendo “menor controle” no trabalho e aqueles que alcançaram pontuação maior de 17, classificados com “maior controle”. Também foram analisadas separadamente as dimensões “demanda psicológica” e “controle”. Para a dimensão Apoio social, também se considera o ponto de corte de 17, classificando os indivíduos com pontuação até 17, inclusive, com baixo apoio social e, acima de 17 pontos, com alto apoio social (ALVES et al., 2015; SOUZA et al., 2010; ALVES, 2009).



Diante dessa classificação, torna-se possível realizar quatro combinações: trabalho com alta exigência, que é o tipo de trabalho altamente estressante e que envolve alta demanda e baixo controle; trabalho ativo, que envolve alta demanda e alto controle; trabalho passivo, resultante da combinação de baixa demanda e baixo controle; e trabalho com baixa exigência, que resulta da combinação baixa demanda e alto controle (Quadro1) (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES et al., 2004; KARASEK, THEÖRELL, 1990; KARASEK, 1981; KARASEK, 1979).

Dessas quatro combinações, o trabalho de baixa exigência é o tipo de trabalho considerado como ideal para o trabalhador, pois possibilita menor exposição a situações estressantes. Em oposição à combinação ideal, tem-se o trabalho de alta exigência, sendo considerado o mais prejudicial, pois pode gerar mais desgaste e estresse ao trabalhador, levando-o ao adoecimento. Já o trabalho passivo é considerado como a segunda combinação que gera maior exposição danosa, não possibilitando que o trabalhador vivencie novas oportunidades. Isso gera desmotivação, enquanto que o trabalho ativo proporciona que o trabalhador tenha controle e tomada de decisão e estímulo à aprendizagem mesmo diante de alta exigência (AGUIAR et al., 2010; ALVES et al., 2004; KARASEK, THEÖRELL, 1990; KARASEK, 1981; KARASEK, 1979).

**Figura 2:** Quadrantes do Modelo Demanda-Controlle proposto por Karasek (1979)



Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

**Quadro 2:** Dimensões do Modelo Demanda-Controle-Apoio social e respectivos pontos de corte

MDC	Tipo de variável	Ponto de corte (mediana)	Grupo de referência	Grupo de exposição
<b>Demanda</b>	Catagórica	14 pontos	Baixa demanda	Alta demanda
<b>Controle</b>	Catagórica	17 pontos	Alto controle	Baixo controle
<b>Apoio social</b>	Catagórica	17 pontos	Alto Apoio Social	Baixo Apoio Social

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Os quadrantes do Modelo Demanda-Controle foram construídos com base na mediana da distribuição e dicotomizados em níveis de baixa/ alta demanda, baixo/alto controle e formando os grupos: baixa exigência (grupo de referência), trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência (grupo de maior exposição).

#### 4.4.1.2 Variáveis do estudo (independentes)

**Quadro 3** – Variáveis independentes de autopercepção à saúde geral e bucal exploradas.

VARIÁVEL	QUESTÃO	AGRUPAMENTO	CLASSIFICAÇÃO
De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?	A1	1 Muito Bom 2 Bom 3 Regular 4 Ruim 5 Muito Ruim	Catagórica Ordinal
De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?	A2	1 Muito Bom 2 Bom 3 Regular 4 Ruim 5 Muito Ruim	Catagórica Ordinal

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Definição das variáveis de exposição independentes como as **características sociodemográficas**: idade, estado conjugal, sexo, escolaridade e renda familiar. Foram dicotomizadas segundo a média ou quartis e agrupadas de acordo com a distribuição das frequências: A **idade** foi categorizada em três grupos (de 20 a 36 anos, de 37 a 45 anos e igual ou acima de 46 anos (Quadro 4).

A variável **raça** foi agrupada em preta, parda, branca, amarela e indígena. O **sexo**, em masculino e feminino. A **religião** foi agrupada em católica, evangélica e outras (espírita + testemunha de Jeová + muçulmana+ budista + candomblé + sem religião) (Quadro 4).

A variável **escolaridade** foi agrupada em: até o ensino médio (1º grau incompleto + 1º grau completo + 2º grau incompleto + 2º grau completo) e universitário ou mais (universitário incompleto + universitário completo + pós-graduação). O **estado civil** foi agrupado em não casados (separado ou divorciado + viúvo + solteiro) e casados (casado ou vive em união estável) (Quadro 4).

Além disso, foi utilizada a classificação socioeconômica a partir do Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep) do ano de 2013. Para o cálculo dos pontos de corte, utilizou-se o método autorreferido de posse dos itens determinados como: televisão, rádio, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer, banheiro, automóvel e grau de instrução do chefe de família, além de contar com empregada doméstica. O intuito de utilizar esta escala na pesquisa foi a possibilidade de estimar a classe social de pertencimento. Após a realização dos cálculos, têm-se os cortes de acordo com a pontuação de cada classe apresentados no quadro seguinte (Quadro 4).

**Quadro 4 – Variáveis independentes sociodemográficas exploradas.**

(Continua)

VARIÁVEL	QUESTÃO	AGRUPAMENTO	CLASSIFICAÇÃO
<b>Idade</b>	<b>B1</b>	1 – 20 a 36 anos 2 – 37 a 45 anos 3 – ≥ 46 anos	Quantitativa Contínua
<b>Raça</b> (autoclassificada segundo o IBGE)	<b>B2</b> 1 – Preta 2 – Parda 3 – Branca 4 – Amarela 5 – Indígena	1 – Preta (1) 2 – Parda (2) 3 – Branca (3) 4 – Amarela (4) 5 – Indígena (5)	Qualitativa Nominal
<b>Estado conjugal</b>	<b>B3</b> 1 - Casado(a) ou vive em união estável 2 - Separado(a) ou divorciado(a) 3- Viúvo(a) 4- Solteiro(a)	1 - Casado(a) ou vive em união estável (1) 2 – Não casados (2, 3,4)	Qualitativa Nominal
<b>Sexo</b>	<b>B4</b> 1 – Feminino 2 – Masculino	1 – Feminino (1) 2 – Masculino (2)	Qualitativa Nominal
<b>Escolaridade</b>	<b>B5</b> 1-1º grau incompleto 2-1º grau completo 3-2º grau incompleto 4-2º grau completo 5-Universitário Incomp. 6-Universitário Comp. 7-Ensino técnico 8-Pós-graduação	1 Até o ensino Médio Incompleto (2º grau) (1,2,3) 2 Ensino Médio (4,5) completo 3 Ensino Técnico (7) 4 Universitário ou mais (6, 8)	Categórica Ordinal

**Quadro 4 – Variáveis independentes sociodemográficas exploradas.**

(Conclusão)

<b>Religião</b>	B7 1 – Católica 2 – Evangélica 3 – Espírita 4 – Testemunha de Jeová 5 – Muçulmana 6 – Budista 7 – Candomblé 8 – Sem religião	1 - Católico (1) 2 - Evangélico (2) 3 – Demais religiões (3, 4, 5, 6, 7, 8)	Categórica Nominal
<b>Classe socioeconômica*</b>	A1 A2 B1 B2  C1 C2 D E	42-46 35-46 29-34 23-28  18-22 14-17 8-13 0-7	Categórica Ordinal

\* Apresentação das classes econômicas de acordo com a pontuação do Critério Brasil, 2013. Fonte: ABEP – Critério de Classificação Econômica Brasil – 2013. Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Seguiu-se por definir e categorizar as variáveis de exposição **independente ocupacionais**: variável idade com que iniciou o trabalho  $\leq$  a 20 anos e maior que 20 anos. A variável número de empregos foi agrupada em: um emprego ou dois ou mais empregos. A variável se trabalha à noite, se houve acidente de trabalho nos últimos 12 meses de trabalho e adicional de insalubridade, agrupadas, em Sim e Não. A variável carga horária semanal agrupada em  $\leq$  a 40h ou  $>$  40 horas semanais e o tempo de trabalho na APS subdividido em até dez anos, de 11 a 20 anos e acima de 20 anos (Quadro 5).

**Quadro 5 – Variáveis independentes ocupacionais exploradas**

VARIÁVEL	QUESTÃO	AGRUPAMENTO	CLASSIFICAÇÃO
Idade com que iniciou o trabalho	A3	1 – ≤ que 20 anos 2 – Maior que 20 anos	Quantitativa Contínua
Número de empregos	A4 1 Um 2 Dois 3 Três 4 Mais de 3	1 - Um emprego (1) 2 - Dois ou mais empregos (2, 3, 4)	Quantitativa Discreta
Trabalha à noite	A5	1 – Sim (1) 2 – Não (2)	Qualitativa Nominal
Carga horária semanal	A6	1 - ≤40 h 3 - > 40h	Quantitativa Discreta
Acidente de trabalho (12 meses)	A11	1 – Sim (1) 2 – Não (2)	Qualitativa Nominal
Tempo de serviço na APS	A14	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	Quantitativa Contínua
Adicional de insalubridade	A18	1 – Sim (1) 2 – Não (2)	Qualitativa Nominal

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

#### 4.5 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada na própria instituição (UAPS) de trabalho dos ACS, aconteceu de julho a outubro de 2015, e as entrevistas foram agendadas previamente, respeitando a disponibilidade dos ACSs e garantindo o anonimato dos mesmos.

A equipe de coleta de dados foi constituída por mestrandos do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF e mestrandos do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Saúde Coletiva da mesma universidade, que estão desenvolvendo suas dissertações como parte da pesquisa Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde - Condições de Trabalho e de Vida.

Além destes, contou-se com alunos da graduação que são bolsistas e voluntários e exercem atividades de Treinamento Profissional e projeto de extensão e que se disponibilizaram a contribuir com a coleta de dados.

Todos os integrantes da equipe da coleta de dados passaram por um treinamento, em que foi padronizada a forma com que os dados seriam coletados, no que diz respeito à abordagem realizada com os ACSs. Os pesquisadores ficaram disponíveis para quaisquer esclarecimentos quanto a dúvidas em relação às perguntas do instrumento de coleta de dados e assinaram termo de sigilo e confiabilidade (APÊNDICE II).

A criação dos formulários foi realizada através do pacote *Open Data Kit* (ODK) e uso interativo em plataforma Android, dispositivos móveis. Este pacote é composto de três programas: um para elaboração do formulário (*XLSform*), um para a coleta dos dados (*ODK Collect*), que permite a navegação, edição, salvamento das informações coletadas em modo off-line no próprio aparelho, para posteriormente serem enviadas para o servidor que abrigará os dados, e um para o armazenamento (*ODK aggregate*), que é capaz de exportar esses dados como arquivos de planilhas para realização da análise dos mesmos (OPENDATAKIT, 2015; MADRID,2015).

#### 4.6 ESTRÁTEGIAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para tratamento e análise dos dados, utilizaram-se os *softwares Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for *Windows 15* para as análises estatísticas Descritiva e Bivariada e o *Statistical Software for Professionals* (STATA), versão 9.0 para a análise multivariada.

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas das variáveis analisadas. Para análise bivariada, utilizaram-se comparações entre as variáveis independentes e a variável desfecho através dos

testes *Qui-quadrado de Pearson* e *Exato de Fischer*, o que possibilitou selecionar as que possuíam as características para o modelo multivariado. Considerou-se a comparação significativa entre as variáveis estudadas quando  $p < 0,05$  (MAGNAGO et al., 2010).

Na análise multivariada, utilizou-se a regressão linear de *Poisson* entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e as variáveis com significância estatística igual ou inferior a 0,2 ( $p < 0,20$ ) na análise bivariada. Na sequência, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* ( $\rho$ ) para o teste de colinearidade entre as variáveis independentes. Para as variáveis que apresentavam  $\rho$  superior a 0,600 com  $p < 0,05$ , foi necessário optar por inserir apenas uma no modelo de análise múltipla.

Para o modelo múltiplo, foram inseridas todas as variáveis que se enquadraram nas características anteriores, e aquelas que não apresentaram significância estatística foram retiradas uma a uma do modelo final. Para a determinação da razão de prevalência robusta, foi realizado ajuste utilizando a técnica de regressão linear de *Poisson* e adotado nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFJF, parecer em anexo (ANEXO I), sendo observada e respeitada a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas realizadas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Foi autorizada a realização da pesquisa pelo Secretário Municipal de Saúde do município (ANEXO II) e, após a apresentação do projeto de pesquisa aos gerentes das unidades de APS, em reunião de gerência, deu-se início à coleta de dados.

Aos participantes foi garantida a participação voluntária na pesquisa e, antes de iniciá-la, foram esclarecidas dúvidas e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este foi preenchido em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante e a outra ficará sob a responsabilidade da



pesquisadora e será arquivada em local seguro por um prazo de cinco anos (APÊNDICE III).

## 5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados está subdividida em três subitens. A análise descritiva (univariada) das características sociodemográficas, do trabalho, demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho. Análise bivariada, que se refere à associação dos quadrantes do modelo demanda-controle com as variáveis sociodemográficas; características do trabalho; apoio social e de autopercepção de saúde geral e bucal. E análise multivariada através de regressão linear de *Poisson* com as variáveis dos quadrantes do modelo demanda-controle e as com poder de significância da análise bivariada e de interferência para o desenvolvimento do estresse.

### 5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

#### 5.1.1 Características sociodemográficas e percepção de saúde

Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 1 e pode-se observar que, na amostra estudada, prevaleceu o sexo feminino, com total de 91,5%. A idade variou de 23 a 71 anos, sendo a média de 44 anos, Desvio Padrão = 9,93, e a maior proporção foi a 44,1% com idade acima de 46 anos.

A maioria dos trabalhadores é casada ou vive em união estável (55,5%). Em relação à cor/raça, 47,4% se autodeclararam brancos. Em relação à escolaridade, a maior proporção foi a de ensino médio completo com 54%, seguida pelo ensino técnico (21,3%) e universitário ou mais (18,5%). A religião que possuiu maior número de adeptos entre os trabalhadores foi a católica (57,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1:** Frequência das características sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>n*</b>	<b>(%)</b>
<b>Idade</b>	20 a 36 anos	58	27,5
	37 a 45 anos	60	28,4
	Acima de 46 anos	93	44,1
<b>Cor / Raça (autoclassificada segundo o IBGE)</b>	Preta	36	17,1
	Parda	72	34,1
	Branca	100	47,4
	Amarela	3	1,4
<b>Sexo</b>	Masculino	18	8,5
	Feminino	193	91,5
<b>Estado Conjugal</b>	Casado ou vive em União Estável	117	55,5
	Não casados	94	44,5
<b>Escolaridade/Formação</b>	1 Até o Ensino Médio Incompleto	13	6,2
	2 Ensino Médio Comp.	114	54,0
	3 Ensino Técnico	45	21,3
	4 Universitário ou mais	39	18,5
<b>Religião</b>	Católica	122	57,8
	Evangélica	58	27,5
	Demais religiões	31	14,7

Legenda: n= frequência absoluta e % = frequência relativa \*Diferenças dos n totais devem-se a perdas para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Observa-se que a classificação econômica segundo o Critério Brasil obteve maior proporção dos ACSs nas classes B2 (34,4%) e C1 (38,2%), respectivamente com renda bruta familiar no mês em reais de R\$ 3.118,00 e R\$ 1.865,00 valores de referência pelo critério Brasil – 2012 (Tabela 2).

**Tabela 2** - Classificação econômica segundo Critério Brasil dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n = 212). Juiz de Fora, 2016.

<b>Classe</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
A2	5	2,4
B1	23	10,8
B2	73	34,4
C1	81	38,2
C2	25	11,8
D	3	1,4
E	2	0,9
Total	212	100,0

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

A frequência da autopercepção de saúde geral e bucal da população estudada está apresentada na Tabela 3. A maior proporção dos trabalhadores considera o próprio estado de saúde geral e bucal como bom (55,7% e 50,9% respectivamente). Destaca-se também que, em relação à saúde geral e bucal, a segunda maior proporção avalia respectivamente como muito boa (23,6%) e regular (30,2%).

**Tabela 3** - Frequência da Autopercepção de saúde geral e bucal dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?</b>	Muito bom	50	23,6
	Bom	118	55,7
	Regular	40	18,9
	Ruim	4	1,9
<b>De modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?</b>	Muito bom	29	13,7
	Bom	108	50,9
	Regular	64	30,2
	Ruim	10	4,7
	Muito Ruim	1	0,5

Legenda: n= frequência absoluta e % = frequência relativa

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

### 5.1.2 Características relacionadas ao trabalho

Com relação às características relacionadas ao trabalho, os dados estão apresentados na Tabela 4, sendo que 88,7% dos trabalhadores possuem apenas um emprego, 84,9% têm carga horária semanal de 40h. Ao serem perguntados sobre a insalubridade, referiram receber esse adicional 99,1% e 88,7% disseram não trabalhar à noite.

Quanto à idade de início no mercado de trabalho, a maioria da população do estudo (89,1%) referiu ter começado a trabalhar antes dos 20 anos. Já em relação ao tempo de trabalho na APS, 59,9% estão na faixa de 11 a 20 anos e 40,1% estão a menos de dez anos trabalhando na atenção primária. Outro dado diz respeito à ocorrência de acidente de trabalho, 91% dos participantes disseram que, nos últimos 12 meses, não sofreram acidente de trabalho (Tabela 4).

**Tabela 4:** Frequência das características individuais relacionadas ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.

<b>VARIAVEL</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>n*</b>	<b>(%)</b>
<b>Idade em que começou a trabalhar</b>	Menos de 20 anos	188	89,1
	Acima de 20 anos	23	10,9
<b>Número de empregos</b>	Um emprego	188	88,7
	≥ 2 empregos	24	11,3
<b>Trabalha à noite</b>	Sim	24	11,3
	Não	188	88,7
<b>Carga horária (semanal)</b>	40 horas	180	84,9
	> 40 horas	32	15,1
<b>Acidente de trabalho (Últimos 12 meses)</b>	Sim	19	9,0
	Não	193	91,0
<b>Tempo de serviço na APS</b>	Menos de 5 anos	60	28,3
	De 6 a 10 anos	25	11,8
	De 11 a 15 anos	101	47,6
	De 16 a 20 anos	26	12,3
<b>Adicional de insalubridade</b>	Sim	210	99,1
	Não	2	0,9

Legenda: n= frequência absoluta; % = frequência relativa \*Diferenças dos n totais devem-se a perdas para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

### 5.1.3 Características relacionadas às demandas psicológicas, ao controle e ao apoio social no trabalho

Com relação à demanda, ao controle e apoio social no trabalho, apresentaram alta demanda 53,8% dos ACSs, baixo controle 65,1% e a maior proporção dos trabalhadores possui alto apoio social (66,4%) (Tabela 5).

**Tabela 5** - Caracterização das Demandas psicológicas, Controle e Apoio Social no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora – 2016.

VARIÁVEIS		n*	(%)
<b>Demanda</b>			
<b>Baixa</b>		98	46,2
<b>Alta</b>		14	53,8
<b>Controle</b>			
<b>Baixo</b>		138	65,1
<b>Alto</b>		74	34,9
<b>Apoio Social</b>			
<b>Baixo</b>		71	33,6
<b>Alto</b>		140	66,4

\*Diferenças dos n totais devem-se a perdas para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Os dados sobre os quadrantes do MDC demonstram que o maior número de trabalhadores está na categoria de alta exigência, que combina alta demanda e baixo controle (36,8%), seguido pelo trabalho passivo (28,3%), caracterizado pela baixa demanda e baixo controle. Já na categoria baixa exigência (baixa demanda e alto controle), estão 17,9% dos ACSs estudados, enquanto que, no trabalho ativo (alta demanda e alto controle), têm-se 17,0% dos trabalhadores (Tabela 6).

**Tabela 6** - Caracterização dos quadrantes do Modelo Demanda-Controle dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Baixa Exigência</b> (Baixa demanda+Alto controle)	38	17,9
<b>Trabalho Ativo</b> (Alta demanda+Alto controle)	36	17,0
<b>Trabalho Passivo</b> (Baixa demanda+Baixo controle)	60	28,3
<b>Alta Exigência</b> (Alta demanda+ Baixo controle)	78	36,8

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

## 5.2 ANÁLISE BIVARIADA

### 5.2.1 Análise do Modelo Demanda-Controle e fatores associados

Os resultados da análise bivariada foram obtidos através dos testes Qui-quadrado e Exato de *Fisher*, assumindo como desfecho os quadrantes do MDC. Destes, o grupo de referência foi a categoria baixa exigência, considerado ideal para a saúde do trabalhador, e o grupo de maior exposição, o de alta exigência (estresse psicossocial no trabalho). Além disso, foi considerada a análise estatisticamente significativa aquela que apresentou  $p < 0,05$ .

#### 5.2.1.1 Modelo Demanda-Controle associado às variáveis sociodemográficas.

As variáveis sociodemográficas relacionadas aos quadrantes do MDC estão apresentadas na Tabela 7. Diante desta análise, não se obteve poder de significância do MDC com as variáveis: Sexo ( $p=0,676$ ), Estado conjugal ( $p=0,684$ ), escolaridade ( $p=0,047$ ), religião ( $p=0,384$ ). E teve poder de significância com o MDC a variável idade com  $p=0,009$ .

A proporção da categoria de alta exigência (maior exposição) foi maior entre os trabalhadores com idade acima de 37 anos (75,9%), sexo masculino (38,9%), casados (37,6%) e com nível médio completo (36,8%) (Tabela 7).



Considerando o trabalho de baixa exigência, grupo de referência, este ficou em segunda posição somente entre trabalhadores com idade acima de 46 anos (26,9%). Contrapondo-se a ele, o trabalho passivo, segunda combinação mais danosa para a saúde dos trabalhadores, apresentou-se como 2ª categoria em diversas categorizações das variáveis. A segunda maior proporção ocorreu entre trabalhadores com idade na faixa etária de 20 a 36 anos (43,1%), casados (24,8%) ou não casados (31,9%), sexo feminino (26,9%) e os demais participantes que se enquadram nos níveis de escolaridade ensino médio completo e universitário ou mais (Tabela 7).

**Tabela 7** - Comparação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e as variáveis sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde (n=212). Juiz de Fora, 2016.

(Continua)

VARIÁVEL	AGRUPAMENTO	MODELO DEMANDA-CONTROLE				p-value
		Baixa Exigência n(%)	Trabalho Ativo n(%)	Trabalho Passivo n(%)	Alta Exigência n(%)	
<b>Idade</b>	20 a 36 anos	6 (10,3)	7 (12,1)	25 (43,1)	20 (34,5)	p=0,009*
	37 a 45 anos	7 (11,7)	14 (23,3)	16 (26,7)	23 (38,3)	
	> ou igual a 46 anos	25 (26,9)	15 (16,1)	18 (19,4)	35 (37,6)	
<b>Sexo</b>	Feminino	36 (18,7)	34 (17,6)	52 (26,9)	71 (36,8)	p=0,676**
	Masculino	2 (11,1)	2 (11,1)	7 (38,9)	7 (38,9)	
<b>Escolaridade</b>	Até Ens. Médio incompleto	1 (7,7)	3 (23,1)	3 (23,1)	6 (46,2)	p=0,047**
	Ensino Médio completo	22 (19,3)	12 (10,5)	38 (33,3)	42 (36,8)	
	Ensino Técnico	9 (20,0)	9 (20,0)	6 (13,3)	21 (46,7)	
	Universitário ou mais	6 (15,4)	12 (30,8)	12 (30,8)	9 (23,1)	

Legenda: Diferenças dos n totais devem-se a perdas para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

\*p-value: Teste Qui-quadrado \*\*p-value: Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

**Tabela 7** - Comparação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e as variáveis sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde (n=212). Juiz de Fora, 2016.

(Conclusão)

VARIÁVEL	AGRUPAMENTO	MODELO DEMANDA-CONTROLE				<i>p-value</i>
		Baixa Exigência n(%)	Trabalho Ativo n(%)	Trabalho Passivo n(%)	Alta Exigência n(%)	
<b>Estado Conjugal</b>	Casados ou vivem em união estável	23 (19,7)	21 (17,9)	29 (24,8)	44 (37,6)	<i>p=0,684*</i>
	Não Casados	15 (16,0)	15 (16,0)	30 (31,9)	34 (36,2)	
<b>Religião</b>	Católico	21 (17,2)	18 (14,8)	34 (27,9)	49 (40,2)	<i>p = 0,384</i>
	Evangélico	13 (22,4)	14 (24,1)	16 (27,6)	15 (25,9)	
	Demais religiões	4 (12,9)	4 (12,9)	9 (29,0)	14 (45,2)	

Legenda: Diferenças dos n totais devem-se a perdas para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

\**p-value*: Teste Qui-quadrado \*\**p-value*: Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

### 5.2.1.2 Modelo Demanda-Controle associado às variáveis relacionadas ao trabalho

Na Tabela 8, estão apresentadas sete comparações realizadas entre as características relacionadas ao trabalho com os quadrantes do MDC e apenas a variável Tempo de Serviço na APS apresentou  $p$  com poder de significância igual a 0,029.

A proporção variou entre os quadrantes e tipos de trabalhos propostos por Karasek. Os trabalhadores com menos de cinco anos e de seis a dez anos de trabalho em APS apresentaram maior quantitativo nos trabalhos mais prejudiciais à saúde, 24 (40,0%) e 9 (36,0%) no trabalho passivo e 23 (38,3%) e 12 (48,0%) no trabalho de alta exigência, respectivamente. Em contrapartida, as categorias de 11 a 15 anos e de 16 a 20 anos de trabalho na APS apresentaram maiores proporções nos trabalhos sejam prejudiciais, sejam benéficos para o trabalhador (Tabela 8).

Em relação às demais características do trabalho e os quadrantes do MDC, as variáveis idade com que iniciou o trabalho ( $p=0,903$ ), número de empregos ( $p=0,890$ ), trabalho à noite ( $p=0,352$ ), carga horária semanal ( $p=0,695$ ), acidente de trabalho ( $p=0,829$ ) e adicional de insalubridade ( $p=0,791$ ) não tiveram poder de significância estatística (Tabela 8).

Apesar de não apresentar  $p$  com poder de significância com o MDC, a variável idade com que iniciou o trabalho apresentou maior proporcionalidade de sujeitos com trabalho de alta exigência e trabalho passivo independentemente da idade. O trabalho de alta exigência está presente entre os que começaram a trabalhar antes dos 20 anos, assim como entre os que começaram após essa idade, sendo que 37,2% representam estes últimos. Entre os ACSs com mais de 20 anos, foi obtido o mesmo percentual com trabalho de alta exigência e trabalho passivo, ambos prejudiciais à saúde dos trabalhadores (Tabela 8).

Comparando as demais variáveis (Tabela 8), apresentam maior prevalência no trabalho de alta exigência os trabalhadores que possuem apenas um emprego (36,2%), que trabalham 40 horas (36,1%) e os que

trabalham acima de 40 horas (40,6%). Os que não sofreram acidente de trabalho, que recebem adicional de insalubridade e não trabalham à noite também apresentaram prevalência nos trabalhos de alta exigência e trabalho passivo.

Os que possuem de 11 a 15 anos de serviço na APS obtiveram maiores proporções nos trabalhos de alta exigência (alta demanda e baixo controle) (33,7%) e trabalho de baixa exigência (24,8%), enquanto que os trabalhadores com 16 a 20 anos de atuação apresentaram seu maior quantitativo nos quadrantes de trabalho de alta exigência (35,6%) e trabalho ativo (30,8%). Em contrapartida, no tempo que variou de 11 a 15 anos de serviço na APS, a segunda maior proporção dos trabalhadores apresentou trabalho de baixa exigência (24,8%), sendo o trabalho de referência (Tabela 8).

**Tabela 8** - Comparação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e as características do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (n=212). Juiz de Fora, 2016. (Continua)

VARIÁVEL	AGRUPAMENTO	MODELO DEMANDA-CONTROLE				p-value
		Baixa Exigência n(%)	Trabalho Ativo n(%)	Trabalho Passivo n(%)	Alta Exigência n(%)	
<b>Idade com que iniciou o trabalho</b>	≤ de 20 anos	33 (17,6)	32 (17,0)	53 (28,2)	70 (37,2)	<i>p=0,903*</i>
	> de 20 anos	5 (21,7)	4 (17,4)	7 (30,4)	7 (30,4)	
<b>Número de empregos</b>	Um emprego	33 (17,6)	33 (17,6)	54 (28,7)	68 (36,2)	<i>p=0,890**</i>
	Dois ou mais empregos	5 (20,8)	3 (12,5)	6 (25,0)	10 (41,7)	
<b>Trabalha à noite</b>	Sim	3 (12,5)	6 (25,0)	4 (16,7)	11 (45,8)	<i>p=0,352**</i>
	Não	35 (18,6)	30 (16,0)	56 (29,8)	67 (35,6)	
<b>Carga Horária Semanal</b>	≤ 40 horas	34 (18,9)	29 (16,1)	52 (28,9)	65 (36,1)	<i>p=0,695*</i>
	>40 horas	4 (12,5)	7 (21,9)	8 (25,0)	13 (40,6)	
<b>Acidente de trabalho (último ano)</b>	Sim	2 (10,5)	4 (21,1)	6 (31,6)	7 (36,8)	<i>p=0,829**</i>
	Não	36 (18,7)	32 (16,6)	54 (28,0)	71 (36,8)	

Legenda: Diferenças dos n totais devem-se a perdas para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

\**p-value*: Teste Qui-quadrado \*\**p-value*: Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

**Tabela 8** - Comparação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e as características do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (n=212). Juiz de Fora, 2016.

(Conclusão)

VARIÁVEL	AGRUPAMENTO	MODELO DEMANDA-CONTROLE				p-value
		Baixa Exigência n(%)	Trabalho Ativo n(%)	Trabalho Passivo n(%)	Alta Exigência n(%)	
<b>Tempo de serviço na APS</b>	Menos de 5 anos	7 (11,7)	6 (10,0)	24 (40,0)	23 (38,3)	<i>p=0,029*</i>
	De 6 a 10 anos	2 (8,0)	2 (8,0)	9 (36,0)	12 (48,0)	
	De 11 a 15 anos	25 (24,8)	20 (19,8)	22 (21,8)	34 (33,7)	
	De 16 a 20 anos	4 (15,4)	8 (30,8)	5 (17,2)	9 (35,6)	
<b>Recebem insalubridade</b>	Sim	38 (18,1)	36 (17,1)	60 (28,6)	76 (36,2)	<i>p=0,791**</i>
	Não	0	0	0	2 (100)	

Legenda: \**p-value*: Teste Qui-quadrado \*\**p-value*: Teste Exato de Fisher  
 Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

### 5.2.1.3 Modelo Demanda-Controle associado às variáveis de percepção de saúde

Em relação às variáveis de autoavaliação do estado de saúde apresentadas na Tabela 9, ainda que os trabalhadores tenham avaliado o seu estado de saúde geral como bom (32,2%), representam a maioria dos trabalhadores na categoria de trabalho de alta exigência e trabalho passivo. No entanto, os que classificaram seu estado de saúde como muito bom também apresentam risco para desenvolver o estresse psicossocial no trabalho enquadrando-se no trabalho de alta exigência (34,0%) e no trabalho passivo (38,0%), categorias de trabalhos mais prejudiciais à saúde dos trabalhadores.

Em relação à saúde bucal, os que a classificam como regular (20,3%) apresentam baixa exigência, 21,9% trabalho ativo, 28,1% trabalho passivo e 29,7% trabalho de alta exigência. Já entre os que declararam possuir uma boa saúde bucal, 27,8% apresentam trabalho passivo e 40,7% de alta exigência (Tabela 9).



**Tabela 9** - Comparação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e as variáveis de Percepção de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde (n=212). Juiz de Fora, 2016.

VARIÁVEL	AGRUPAMENTO	MODELO DEMANDA-CONTROLE				p-value
		Baixa Exigência n(%)	Trabalho Ativo n(%)	Trabalho Passivo n(%)	Alta Exigência n(%)	
<b>Autoavaliação do estado de saúde geral</b>	Muito Bom	8 (16,0)	6 (12,0)	19 (38,0)	17 (34,0)	p=0,056**
	Bom	21 (17,8)	23 (19,5)	36 (30,5)	38 (32,2)	
	Regular	8 (20,0)	5 (12,5)	5 (12,5)	22 (55,0)	
	Ruim	1 (25,0)	2 (50,0)	0	1 (25,0)	
<b>Autoavaliação do estado de saúde bucal</b>	Muito Bom	5 (17,2)	3 (10,3)	10 (34,5)	11 (37,9)	p=0,724**
	Bom	17 (15,7)	17 (15,7)	30 (27,8)	44 (40,7)	
	Regular	13 (20,3)	14 (21,9)	18 (28,1)	19 (29,7)	
	Ruim	3 (30,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	4 (40,0)	
	Muito ruim	0	1 (100,0)	0	0	

Legenda: Diferenças dos n totais devem-se a perdas para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

\*\*p-value: Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

#### 5.2.1.4 Modelo Demanda-Controle associado ao Apoio Social no Trabalho

Na Tabela 10, estão apresentadas as comparações entre os quadrantes do MDC e a variável apoio social. Os dados dessa variável apresentaram-se com distribuição proporcional entre os quadrantes em comparação com Alto Apoio Social: trabalho de baixa exigência (21,4%), trabalho ativo (21,4%), trabalho passivo (26,4%). e a maior proporção no trabalho de alta exigência (30,7%). Apresentaram valor de  $p=0,007$  com poder de significância.

Em relação à comparação dos quadrantes com o Baixo Apoio Social, as maiores proporções foram no trabalho passivo (31,0%) e no trabalho de alta exigência (49,3%), corroborando a necessidade de apoio social para contribuir no processo de trabalho desses profissionais (Tabela 10).

**Tabela 10** - Comparação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e a variável Apoio Social dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.

VARIÁVEL	MODELO DEMANDA-CONTROLE				<i>p-value</i>
	Baixa Exigência n(%)	Trabalho Ativo n(%)	Trabalho Passivo n(%)	Alta Exigência n(%)	
<b>Baixo Apoio Social</b>	8 (11,3)	6 (8,5)	22 (31,0)	35 (49,3)	$p=0,007^*$
<b>Alto apoio Social</b>	30 (21,4)	30 (21,4)	37 (26,4)	43 (30,7)	

Legenda: Diferenças dos n totais devem-se a perdas para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%. \**p-value*: Teste Qui-quadrado

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

### 5.3 ANÁLISE MULTIVARIADA

Para a análise multivariada, foram selecionadas as variáveis que compõem as características como idade, escolaridade, autopercepção de saúde geral, tempo de trabalho na APS e apoio social.

No teste de colinearidade, foi identificada correlação positiva ( $\rho > 0,600$ ) e significativa para as variáveis idade e tempo de trabalho na APS e, portanto, optou-se por incluir apenas uma dessas variáveis no modelo de regressão de *Poisson*.

A variável selecionada foi tempo de trabalho na APS, uma vez que quanto maior o tempo de trabalho maior a faixa etária, contemplando assim a característica da variável excluída. As demais variáveis selecionadas na análise bivariada com  $p < 0,20$  não apresentaram coeficiente de correlação superior a 0,600, portanto, foram incluídas no modelo final da análise múltipla.

Na análise múltipla, foram testadas as variáveis escolaridade, autopercepção de saúde geral, tempo de trabalho na APS e apoio social para verificar a prevalência de desenvolver o estresse psicossocial no trabalho. Por conseguinte, no modelo final, foram excluídas as duas primeiras variáveis (Tabela 11).

**Tabela 11** - Análise múltipla do Modelo Demanda-Controle e fatores associados dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.

VARIÁVEIS	MODELO DEMANDA-CONTROLE			
	n	IC (95%)	RP	Valor de p
<b>Apoio Social</b>				
Alto Apoio Social	140	**	1	**
Baixo Apoio Social	71	1,045 - 1,212	1,12	0,002
<b>Tempo Trabalho APS</b>				
< 5 anos	60	**	1	**
De 6 a 10 anos	25	1,029 – 1,357	1,182	0,018
De 11 a 15 anos	101	0,996 – 1,299	1,137	0,057
De 16 a 20 anos	26	0,881 – 1,146	1,004	0,945
<b>Escolaridade</b>				
Até ensino Médio Incomp.	13	**	1	**
Ensino Médio Completo	114	0,949 – 1,243	1,076	0,284
Ensino Técnico	45	0,888 – 1,215	1,037	0,652
Universitário ou mais	39	0,831 – 1,138	0,768	0,678
<b>Autopercepção Saúde Geral</b>				
Muito Bom	50	**	1	**
Bom	118	0,871 – 1,050	0,095	0,352
Regular	40	0,891 - 1,122	1,000	0,998
Ruim	4	0,571 – 1,032	0,768	0,080
Muito Ruim	-	-	-	-

Legenda: Diferenças dos n totais devem-se a perdas para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

\*\*Categoria de referência RP= Razão de prevalência; IC 95% = Intervalo de confiança em nível de 95%.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo

Identificou-se prevalência para o estresse psicossocial no trabalho com as variáveis apoio social ( $p = 0,002$ ) e tempo de trabalho na APS ( $p = 0,022$ ) (Tabela 12).

A análise múltipla mostrou que o baixo apoio social no trabalho (RP=1,31; IC 95%=1,050 – 1,219;  $p= 0,001$ ) apresenta maior prevalência de estresse no trabalho em comparação ao alto apoio social (Tabela 12).

No que tange ao tempo de trabalho na APS, foi observado que os indivíduos com tempo de seis a dez anos (RP=1,158; IC 95% = 1,002-1,338;  $p =0,046$ ) apresentaram maior prevalência de estresse psicossocial no trabalho quando comparados aos indivíduos com tempo de trabalho menor de cinco anos ou superior a dez anos (Tabela 12).

**Tabela 12** – Modelo de Regressão Múltipla final para o Modelo Demanda-Controle dos Agentes Comunitários de Saúde, amostra (n=212). Juiz de Fora, 2016.

VARIÁVEIS	MODELO DEMANDA-CONTROLE			
	n	IC (95%)	RP	Valor de p
<b>Apoio Social</b>				
Alto Apoio Social	140	**	1	**
Baixo Apoio Social	71	<b>1.044 -1.209</b>	<b>1,123</b>	<b>0,002</b>
<b>Tempo Trabalho APS</b>				
< 5 anos	60	**	1	**
De 6 a 10 anos	25	<b>1,024 – 1,366</b>	<b>1,183</b>	<b>0,022</b>
De 11 a 15 anos	101	0,995 – 1,302	1,139	0,058
De 16 a 20 anos	26	0,887 – 1,162	1,015	0,826

Legenda: Diferenças dos n totais devem-se a perdas para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

\*\*Categoria de referência RP= Razão de prevalência; IC 95% = Intervalo de confiança em nível de 95%.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo

## 6. DISCUSSÃO

A população do estudo foi constituída por trabalhadores com idade de 23 a 71 anos, com média de 44 anos. A maior proporção se encontra na faixa etária acima de 46 anos (44,1%). Quanto ao sexo, a maioria (91,5%) são mulheres e o estado civil dividiu-se em (55,5%) casados e (44,5%) não casados, com variação de 11% entre as categorias.

Esses dados mostram que, em relação à média de idade, os ACSs são adultos jovens, em plena fase produtiva da vida. O fato de a maioria ser do sexo feminino pode estar relacionado com o papel de cuidadora destinado à mulher na nossa sociedade. A feminização da força de trabalho na saúde tem crescido nos postos de trabalho, pois as mulheres têm assumido papéis no mercado, buscando oportunidades e diferentes ocupações. Semelhantemente a esses resultados, outros estudos também referem a feminização envolvendo o trabalho dos ACSs (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014; GALAVOTE et al, 2011; LUNARDELO, 2004).

A inserção da mulher na ocupação dos postos de trabalho se deve às diversas transformações sociais e demográficas ocorridas e também por possuir qualificação para o trabalho, com qualidades inerentes ao sexo feminino, como paciência, cuidado e resistência (BARBOSA et al., 2012; BRUSCHINI, 2007). Tal situação, no entanto, pode gerar vulnerabilidade para as mulheres, pois as torna susceptíveis à discriminação de gênero e distribuição injusta de tarefas. Isso pode levá-las ao desenvolvimento de relações de trabalho marcadas por desigualdades, favorecendo desgastes e problemas de dimensões biológica e psicossocial (LANDERDAHL et al., 2013).

Nos estudos realizados com ACSs, tem sido identificado fato semelhante em relação ao predomínio feminino, média de idade e estado civil. Ursine; Trelha e Nunes (2010) discutem qualidade de vida e condições de trabalho dos ACSs e seu estudo apresentou predomínio do sexo feminino (86,3%) e a idade variou de 19 a 59 anos, com média de 33,5 anos. Na pesquisa de Moura e colaboradores (2010), 81,7% dos ACSs eram do sexo feminino e 60,6% casados.

Da mesma forma, nos estudos de Melo; Quintão e Carmo (2015), o perfil dos ACSs foi de 89,5% do sexo feminino e idade entre 41 e 50 anos. Menegussi (2014),

em estudo sobre os aspectos da vida dos agentes comunitários, a população caracterizou-se por ser do sexo feminino e faixa etária de 20 a 40 anos de idade.

A cor/raça autorreferida pelos entrevistados foi predominantemente branca (47,4%) e parda (34,1%), característica que é marcante na população brasileira, pois, segundo dados do IBGE (2014), a maioria das pessoas se declara branca (45,5%) e parda (45%), representando 90,5% da população do país (IBGE, 2010).

A escolaridade variou entre ensino fundamental incompleto e pós-graduação, com predomínio de 48,8% dos ACSs com ensino médio completo; 21,3% ensino técnico; 5,2% com superior incompleto e 17,1% com ensino superior completo e 1,4% com pós-graduação.

Referindo-se à categoria profissional, destaca-se que, segundo a Lei n.º 11.350/2006, que dispõe sobre as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde, os requisitos para preenchimento do cargo são: residir na comunidade em que atue; ter concluído o curso de qualificação básica para a formação de ACS e ter concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006; BRASIL, 2002).

Destarte, os ACSs dispõem de qualificação acima do exigido pela legislação para o exercício de sua função e, além disso, cabe ressaltar que atualmente existem diversos cursos que ofertam a formação técnica de ACS (PRONATEC, 2016; BRASIL, 2006; BRASIL, 2002; BRASIL, 1997).

Este perfil de escolaridade pode ser discutido, tendo em vista a complexidade de suas atividades no contexto de saúde, o que indica uma necessidade de busca de qualificação e aprimoramento dos conhecimentos, para que possam executar as habilidades necessárias, reforçando as orientações à comunidade e assim desenvolver seu papel social de forma eficiente e eficaz (GOUVÊA et al., 2015; RIBEIRO et al., 2013).

Ainda a este respeito, Gouvêa e colaboradores (2015) referiram em seus estudos que 64,2% dos ACSs possuem ensino médio completo e 26% referiram ter concluído ou estarem cursando o ensino superior, sendo que os cursos escolhidos em 15% dos casos são cursos da saúde. A escolarização tem um valor importante e é socialmente reconhecida como meio de elevar-se social e profissionalmente, o que pode ser um anseio dos ACSs. Estes pertencem a camadas menos favorecidas e se sentem desprovidos, em diversos momentos de suas vidas, de recursos econômicos

e vislumbram por meio da escolarização uma possibilidade de alcançar melhores condições de vida e de trabalho (MOTA; DAVID, 2010).

Esses resultados vão ao encontro de achados de outros estudos que avaliaram a implantação da ESF em centros urbanos. Ursine; Trelha e Nunes (2010) encontraram prevalência de 87,7% dos trabalhadores com nível escolar de ensino médio. O estudo de Mota e David (2010) é outro exemplo, pois nele a maioria dos trabalhadores estudados possuía ensino médio completo (69,8%), técnico (1,3%), superior incompleto (7,3%) ou completo (4,3%).

Em relação à classificação econômica, obteve-se maior concentração dos entrevistados na classe B2 (34,4%), que equivale à renda familiar de R\$3.118,00 e C1 (38,2%), que equivale a uma renda bruta familiar de R\$1.865,00. Em outro estudo com ACSs, os autores Barroso; Guerra (2013) pesquisaram Burnout e a qualidade de vida, em que os sujeitos foram distribuídos nas classes sociais C2 (37,5%) e C1 (33,3%), a partir do Critério Brasil de 2010, que representava renda entre R\$ 933,00 e R\$ 1.391,00.

A este respeito, ainda é possível afirmar que a renda familiar dos ACSs está abaixo da maior parte da população, que possui renda com índice maior ou igual a cinco salários mínimos. Assim, considera-se a renda familiar dos ACSs como baixa renda, o que os aproxima das características da comunidade local e população atendida em seu trabalho (IBGE, 2010).

Pode-se considerar que a renda familiar referida pelos trabalhadores representa um suporte para a família, e, apesar de ter caráter positivo, também pode levá-los a dificuldades de sobrevivência financeira, o que pode contribuir para o desenvolvimento de estresse e sentimentos de desvalorização profissional. É importante destacar que o salário recebido não tem correspondido ao trabalho e a responsabilidade dos profissionais e que o reajuste salarial não acompanha o aumento de tarefas (MOURA et al., 2010).

Nos aspectos relativos à autopercepção de saúde, há estudos que mostram como são essenciais a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho dos indivíduos (SANTOS; MARQUES, 2013) e que a autoavaliação da saúde é um dos indicadores mais amplamente utilizados na área da Saúde Pública e importante indicador do construto multidimensional da saúde. É obtido por medidas de percepção individual da própria saúde e pode influenciar no bem-estar e na



qualidade de vida (IBGE, 2014; PAVÃO; WERNECK e CAMPOS, 2013; MENDONÇA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2012; PERES et al., 2010).

Na população do estudo, quanto à autopercepção de saúde geral, 50 (23,6%) participantes relataram ser muito boa e 118 (55,7%) boa e poder de significância com  $p=0,056$  quando associada ao MDC. Este dado é semelhante ao encontrado em estudo realizado sobre a autoavaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil, que referiu que a maioria da população estudada era do sexo feminino (61,5%) e a prevalência da autoavaliação de saúde como positiva em 66,9% para as mulheres (PERES et al.,2010).

Ainda sobre a autopercepção de saúde geral, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) no Brasil, em 2013, 66,1% autoavaliaram sua saúde como muito boa ou boa e, quando comparado ao que foi referido pelas mulheres, houve diminuição da porcentagem para 62,4%. As estimativas para a região Sudeste em relação a esta característica eram de 71,5%, sendo possível considerar que a proporção apresentada pela pesquisa ficou inferior à estimativa, o que se assemelha ao presente estudo (IBGE, 2014).

Sobre a autopercepção de saúde da população estudada, ainda se pode refletir sobre o indicador, pois ele tende a diminuir com relação à idade dos indivíduos, tendo em vista que quanto maior for a faixa etária mais o estado de saúde diminui, e isso, por conseguinte, reflete na autopercepção, fazendo com que ela passe de muito boa a regular ou ruim. Este fato pode ser explicado pelo maior risco de acometimento de doenças crônicas e incapacidades funcionais com o aumento da idade (BORGES et al., 2014).

Ao verificar a autopercepção de saúde bucal, 108 (50,9%) sujeitos referiram como boa e 64 (30,2%) como regular e não apresentou significância ao ser associada com os quadrantes do MDC. Apesar de não possuir significância, a autoavaliação de saúde bucal obteve maiores proporções nos trabalhos de alta exigência e passivo. Tais percentuais podem estar relacionados à insatisfação com a própria saúde, com tendência a aumentarem segundo idade entre as mulheres, o que corrobora com o estudo (PERES et al., 2010).

Os autores Mendonça; Szwarcwald; Damacena (2012) investigaram os cuidados assistenciais, bem como o estado de saúde bucal da população residente em quatro municípios, incluindo a autoavaliação e os fatores associados à

percepção ruim de saúde bucal por meio da Pesquisa Mundial de Saúde e obtiveram autoavaliação da saúde bucal com 9,8% avaliando como “ruim” ou “péssima”, 29,3% como “moderada” e 60,9% como “excelente” ou “boa”. A percepção da saúde bucal foi pior entre as mulheres, 11,4% das mulheres avaliaram sua saúde bucal como “ruim” ou “péssima”, enquanto apenas 8,0% dos homens avaliaram dessa forma (MENDONÇA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2012).

No que diz respeito às características relacionadas ao trabalho, os dados demonstram que 88,7% dos profissionais possuem um emprego, 84,9% com carga horária semanal menor ou igual a 40 horas e 99,1% recebem adicional de insalubridade.

Ao considerar a carga horária de trabalho, vale salientar que se constitui em assunto de discussão desde a década de 30 e alcançou maiores proporções em meados da década de 70 a 80. As discussões a este respeito resultaram na redução da jornada de trabalho, proposta pela Constituição Federal de 1988 para que os trabalhadores não excedam 44 horas semanais (JUNIOR, 2012).

A população do estudo está predominantemente (84,9%) trabalhando menos que o limite constitucional. No entanto, ainda há um percentual de 15,1% que refere uma carga de trabalho semanal maior que 40 horas.

Os resultados apresentados podem estar relacionados ao fato de a maioria dos ACSs ser mulher, e considerando que as mulheres possuem dupla ou tripla jornada de trabalho, pois, além da sua carga horária de trabalho formal, realizam atividades voltadas ao cuidado da casa, família e filhos e, portanto, possuem mais turnos de trabalho (BARBOSA et al, 2012; VASCONCELOS et al., 2011).

Cabe salientar que as mulheres inseridas no trabalho formal não estão isentas das atividades e responsabilidades do trabalho doméstico e cuidados com familiares. Portanto podem estar constantemente expostas a maiores cargas de trabalho, que podem gerar processos de desgastes biopsíquicos que levam ao sofrimento e estresse (KARINO et al., 2015; BARBOSA et al., 2012; VASCONCELOS et al., 2011).

Destaca-se, pois, a importância da limitação da jornada de trabalho para os indivíduos, em diversos aspectos como biológico, social e econômico, visando poupar os trabalhadores de estressores organizacionais e de problemas decorrentes da fadiga e possibilitar vida social e ambiente familiar saudável (JUNIOR, 2012).

Dentre os estressores no trabalho de maior incidência estão: prolongadas jornadas de trabalho, trabalho noturno e duplas ou triplas jornadas de trabalho. Estes estressores afetam diretamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores com impacto no comprometimento e satisfação no trabalho, o que implica a qualidade de vida dos mesmos (JUNIOR et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2011; ZANELLI, 2010).

Ao analisar o recebimento do adicional de insalubridade, que é pago a trabalhadores que desempenham atividades caracterizadas como penosas ou insalubres, 99,1% referiram recebê-lo. Este adicional é definido pela Norma Regulamentadora (NR) nº 15 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que regula e caracteriza as atividades insalubres, a fim de minimizar impactos aos quais os trabalhadores estão expostos em seus ambientes laborais (BRASIL, 1978).

Além disso, a Constituição Federal prevê no seu Art. 7º inciso XXIII que são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: o adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas na forma da lei.

No trabalho dos ACSs, estão envolvidas atividades que os expõem a cargas biológicas, físicas, mecânicas e psíquicas. As condições ambientais e seus componentes, aos quais estão expostos, por exemplo ao realizar uma visita domiciliar, podem ser fonte de insatisfação, desconforto, sofrimento e doenças ou, ao contrário, podem ser fonte de prazer e autorrealização. Autores sugerem que o ideal é resolver os problemas e tornar o ambiente de trabalho saudável e seguro, entretanto não é o que se observa no processo de trabalho dos ACSs e nas atividades desenvolvidas por eles, sendo suas atividades consideradas insalubres (BRASÍLIA, 2002).

Diante da relação do adicional de insalubridade com as condições de saúde, propõe-se uma reflexão, partindo do conhecimento de que o adicional é um recurso visto de forma positiva pelo trabalhador, ao passo que este o considera como um aumento na renda mensal. No entanto este acréscimo não favorece a melhoria das condições de trabalho, uma vez que o local se mantém inapropriado para os trabalhadores, gerando maiores riscos, e esse valor conseqüentemente não contribui de forma significativa para a manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos.

Em relação ao turno de trabalho, 11,3% relataram trabalhar à noite, ressalta-se que este tipo de trabalho acarreta prejuízos para a saúde dos trabalhadores, pois interfere na vida social e pode levá-los ao isolamento, gera incompatibilidade de horários para ter momentos com a família e amigos e promove desgaste físico e mental (ZARPELÃO; MARTINO, 2014; BORGES, 2006).

Os indivíduos que trabalham em horários não usuais, irregulares podem ter um desempenho e produtividade diminuídos, podem ser desencadeados ou agravados problemas biopsicossociais. Além disso, podem apresentar fadiga, sonolência e estar mais expostos a risco de erros e ocorrência de acidentes de trabalho, sendo susceptíveis a estressores ambientais, o que contribui para uma má qualidade de vida e trabalho (ZARPELÃO; MARTINO, 2014; FERREIRO; MARTINO, 2012; MORENO; FISCHER; ROTENBERG, 2003).

A este respeito, estima-se que 10% da população brasileira ativa trabalhe em turnos ou à noite. Essa estimativa pode ser maior, devido ao aumento de serviços em funcionamento por 24 horas. Zarpelão e Martino (2014) retratam que a privação do sono causa prejuízos cognitivos e de humor, podendo diminuir habilidade de trabalho mental. Pereira et al. (2010) identificaram, em estudo realizado sobre o impacto do trabalho noturno relacionado ao gênero, uma análise cronobiológica do sono diurno, uma redução da duração total do sono diária entre as mulheres quando comparadas aos homens.

Ainda sobre as características do trabalho, o estudo avaliou a idade em que cada indivíduo começou a trabalhar e o tempo que cada profissional desenvolve suas atividades na APS. Destes, 89,1% relataram ter começado suas atividades trabalhistas com menos de 20 anos e 10,9% acima dos 20 anos de idade. Em relação ao tempo de trabalho na APS, 28,3% possuem menos de cinco anos de serviço e 71,7% possuem mais de seis anos de trabalho na APS. A maior proporção de trabalhadores apresenta entre 11 e 15 anos de serviço na APS, totalizando 47,6% da população do estudo.

A inserção no contexto de trabalho é considerada importante, pois, o trabalho ocupa papel central na vida humana e contribui para formação de identidades e inclusão social de cada indivíduo. Os jovens têm buscado adquirir *status* político e social, por isso objetivam obter um trabalho cada vez mais cedo. Cabe salientar que

o trabalho é reconhecido como valor ético-moral para a sociedade e colocado como direito individual para o cidadão (CARVALHO, 2004).

Especificamente, as mulheres têm conquistado direitos legais e espaço no mercado de trabalho. Elas são sujeitos das transformações nas relações de gênero e trabalho feminino. O aumento da participação feminina demonstra um avanço na busca da autonomia e complementação na renda familiar (MARIUCC; ALMEIDA, 2010).

A Pesquisa Mensal de Empregos (PME) destaca que o número de mulheres ocupadas em relação à População em Idade Ativa Feminina tem crescido. Em 2008, seu aumento foi de 3 pontos percentuais, alcançando 43,1%, aumento este maior que o relacionado à população masculina que foi de 1,1 ponto percentual (IBGE, 2008).

Quanto ao tempo de atuação dos profissionais na APS, a categoria com maior proporção foi a de ACSs com tempo de 11 a 15 anos (47,6%). Essa dimensão favorece a formação de vínculos, estratégias de qualificação no atendimento à população e contribui para o comprometimento dos profissionais. Em contrapartida, a segunda maior proporção de profissionais apresentou menos de cinco anos de trabalho na APS (28,3%), fator este que pode envolver dificuldades de adaptação e aprendizado em relação às atividades a serem desenvolvidas no processo de trabalho.

A característica tempo de serviço na APS se mostrou similar a outros estudos, caracterizando-se pelo predomínio de trabalhadores com mais de cinco anos de trabalho. Destaca-se o estudo de Silva e Barros (2015) quanto à percepção de estresse de servidores da atenção básica com média de 10,7 anos trabalhados na área de atuação. Tais proporções sugerem que há uma tendência de redução na rotatividade dos trabalhadores de saúde na Atenção Primária à Saúde, destacando, desta forma, maior quantitativo de profissionais com mais tempo de atuação na ESF.

Para estudar a exposição ao estresse ocupacional, utilizaram-se os quadrantes do Modelo Demanda-Controle, por Karasek e Theorell (1990), além disso, foi possível descrever o perfil da população e identificar a prevalência dos fatores associados à exposição do estresse no trabalho.

Obteve-se que 36,8% dos ACS estão na categoria de trabalho de alta exigência (maior exposição) que combina alta demanda e baixo controle e 45,3% no

trabalho ativo e passivo, representando uma exposição intermediária, e 17,9% de trabalho de baixa exigência, categoria de referência para os trabalhadores.

O trabalho de alta exigência é considerado como o grupo de exposição simultânea a elevadas demandas psicológicas e escasso controle sobre o processo de trabalho. Essa condição favorece o acometimento de reações adversas a desgastes psicológicos e desenvolvimento do estresse psicossocial no trabalho (ALVES et al., 2015; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009).

A alta exigência e o baixo controle no trabalho geram desequilíbrios laborais e produzem aumento na liberação de hormônios do estresse nos indivíduos, que, por sua vez, conduzem os trabalhadores ao processo de adoecimento físico e psicológico. Diante do pouco controle e desgaste psicológico, os trabalhadores não terão condições para responder de forma adequada às circunstâncias ambientais (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009).

A segunda maior proporção encontrada, 28,3% de trabalho passivo, representa a segunda exposição mais problemática para saúde dos trabalhadores, pois não favorece que os indivíduos se desenvolvam e aprimorem suas habilidades (ALVES, 2004). Destaca-se que a alta proporção dos ACSs nas categorias de maior exposição ao estresse é preocupante, pois aumenta a probabilidade de acidentes de trabalho, sofrimento e adoecimento, o que pode ser evidenciado pelos indicadores de absenteísmo e conflitos interpessoais (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

Ao relacionar o baixo controle e a baixa demanda enfrentada pelos trabalhadores no processo de trabalho, obtém-se o trabalho passivo, a categoria que, segundo Karasek, não favorece o desenvolvimento dos indivíduos e pode ser um fator desestimulador e que contribui para a insatisfação nos ambientes laborais (FILHA, COSTA, GUILAM, 2013; KARASEK, 1990). A este respeito um estudo que analisou a associação entre estresse no trabalho, por meio do Modelo Demanda – Controle, e hipertensão arterial em uma população feminina demonstrou que 28,3% desta se encontravam no trabalho passivo (ALVES et al., 2009).

Braga; Carvalho e Binder (2010) realizaram um estudo com os trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP) e analisaram a associação entre as demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e também a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) nesses trabalhadores.

Identificaram que 42% apresentavam TMC com prevalência em atividades com alto desgaste e baixa prevalência de TMC com baixo desgaste. Em situação de elevado desgaste, verificou-se que a proporção de TMC foi inferior quando da existência de apoio social elevado no trabalho (59,2%), quando comparado ao baixo suporte social (75,0%). Conforme os autores, as condições de trabalho na Atenção Básica contribuem para o adoecimento dos trabalhadores e não podem ser negligenciadas (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Ansoleaga e colaboradores (2014) identificaram, em estudo sobre sintomas depressivos e sofrimento no trabalho de trabalhadores chilenos, condições diferenciais para homens e mulheres, em que as mulheres (24,2%) têm significativa relação de interferência entre trabalho e família em comparação com os homens (11,2%). Os autores utilizaram o modelo de Karasek e demonstraram uma prevalência de exposição ao trabalho psicossocial com fatores de risco com 16% de trabalho de alta exigência e 10% com relato de estresse psíquico e baixo suporte social. No estudo, as mulheres se apresentaram com maior quantitativo em exposição a fatores de risco psicossocial no trabalho. Os autores ressaltam que esses dados têm sido corroborados por pesquisas internacionais em que os sintomas depressivos são evidenciados com prevalência significativamente mais elevada em mulheres do que em homens.

Salienta-se que os elementos que compõem o ambiente de trabalho possuem potenciais psicossociais e podem comprometer a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores. Esses aspectos são variados e numerosos, interagem entre si e repercutem sobre a saúde física e psíquica dos indivíduos em seus ambientes laborais. Na atenção à saúde, pode-se dizer que os serviços são marcados por relações psicossociais paradoxais, tendo em vista que a prestação do cuidado ao indivíduo da comunidade pode gerar benefícios ao trabalhador, mas as relações desenvolvidas também podem ter efeito prejudicial à saúde deste (KOGIEN; CEDARO, 2014; MAGALHÃES, 2011).

Este estudo aponta uma maior exposição feminina ao estresse, tendo em vista que a população é majoritariamente de mulheres. Esta exposição sugere que, apesar da inserção da mulher no mercado de trabalho e suas conquistas, esta ainda possui desvantagem quando comparada ao homem, pois ainda enfrenta estagnação de cargos e desvalorização no ambiente de trabalho, bem como sobrecarga de

atividades e responsabilidades, pois, além do serviço formal, realiza trabalho doméstico, cuidado da família, filhos e casa (MAGALHÃES, 2011).

Segundo dados da OMS, os transtornos mentais e comportamentais não parecem diferir entre os sexos. Contudo, há prevalência dos transtornos de ansiedade e depressão no sexo feminino e também fatores psicológicos e sociais que podem interferir de forma significativa na saúde. Destaca-se que o papel que as mulheres desempenham na sociedade as faz se depararem com maiores estressores. E elas têm mais estressores do que os percebidos. Estes fatores dificultam realizar um processo de mudança a fim de reduzir a exposição ao estresse (OMS, 2001).

O pressuposto de Karasek estabelece que o trabalho realizado em algumas condições pode propiciar o aparecimento de estresse psicossocial no trabalho e desencadear um processo de doença e sofrimento. Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que mais de 90% da população mundial é afetada pelo estresse na atualidade, por viver em constantes exigências de atualização e necessidade de lidar com as transformações e se adaptar (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012; POSSAMAI, 2010).

Estudos afirmam que situações envolvendo baixo controle sobre o trabalho, como o que ocorre nos trabalhos de alta exigência e passivo, repercutem na falta de desafios. Isso favorece o aumento de riscos à saúde dos trabalhadores envolvidos e conseqüentemente redução do interesse, participação, habilidades e capacidade de tomar decisões e soluções no enfrentamento dos problemas laborais (MAGNAGO et al., 2010; FONSECA; MOURA, 2008; FISCHER et al., 2005; KARASEK, THEÖRELL, 1990).

O estudo realizado com trabalhadores de hospitais no Sul do Brasil associando absenteísmo com modelo demanda-controle refere que o estresse ocupacional e o baixo suporte social no trabalho contribuem para o desenvolvimento do absenteísmo-doença e podem agravar significativamente o adoecimento do trabalhador (SANTOS et al., 2011b).

Por outro lado, ainda que os ACSs tenham apresentado predominantemente o trabalho de alta exigência e passivo, ambas as categorias que são maléficas à saúde dos trabalhadores, e assim possuem maior risco de estresse, eles referiram alto apoio social (66,4%). O baixo apoio social pode gerar conseqüências negativas



para a saúde do trabalhador que pode ser resultante das más interações dos trabalhadores, vivenciadas entre eles e com os supervisores no ambiente de trabalho (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES et al., 2004).

O apoio social integra inter-relações de acordo com diversas ações, situações ou contextos que o determinam, ele pode ser criado em diferentes ambientes onde há presença do ser humano. No ambiente de trabalho, onde se estabelecem vínculos e situações de convivência, há possibilidades de se desenvolver apoio social através do estabelecimento de relações que atribuem efeito à saúde física e emocional dos indivíduos (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012; FONSECA; MOURA, 2008).

O fato de os participantes da pesquisa apresentarem alto apoio social, mesmo com as maiores proporções dos trabalhos prejudiciais à saúde, pode ser explicado através das características individuais de cada trabalhador, tendo em vista suas expectativas, realização pessoal e crenças em relação à recompensa e reconhecimento oferecido pela instituição em que trabalha (FONSECA; MOURA, 2008; BROUGH; PEARS, 2004).

Pode-se considerar ainda que quanto maior a relação de apoio social que os indivíduos tiverem maior será seu benefício, favorecendo o bem-estar e a qualidade de vida e saúde. Estudos demonstram que indivíduos que são casados possuem maior probabilidade de perceber maiores níveis de apoio social quando comparados aos não casados, por terem o cônjuge que pode significar maior apoio (GRIEP et al., 2005). No presente estudo, essa relação se faz presente, uma vez que a frequência de alto apoio social (66,4%) se aproxima da frequência dos participantes casados (55,5%).

Em relação ao trabalho ativo, caracterizado pela alta demanda e baixo controle, e trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle), estes foram os que apresentaram menores proporções de trabalhadores com 17,0% e 17,9% respectivamente. O trabalho ativo é considerado um tipo de trabalho positivo, pois permite ao trabalhador o estímulo ao desenvolvimento e aprendizado, aumentando o poder de tomada de decisão e resolução de problemas. Já o trabalho de baixa exigência, ou baixo desgaste, é considerado como de referência e desejável para a saúde dos indivíduos por possibilitar o relaxamento e menor exposição a situações estressantes (KOGIEN; CEDARO, 2014; GIANNINI, 2010; ALVES, 2004).

A análise bivariada indicou que o Modelo Demanda-Controle não obteve poder de significância com as covariáveis cor/raça ( $p=0,528$ ), estado conjugal, sexo, escolaridade, religião e manteve poder de significância com a idade.

Ainda sobre as variáveis sociodemográficas, mesmo sem ter apresentado poder de significância com o MDC, apresentam maiores proporções nas categorias de trabalho passivo e alta exigência. O estado conjugal apresentou maior número de trabalhadores no trabalho passivo e alta exigência, casados ou em união estável com 24,8% e 37,6% e entre os não casados com 31,9% e 36,2% respectivamente.

A variável sexo apresentou (36,2%) alta exigência e (26,9%) trabalho passivo entre as mulheres e (38,9%) de alta exigência e trabalho passivo entre os homens. Considerando o nível de escolaridade, os universitários ou de maior qualificação apresentaram maior proporção no trabalho passivo (30,0%) e as demais categorias mantiveram com maior quantitativo em alta exigência, os que possuíam até o ensino médio incompleto (46,2%), com ensino médio completo (35,9%) e ensino técnico (46,7).

Em relação à análise das características relacionadas ao trabalho com o MDC, a que manteve poder de significância foi tempo de trabalho na APS, as demais variáveis, idade com que começou a trabalhar, número de empregos, trabalho à noite, carga horária semanal, acidente de trabalho e adicional de insalubridade, não apresentaram significância. Os trabalhadores que começaram a trabalhar com menos de 20 anos, possuem apenas um emprego, não trabalham à noite, possuem carga horária semanal menor ou igual a 40 horas, recebem adicional de insalubridade e não foram expostos a acidente de trabalho no último ano concentraram-se nos trabalhos de alta exigência e passivo.

Rios e Nery (2015), ao avaliarem as condições laborais e de saúde em seu estudo, demonstraram que 28,1% dos trabalhadores se encontravam na categoria de alta exigência e 26,3% na categoria de trabalho passivo, as duas categorias mais prejudiciais para a saúde do trabalhador. Ainda obtiveram proporções semelhantes para as demais categorias, com 21,0% trabalho ativo e 24,6% de baixa exigência. Os mesmos autores apontam que 75,6% dos trabalhadores percebem algum fator de risco à sua saúde ao desenvolverem seu trabalho e 24,4% referem não perceber fator de risco em relação à interferência das condições laborais em sua saúde.

A variável apoio social manteve poder de significância com os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e demonstrou predominância dos trabalhos de alta exigência e passivo nos indivíduos com baixo apoio social e proporcionalidades semelhantes das categorias nos trabalhadores com alto apoio social. Destaca-se ainda que, mesmo com semelhanças de proporção, o trabalho de alta exigência, grupo desfecho, foi predominante.

Neste estudo, a análise bivariada revelou diversas variáveis com poder de significância estatística quando associadas ao Modelo Demanda-Controle e mostrou predomínio dos trabalhadores nas categorias de trabalhos passivo e alta exigência. Tais variáveis foram selecionadas e analisadas através do modelo de regressão de *Poisson*. As características que mantiveram prevalência no modelo final cujo desfecho é o estresse psicossocial no trabalho foram apoio social e tempo de trabalho na APS.

Este estudo evidencia a alta prevalência do estresse no trabalho diante do baixo apoio social, caracterizando-o como um poderoso preditor do estresse. Fonseca e Moura (2008) relatam que um dos primeiros estudos que associou o apoio social e saúde do trabalhador foi realizado na Suécia, onde se verificou que o baixo apoio social no local de trabalho de funcionários suecos tinha efeito negativo sobre a saúde cardiovascular dos mesmos.

Destaca-se a intrínseca relação do estresse no trabalho com o apoio social, pois o baixo apoio social do trabalho tende a favorecer o aumento do risco de os indivíduos desenvolverem estresse psicossocial, adoecimento e acometimentos na saúde. Em pesquisa realizada por Stansfeld e colaboradores (2012), foi encontrado alto risco para o aumento de transtorno depressivo maior (TDM) relacionado ao baixo apoio social e ao estresse no trabalho associado ao TDM.

Outro estudo, que teve como objetivo identificar a contribuição do MDC, do apoio social e da Burnout para a duração de licenças para tratamento de saúde, concluiu que o baixo apoio social no trabalho aumentou a expectativa de dias de licença. Diante disso, ressalta-se que o baixo apoio social pode contribuir para o adoecimento dos trabalhadores independentemente da categoria de trabalho na qual o indivíduo esteja inserido (SANTOS et al., 2010).

Ainda no que diz respeito aos potentes preditores do estresse psicossocial no trabalho, o estudo de Lopes e colaboradores (2010) vem corroborar, que o gênero

pode ser um forte preditor, ao demonstrar que as mulheres tiveram maior prevalência de sofrimento psíquico quando comparadas aos homens e também apresentaram maior proporção do quadrante de alta exigência. Os autores descrevem que diversos outros estudos descobriram que as mulheres relatam mais sintomas psicológicos do que os homens, no entanto se desconhecem os fatores que contribuem para o aumento destes riscos entre o gênero feminino.

Para o tempo de trabalho na APS, foi observado maior prevalência de estresse psicossocial no trabalho, nos trabalhadores que possuem de seis a dez anos. E, tendo em vista que o estresse ocupacional é causado por um conjunto de fatores do trabalho que ultrapassam a capacidade do indivíduo em superar e enfrentar as dificuldades pode-se considerar o tempo de trabalho como um estressor ocupacional.

Diante das diversidades que caracterizam o processo de trabalho, há diversos fatores que podem desencadear o estresse e, desta forma, tornar os indivíduos mais vulneráveis aos estímulos. O prolongado tempo de trabalho pode fazer com que o indivíduo fique exposto a muitas exigências psicológicas e a diversas transformações o que fará com que ele tenha controle suficiente para superar e desenvolver-se (HOPPE, 2012).

Entre os fatores estressores a que o trabalhador poderá estar exposto, mediante a longa permanência no mesmo ambiente de trabalho, estão: fatores relacionados às tarefas; fatores relacionados à organização; fatores relacionados ao processo de trabalho e fatores relacionados às relações interpessoais. Tais fatores podem ser, por exemplo: exigências da organização e as competências do trabalhador, falta de informações necessárias para o desempenho satisfatório das atividades, inserção de novas tecnologias, ritmo de trabalho excessivo, dificuldades nas relações interpessoais e falta de reconhecimento e valorização profissional (JUNIOR et al., 2014).

O delongado tempo de trabalho pode favorecer ao acúmulo de fatores estressantes, fazendo com que os trabalhadores não consigam superar as demandas e desenvolverem o estresse psicossocial. Além disso, deve-se levar em consideração que estes trabalhadores iniciaram suas atividades laborais muito novos, esta longa exposição pode acarretar em desequilíbrios físico e emocional do profissional, e desencadear dificuldades para lidar com as situações do cotidiano em

seu ambiente de trabalho, comprometer o nível de satisfação e impactar na saúde e qualidade de vida e trabalho dos indivíduos (JUNIOR et al., 2014).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, os resultados evidenciaram que a população deste estudo é predominantemente do sexo feminino e se apresenta em plena fase produtiva da vida. Verificam-se maiores proporções dos indivíduos nos trabalhos passivo e alta exigência, o que gera alto risco de acometimentos em saúde e desenvolvimento do estresse psicossocial no trabalho. Evidenciou-se um reduzido número de profissionais nas categorias de trabalho ativo e de baixa exigência, as quais são mais recomendadas e características de referência. Obteve-se alta prevalência de estresse psicossocial no trabalho dos ACSs a partir das variáveis apoio social e tempo de trabalho na APS associadas ao MDC.

Os Agentes Comunitários de Saúde da APS do município de Juiz de Fora pesquisados possuem predominantemente idade acima de 46 anos, casados, com formação além da exigida para o cargo, sendo ensino técnico ou universitário em sua maioria e classificação econômica com maior incidência das classes C1 e B2 respectivamente, com renda bruta familiar mensal de R\$ 1.865,00 e R\$ 3.118,00.

Em relação às características relacionadas ao trabalho, em sua maioria, começaram a trabalhar antes dos 20 anos de idade, possuem apenas um emprego e não trabalham à noite, executam suas atividades somando 40 horas semanais, recebem adicional de insalubridade e não sofreram acidente de trabalho no último ano. Em relação ao tempo de atuação na APS, a faixa predominante foi de 11 a 15 anos de trabalho.

Ao considerar a autopercepção de saúde geral e bucal, a maior proporção de profissionais considera como boa tanto a saúde geral como a saúde bucal. Em relação à saúde bucal, ressalta-se a segunda maior proporção de trabalhadores que a consideram como regular.

No que diz respeito ao perfil dos ACSs, considerando as dimensões do modelo demanda-controle, apresentaram alta demanda e baixo controle, caracterizando-os com um trabalho de alta exigência. E, em relação às outras dimensões, verificou-se que os trabalhadores possuíam também alta proporção no trabalho passivo, favorecendo o aumento de risco ao estresse. Em contrapartida, também relataram alto apoio social.

Quando analisadas as associações entre as dimensões do MDC e as características estatisticamente significativas, os ACSs que possuíam baixo apoio social e tempo de trabalho de seis a dez anos apresentaram maior prevalência ao estresse psicossocial no trabalho, com significância estatística.

O estresse tem sido uma preocupação mundial, pois tem acometido populações de diversas organizações. Devido às diversas transformações e formulações de políticas de saúde, no Brasil, os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, e assim os ACSs, estão mais expostos a situações de altas exigências, o que resulta em sobrecarga e interfere na saúde desses indivíduos. Torna-se importante desenvolver e aplicar estratégias que busquem diminuir os riscos do trabalho para promover a saúde e a segurança.

Os dados encontrados são preocupantes e sugerem que medidas de promoção e proteção de agravos à saúde destes trabalhadores sejam instituídas. Recomenda-se a organização de programas permanentes de atenção aos trabalhadores da APS, em especial os ACSs, selecionando momentos que possibilitem o monitoramento das condições de trabalho e de vida e a identificação dos problemas no ambiente de trabalho, favorecendo a participação dos trabalhadores e o desenvolvimento de estratégias e ações que visem à manutenção da saúde dos indivíduos.

O trabalho desenvolvido na APS constitui-se de múltiplas atribuições e requer alto grau de conhecimento e responsabilidade, tornando-o como uma organização laboral complexa, este fator faz com que os profissionais envolvidos fiquem vulneráveis ao estresse, o que implica o desenvolvimento de sofrimento. O entendimento deste processo de trabalho promove sensibilização e reflexão sobre os agravos à saúde mental do trabalhador da atenção primária.

Ressalta-se a importância do reforço ao apoio social por parte dos gestores e dos colaboradores. Pois a presença de alto apoio social pode agir de modo a minimizar ou proteger os trabalhadores dos efeitos negativos advindos da exposição a agentes estressores. Os resultados apresentados contribuem para uma nova percepção em relação ao trabalho dos ACSs e servem para subsidiar novas pesquisas, de modo a caracterizar mais precisamente os aspectos psicossociais do trabalho nos serviços de saúde, visando, com isso, à redução de estressores

psicossociais no ambiente de trabalho e ao melhor entendimento em relação ao adoecimento psíquico ocupacional.

Neste contexto, recomenda-se que os estudos com trabalhadores da APS incluam instrumentos que sejam capazes de captar as particularidades das atividades de cada categoria profissional e do ambiente de trabalho. É importante também que os ACSs se sensibilizem com as questões relacionadas ao seu processo de trabalho e participem das ações propostas pelos gestores da APS a fim de contribuírem para a melhoria e qualidade no desenvolvimento de suas atividades.

Algumas limitações podem ser identificadas no presente estudo. O fato de a pesquisa ser de delineamento transversal, que tem o objetivo de realizar um recorte de uma determinada realidade, para ser analisada e estudada, não permite o acompanhamento da saúde dos trabalhadores ou avaliar fatores de exposição predisponentes. Ainda a respeito do delineamento, este propõe que a causalidade reversa não pode ser descartada, levando-se em conta que a exposição e o desfecho são avaliados simultaneamente.

Além disso, outra limitação deste estudo deve-se ao fato de se utilizar o Modelo Demanda-Control para avaliar a ocorrência de estresse psicossocial no trabalho, tendo em vista que ainda se discute a melhor forma de avaliação de seus critérios. Ademais, o instrumento não discrimina os estressores do ambiente laboral a que os sujeitos estão expostos e não considera as questões subjetivas importantes que interferem nos resultados encontrados e que extrapolam a análise quantitativa.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para a realização de pesquisas com abordagens qualitativas, para que sejam identificadas as dificuldades no processo de trabalho e os riscos aos quais os trabalhadores estão expostos. E, diante disso, aprimorar as ações que objetivem a melhoria das condições de vida e laborais dos trabalhadores.



## REFERÊNCIAS

- 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. 212-22, 2010.
- AGUIAR, Z.N.; SUS: **Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios** –. São Paulo: Martinari, 2011.
- 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. M. et al. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. **Rev Saúde Pública**,v. 43, n. 5, p.893-896, 2009.
- 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, 31(1) : 208-212, jan, 2015.
- ANSOLEAGA, E.; VÉZINA, M.; MONTAÑO, R. Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 30(1):107-118, jan, 2014.
- ARAÚJO, T.M.; GRACA, C.C.; ARAÚJO E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.8, n.4, pp.991-1003. 2003.
- ARAÚJO, T.M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, p.424-433, 2003.
- BARBOSA, R.H.S. et al. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. **Interface comun. saúde educ** v. 16, n. 42, p. 751–765 , 2012.
- BARROS, D.F. et al; O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, SC, p.78-84, Jan./Mar. 2010.
- BARROSO, S. M.; GUERRA, A. D. R. P. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis-MG. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 98 . 3, p. 338-345, sept. 2013.
- BEZERRA F. N.; SILVA T.M.; RAMOS V.P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta paul. enferm.** vol.25 no.spe2. São Paulo, 2012.
- BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R. BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15(Supl. 1), p.1585-1596, 2010.

BORGES, E.M. **Saúde Mental, trabalho em turnos e qualidade do sono de funcionários da linha de produção de uma indústria moveleira de Arapongas - PR** – Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco, Arapongas - Paraná. 2005.

BORGES, A.M. et al., Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 17(1):79-86. 2014.

BORNSTEIN, V.J. et al. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, p.1327-1340, 2014.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 173-79.

BRASIL. **Caderno de saúde do trabalhador** : legislação / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador; Brasília-DF, 2001.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de atenção básica. Caderno nº 5. Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 127 p. 2015.

\_\_\_\_\_. **Consolidação das leis do trabalho**. Oliveira, J. de (org.). São Paulo, Saraiva, 1992.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed.** – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. – (Série textos básicos; n. 67).

\_\_\_\_\_. Decreto Lei N.º 5.452, de 1º de maio de 1943. **Consolidação das Leis do Trabalho**.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências.

Brasília, DF, 1999. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3189.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm). Acesso em 12 janeiro, 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. p. 018055, 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Lei no 12.218, de 30 de março de 2010. Altera as Leis no 9.440, de 14 de março de 1997, e 9.826, de 23 de agosto de 1999, que estabelecem incentivos fiscais para o desenvolvimento regional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 mar. Seção 1, p. 1. 2010.

\_\_\_\_\_. **Manual de aplicação da Norma Regulamentadora nº 17.** – 2 ed. – Brasília: MTE, SIT, 101 p. : il. 2002.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 36p. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília-DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil.** Brasília- DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Brasília-DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **Norma Regulamentadora - 32 Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.** Brasília-DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Norma Regulamentadora nº15- **Atividades e Operações insalubres.** Ministério do Trabalho e Emprego. **Diário Oficial da União**, 06 julho de 1978.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde OMS/Fundo das nações unidas para a Infância. Cuidados Primários de Saúde. **Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997.** Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de out. 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978.** Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho.

\_\_\_\_\_. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 12 Dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Resolução nº412/13 do Conselho Municipal de Saúde/JF. Dispõe sobre o **Plano Municipal de Saúde 2014/2017**, e dá outras providências. Juiz de Fora, 11 de dezembro de 2013.

BROUGH, P. & PEARS, J. Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. **International Journal of Organisational Behaviour**, 8, 472-485. 2004.

CAMPOS, E. M. S. **A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização.** 2007. 297f. Tese (Doutorado)– Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CARVALHO, B.G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.20 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2012.

CAVALCANTE, C.A.A. et al. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise Contextual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 88-97, jan./abr. 2006.

CESAR-VAZ, M.R. et al. Percepção do risco no Trabalho em Saúde da Família: Estudo com Trabalhadores no Sul do Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**. Novembro-dezembro; 17(6).2009.

CORBO, A.D.; MOROSINI, M.V.G.C.; PONTES, A.L.M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.;

CORBO, A. D. A. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. **Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz**, 2007. p. 69-106.

COSTA, G.D. et al.. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, jan-fev. p.113-118. 2009.

COSTA M.F. A.; FERREIRA M.C.. Sources and Reactions to Stress in Brazilian Lawyers. **Paidéia**, jan-apr. Vol. 24, No. 57, 49-56. 2014.

COURVOISIER D.S., PERNEGER T.V. Validation of alternative formulations of Job Strain. **J Occup Health**, 52:5-13, 2010.

CHIAVEGATTO, C . V. **A Atenção Primária e sua percepção quanto ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no SUS em Minas Gerais**. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2010.

DANSKI, M.T.R. et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro em pronto-atendimento. **Cogitare Enfermagem**. 16(1). 2011.

DAVID, HMSL et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis,SC, p. 206-214, Abr./Jun. 2009.

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

DIAS, E. C. Aspectos Atuais da Saúde do Trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005.

FARIA, H. WERNECK, M. SANTOS, M.A. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed . Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, R. C.. **Prática profissionais em Saúde da Família: uma análise do atendimento à demanda espontânea**. 2011. 105f. Dissertação (Mestrado) – Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família – experiência no município de Juiz de Fora/MG. 2006**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FAUSTO, M. C; MATTA, G. C. MORSINI, M. V; CORBO . A Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: (orgs). **Modelos de Atenção e Saúde da Família**. EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, p. 43 – 67. 2007.

FERREIRA L.R.C., DE MARTINO M.M.F. Padrão de sono e sonolência do trabalhador estudante de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(5):1170-1183.

FILHA, M. M. T.; COSTA, M. A. S.; GUILAM, M. C. R. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 21, n. 2. 2013.

FISCHER, F. M. et al.. Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. *Rev. Saúde Pública[online]*., v.39, n.2, p. 245-253, 2005.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. (Apostila)

FONSECA I. S. S.; MOURA S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Psicol. Am. Lat.* n.15 México dez. 2008.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro. **O trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família em Juiz de Fora**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2005.

GIANNINI, S. P. P. **Distúrbio de voz relacionado ao trabalho docente: um estudo caso-controle**. 2010. 129f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2010.

GIOVANELLA, L, et al.. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, p.783-794, 2009.

GOMES, K.O et al.. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, p. 1143-1164. 2010.

GOMES, M.F. et al. Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde. *J. res.: fundam. care. Online*, p.3574-3586, out./dez. 2015.

GOUVÊA, G.R. et al. Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4):1185-1197, 2015.

GRECO, P.B.T et al. Utilização do Modelo Demanda-Control de Karasek na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. *Revista de Enfermagem da UFSM*, p.272-281 Mai./Ago. 2011.

GRIEP, R. H. et al.. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.3, p. 703-714, 2005.

GRIEP, R.H. et al. The psychometric properties of demand-control and eVort–reward imbalance scales among Brazilian nurses. *Int. Arch Occup Environ Health*, p.1163–1172, 2009.

GUSSO, G.D.F et al.. Terminologia da Atenção Primária à Saúde. **Revista brasileira de educação médica**. p. 93 – 99, 2012.

HOKERBERG, Y.H.M. et al. Dimensional structure of the demand control support questionnaire: a Brazilian context. **Int Arch Occup Environ Health**. p.407–416,2010.

HOPPE, T.N. Estresse ocupacional: percepções de colaboradores de uma instituição de ensino superior. Monografia (Graduação em Psicologia). UNIVATES Lajeado: UNIVATES, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Algumas características da inserção das mulheres no mercado de trabalho. In. Pesquisa Mensal de Empregos (PME). Rio de Janeiro- 2008.

\_\_\_\_\_. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. In. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Rio de Janeiro, 2016.

IBRAHIM, R.Z.A.R.; OHTSUKA K.. Review of the Job Demand-Control and Job Demand-Control-Support models: Elusive moderating predictor effects and cultural implications. **Southeast Asia Psychology Journal**. Vol 1, 10-21. 2012.

IMBRIZI, M.J et al.,Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 15, n. 1, p. 153-169, 2012.

JOHNSON, J. V.; HALL, E. M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **Am J Public Health**. v. 78, n. 10, p.1336-1342, 1988.

JUNIOR, P.F.F. A redução da jornada de trabalho e seus benefícios. **Revista Eletrônica do CEMOP** - Nº 02 - setembro de 2012.

JUNIOR, E.G. et al. Trabalho e estresse: identificação d estresse e dos estressores ocupacionais em trabalhadores de uma unidade administrativa de uma instituição. **Revista GUAL, Florianópolis**, v. 7, n. 1, p. 01-17, jan. 2014.

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. et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. **AJPH**, v. 71, n.7, p. 694-705, 1981.

KARASEK, R.; THEORELL, T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. **Basic Books**, New York, 1990.

KARASEK, R. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, Vol. 3, No. 4, 322-355, 1998.

KARASEK, R. et al. Testing two methods to create comparable scale scores between the Job Content Questionnaire (JCQ) and JCQ-like questionnaires in the European JACE Study. **Int J Behav Med.** v. 14, n. 4, p.189-201, 2007.

KARINO, M.E. et al., Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital-escola. **Cienc Cuid Saude**, p.1011-1018, Abr./Jun. 2015.

KOGIEN, M.; CEDARO J.J. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jan./fev. 2014.

KLEIN C.H.; BLOCH, K.V. Estudos seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM de, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GI. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu; 2009

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 151-61, 2000.

LACERDA E SILVA T. et al. Occupational health in primary care: perceptions and practices in family health teams. **Interface, Comunicação Saúde Educação**, Botucatu,SP,2013.

LANDSBERGIS P.A et al., Job Strain and Ambulatory Blood Pressure: A Meta-Analysis and Systematic Review. | **American Journal of Public Health**. March, Vol 103, No. 3. 2013.

LEAO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, mar. 2011.

LIMA, C.A et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioét. (Impr.)**, p.152-160, 2014.

LOPES, C.S. et al. Job strain and other work conditions relationships: with psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil. **Soc Psychiat Epidemiol**, p.345–354, 2010.

MADRID, C. **Manual para a aplicação odk**. Editora: Ongawa. Maio, 2015.

MAENO, M.; CARMO, J.C. **Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender como o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. 372 pp.

MAGALHÃES, F.A.C. **Estresse ocupacional e fatores associados entre Servidores da UFMT, campus Cuiabá-MT**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Epidemiologia. Cuiabá: UFMT, 2011.



MAGNAGO, T.S.B.S, et al. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro,RJ, p.118-123, jan/mar.2009.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paul Enferm** v. 23, n. 6, p.811-7, 2010.

MARIUCC E.M.S.; ALMEIDA C.C.R. Mulher e trabalho: um debate necessário no contexto das políticas neoliberais. Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010.

MARQUES C.M.S, PADILHA E.M, Contexto e perspectivas da formação do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 345-352, 2004.

MARTINS, M. I. C, MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, 2013.

MARTINS, J.T. et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta Paul Enferm**, p.63-70, 2013.

MARTINS, L.F et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 4939-4750, 2014.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MARZARI, C.K et al. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, p.873-880, 2011.

MASCARENHAS, C.H.M; PRADO F.O, FERNANDES M.H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, p.1375-1386, 2013.

MAURO, M.Y.C,et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, p. 13-18, abr./jun. 2010.

MEDRONHO, R. et al. **Epidemiologia**. Editora Atheneu, São Paulo, 2ª. Edição. 2009.

MELO, M.B, QUINTÃO A.F, CARMO R.F. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.1, p.86-99, 2015.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina Do Trabalho À Saúde Do Trabalhador. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo 25(5): 341-9, 1991.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos Trabalhadores. In: **Epidemiologia & Saúde**. ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. Medsi, 5ª Ed., 2011.

MENDONÇA, M.H.M et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, p.2355- 2365, 2010.

MENDONÇA; SZWARCOWALD; DAMACENA. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(10):1927-1938, out, 2012.

MENEGUSSI, J.M; OGATA, M.N; ROSALINI M.H.P. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro,RJ, v. 12, n. 1, p. 87-106, jan./abr. 2014.

MOROSINI, M.V, GUIMARAES, C.C, Modelos de atenção e a saúde da família. **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, RJ, 2007.

MOROSINI, M.V, CORBO, A.D.A, GUIMARÃES, C.C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, RJ, 2007.

MONNERAT, G.L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,RJ, v.12, n.6, p.1453-1462, 2007.

MOURA, M.S. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife,PE, p. S69-S81, nov, 2010.

OLIVEIRA, B.R.G.; MUROFUSE, N.T.. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto** - v. 9 - n. 1 - p. 109-115 - janeiro - 2001.

OLIVEIRA, J.E, LAGE, K.R, AVELAR, A.S. Equipe de enfermagem e os riscos biológicos: NORMA REGULAMENTADORA 32 (NR – 32). **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga,MG, v.4 - n.2 - Nov./Dez. 2011.

OLIVEIRA, M. P. et al. Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n.3, 2012.

OLIVEIRA, M.A.C, PEREIRA I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, A.P.D.N et al.. Capacitação dos agentes comunitários de saúde em aleitamento materno e alimentação complementar no âmbito da atenção primária, em belo horizonte, minas gerais. **Rev. APS**, p. 106 – 110, jan./mar.2014.

OMS, Organização Mundial da Saúde/Fundo das nações unidas para a Infância. **Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados de Saúde. Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil 1979.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**, 6-12 set 1978, Alma-Ata. 1978.

OPENDATAKIT. Pen Data Kit: magnifying human resources through technology. Disponível em: <https://opendatakit.org>. Acesso em: 28/11/2015.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010 .

PAVÃO, A.L.B. ; WERNECK, G.L. CAMPOS M.R.. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(4):723-734, abr, 2013.

PEREIRA, E.F. et al. Percepção de qualidade do sono e da qualidade de vida de músicos de orquestra. **Rev Psiq Clín**. 2010;37(2):48-51.

PEREIRA, I.C, OLIVEIRA, M.A.C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm, Brasilia**. mai-jun; 66(3): 412-9. 2013.

PEREIRA, I.V.S. et al., Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):461-468, 2014.

PERES, M.A. et al.. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**; 44(5):901-11. 2010.

PORTUGAL, F.B. et al. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2016, vol.21, n.2, pp.497-508. 2016.

POSSAMAI A.M.P. **Turismo, Envelhecimento e Estresse**. Dissertação (Mestrado em Turismo). Universidade de Caxias do Sul – Caxias do Sul, 2010.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.

PORTELA, L. F. **Relações entre o estresse psicossocial no trabalho segundo o modelo demanda-controle e a pressão arterial monitorada: o papel do trabalho**

**doméstico.** Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

PMJF/SMS. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde, 2015. **Relatório Anual de Gestão 2015.** 2015.

PMJF/SMS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017.** p,110. 2014.

REIS, A.L.P.; FERNANDES, S.P.; GOMES, A.F.. Estresse e Fatores Psicossociais. **Psicologia Ciência E Profissão**, 30 (4), 712-725, 2010.

RIBEIRO, F.A. **Atenção Primária à Saúde (APS) e sistemas de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica** – Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007.

RIBEIRO, R.P., MARTINS J.T., MARZIALE M.H.P., ROBAZZI M.L.C.C. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(2):495-504.

RIBEIRO, M.D.A. et al. A visão do agente comunitário de saúde (ACS) acerca do serviço de fisioterapia no núcleo de apoio à saúde da família (NASF) em Parnaíba, Piauí. **SANARE, Sobral**, V12, n.2, p.14-20, jun./dez. – 2013.

RIOS, M.A., NERY, A.A. Condições laborais e de saúde referidas por trabalhadores informais do comércio. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, 2015 Abr-Jun; 24(2): 390-8.

RIGOTTO, R. M. O Homem e o Trabalho. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1994.

ROCHA, L.E., NUNES, E.D. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento social: 1964-1980. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1994.

SCHMIDT, D. R. C. et al. Estresse Ocupacional entre Profissionais de Enfermagem do Bloco Cirúrgico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, abr-jun; v.18, n.2: 2009.

SCHMIDT, D.R.C. Modelo Demanda-Controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.** 2013 set-out; 66(5): 779-88.

SALDANHA, R. C. M. Avaliação do PSF em Juiz de Fora. Maio 2003

SANTANA L.L. et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013;34(1):64-70.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do programa Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1023-1028, 2011.

SANTOS, T.M.; CAMPONOGARA S. Um olhar Sobre o trabalho de Enfermagem e a ergologia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 149-163, jan./abr. 2014.

SANTOS, K. et al. Absenteísmo-doença, modelo demanda-controle e suporte social: um estudo caso-controle aninhado em uma coorte de trabalhadores de hospitais, Santa Catarina, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** vol.14 no.4 São Paulo Dec. 2011b.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. Saúde do Trabalhador no início do século XXI. Editorial. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 35, n.122, 2010.

SERAFIM, A.C. et al.. Riscos Psicossociais e Incapacidade do Servidor Público: Um Estudo de Caso. **Psicologia: Ciência E Profissão**, 2012, 32 (3), 686-705.

SILVA M.G.; BARROS B.P. Percepção de estresse de servidores na Atenção Básica de Saúde de Dourados-Ms. **Saúde em Redes**. ; 1 (4): 35 – 52.2015.

SILVA, J.A.; DALMASO A.S.W.; O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

SILVA, N.; TOLFO, S.R. Trabalho significativo e felicidade humana: explorando aproximações. **Rev. Psicol., Organ. Trab.** vol.12 no.3. Florianópolis dez. 2012.

SOUZA, S.F. et al. Psychosocial factors of work and mental disorders in electricians. **Rev Saúde Pública**. 44(4). 2010.

SOUZA, C.R., BOTAZZO C. Construção social da demanda em saúde **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [ 2 ]: 393-413, 2013.

SOUZA, T.S.; VIRGENS L.S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 38 (128): 292-301, 2013.

SOUZA, D.O.; SILVA S.E.V.; SILVA,N.O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

SULZBACHER, E., FONTANA, R.T. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.1, p.25-30, 2013.

SHIMIZU H.E., ALVÃO D.C.J. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9):2405-2414, 2012.

STANSFELD, S. A. et al. Repeated Job Strain and the Risk of Depression: Longitudinal Analyses From the Whitehall II Study. **American Journal of Public Health**. v. 102, n. 12, 2012.

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

TANG, K. A. reciprocal interplay between psychosocial job stressors and worker well-being? A systematic review of the “reversed” effect. **Scand J Work Environ Health** 2014; 40(5):441-456 doi:10.5271/sjweh.3431.

TEIXEIRA, C. et al.. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do rio de janeiro. **Rev. APS**. 2013 out/dez; 16(4): 444-454.

TOMASI, E. et al.. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4395-4404, 2011.

TRINDADE, L.L.; PIRES, D.E.P. **Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde**. *Texto contexto - enferm*. [online]. 2013, vol.22, n.1, pp. 36-42. ISSN 0104-0707.

TRINDADE, L.L.; AMESTOY, S. C.; PIRES D.E. **Revisión de la producción teórica latinoamericana sobre cargas de trabajo**. *Enferm. glob*. [online]. 2013, vol.12, n.29, pp. 363-372. ISSN 1695-6141.

URBANETTO, J.S. et al., Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 47(3):1186-93, 2013.

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

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

## APÊNDICE I - Instrumento de coleta de dados

AN - 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

AN1 - Agora vamos fazer algumas perguntas sobre seu trabalho.

A3. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos
A4. Atualmente você tem quantos empregos? 1 Um emprego 2 Dois empregos 3 Três empregos 4 Mais de três empregos
A5. Você trabalha durante a noite? 1 Sim 2 Não
A6. O seu <b>tempo total de trabalho</b> , em média, <b>POR SEMANA</b> é _____ horas (inclua outras atividades profissionais ou outro local de trabalho)
A7. No trabalho, na <b>UAPS</b> , 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) A9.1. Especificar _____ 9 Agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, etc.) A9.2. Especificar _____
A8. O seu trabalho na <b>UAPS</b> 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		
A9. No seu trabalho na <b>UAPS</b> , você conta com quais das seguintes instalações?			
A9.1	Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados	Sim (1)	Não (2)
A9.2	Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos		
A9.3	Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza		
A9.4	Mobiliário adequado (mesas, cadeiras, etc.)		
A9.5	Equipamentos e ferramentas adequados		
A10. No seu trabalho na <b>UAPS</b> , você conta com quais das seguintes condições de higiene e conforto?			
A10.1	Água potável	Sim (1)	Não (2)
A10.2	Álcool gel para higienização das mãos		
A10.3	Papel higiênico nos banheiros		
A10.4	Papel toalha nos banheiros		
A10.5	Sabonete líquido para higienização das mãos		
A11. Nos <b>ÚLTIMOS 12 MESES</b> , você sofreu algum acidente no trabalho?			
1	Sim	→ A11.1. Que tipo de acidente _____	
2	Não		
A12. Quais equipamentos de proteção você tem à disposição no seu local de trabalho, na UAPS?			
A12.1	Equipamento de proteção individual ?	Sim (1)	Não (2)
A12.1.1	Quais? (Ex.:Luvas, jaleco, óculos, máscara, protetores auditivos, calçados de proteção)		
A12.2	Equipamento de proteção coletiva ?	Sim (1)	Não (2)
A12.1.2	Quais? (Ex.: silenciadores nas máquinas, climatização adequada, extintor de incêndio)		
A13. Em que ano você começou a trabalhar nesta UAPS? _____			
A14. 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		
A15. 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		
G16. Antes de começar a trabalhar na UAPS, você trabalhava?			



1 Sim	2 Não
A17. Qual era sua ocupação ou atividade nesse seu trabalho anterior ao trabalho na UAPS?	
A18. Você recebe adicional de insalubridade?	
1 Sim	2 Não

### Job Content Questionnaire (JCQ)

AN2 - Agora temos algumas perguntas sobre as características de seu trabalho na UAPS

A19. 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
A20. 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
A21. Seu trabalho exige demais de você?			
1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
A22. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?			
1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
A23. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?			
1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
A24. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?			
1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
A25. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?			
1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
A26. Seu trabalho exige que você tome iniciativa?			
1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
A27. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?			
1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
A27. Você pode escolher <b>COMO</b> fazer seu trabalho?			
1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
A28. Você pode escolher <b>O QUE</b> fazer no seu trabalho?			

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

AN3 - A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho na UAPS

A29. 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
A30. 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
A31. 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
A32. 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
A33. 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
A34. 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

### B - Características sociodemográficas

B1. Em que município, estado e país você nasceu?	
B1.1. Município: _____	B1.2. Estado: _____ B1.3. País: _____
B2. 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	

<p>B3. Atualmente, você é...</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Casado(a) ou vive em união estável</li> <li>2 Separado(a), ou divorciado(a)</li> <li>3 Viúvo(a)</li> <li>4 Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)</li> </ol>
<p>B4. Qual o seu sexo?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Masculino</li> <li>2 Feminino</li> </ol>
<p>B6. O seu trabalho na UAPS exige que tipo de escolaridade?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 1º grau incompleto</li> <li>2 1º grau completo</li> <li>3 2º grau incompleto</li> <li>4 2º grau completo</li> <li>5 Universitário Incompleto</li> <li>6 Universitário Completo</li> <li>7 Pós-graduação</li> </ol>
<p>B7. Qual a sua formação profissional? _____</p>
<p>B8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Católica</li> <li>2 Evangélica</li> <li>3 Espírita</li> <li>4 Testemunha de Jeová</li> <li>5 Muçulmana</li> <li>6 Budista</li> <li>7 Candomblé</li> <li>8 Não tenho religião</li> </ol>
<p>B9. Você tem filhos?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Sim      B9.1. Quantos? _____</li> <li>2 Não</li> </ol>
<p>B10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Menos de um ano</li> <li>2 De 1 a 3 anos</li> <li>3 De 4 a 6 anos</li> <li>4 De 7 a 9 anos</li> <li>5 10 ou mais anos</li> </ol>
<p>B11. A residência onde você mora é?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Própria já paga</li> <li>2 Própria ainda pagando</li> <li>3 Alugada</li> <li>4 Cedida</li> <li>5 Outra condição B11.1. Qual? _____</li> </ol>
<p>B12. 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)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Mora sozinho (a)</li> <li>2 De 1 a 3 pessoas</li> <li>3 De 4 a 6 pessoas</li> <li>4 De 7 a 9 pessoas</li> <li>5 10 ou mais pessoas</li> </ol>
<p>B13. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Eu mesmo (a)</li> <li>2 Meu cônjuge ou companheiro(a)</li> <li>3 Eu e meu cônjuge, igualmente</li> <li>4 Meu pai ou minha mãe</li> <li>5 Meu filho ou minha filha</li> <li>6 Não tem chefe</li> </ol>

7 Outra pessoa B13.1. Quem? _____	
B14. 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	
B15. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?	
1 Sim, uma	
2 Sim, mais de uma	
3 Não	
B16. 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:	
B16.1. Televisão	1 Sim B16.1.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.2. Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 Sim B16.2.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.3. Máquina de lavar roupa	1 Sim B16.3.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.4. Videocassete ou DVD ou Blueray	1 Sim B16.4.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.5. Geladeira	1 Sim B16.5.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.6. Freezer	1 Sim B16.6.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.7. Microcomputador	1 Sim B16.7.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.8. Lava-Louças	1 Sim B16.8.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.9. Micro-ondas	1 Sim B16.9.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.10. Motocicleta	1 Sim B16.10.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.11. Secador de Roupa	1 Sim B16.11.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.12. Banheiros	1 Sim B16.12.1. Quantos? _____ 2 Não
B16.13. Automóveis	1 Sim B16.13.1. Quantos? _____

	2 Não
B17. 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	
<b>Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?</b>	

**APENDICE II – Termo de Sigilo e Confiabilidade**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA**

**TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE**

Pelo \_\_\_\_\_ presente \_\_\_\_\_ Termo,

(nome, CPF e RG) da \_\_\_\_\_ da Universidade Federal de Juiz de Fora, se obriga a manter o mais absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação a que tiver acesso sobre a pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde - condições de trabalho e de vida” desenvolvida no âmbito dessa Universidade. Para tanto, declara e se compromete:

- 1 A manter sigilo, tanto escrito quanto verbal, ou, por qualquer outra forma de todos os dados, informações científicas e técnicas e sobre todos os materiais obtidos com sua participação, podendo incluir, mas não se limitando a: técnicas, desenhos, cópias, diagramas, fórmulas, modelos, amostras, fluxogramas, croquis, fotografias, plantas, programas de computador, discos, disquetes, processos, projetos, entre outros;
- 2 A não revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento, em hipótese alguma, a terceiros de dados, informações científicas ou materiais obtidos com sua participação, sem a prévia análise da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre a possibilidade de proteção nos órgãos especializados dos resultados ou tecnologia envolvendo aquela informação;
- 3 A não tomar, sem autorização da Universidade Federal de Juiz de Fora, qualquer medida com vistas a obter para si ou para terceiros os direitos de propriedade intelectual relativos às informações sigilosas a que tenha acesso;
- 4 Que todos os documentos contendo dados e informações relativas à pesquisa são de propriedade do Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora;
- 5 Que todos os materiais pertencem ao Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora;

Juiz de Fora, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome do Aluno)

\_\_\_\_\_  
(Endereço)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Pesquisador)

**APÊNDICE III– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF  
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (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: coleta de dados, em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com a sua permissão através de Tablete para posterior análise. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. A pesquisa contribuirá para o diagnóstico das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores a APS de Juiz de Fora; o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas pelo perfil epidemiológico apresentado pelo estudo; a identificação de determinantes sociais do processo saúde-doença dos trabalhadores; a melhoria da qualidade de vida no trabalho e a oportunidade de treinamento e estudo para alunos de graduação e pós-graduação na área de saúde do trabalhador.

Para participar deste estudo o (a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. 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) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da UFJF e a outra será fornecida ao (à) Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à

legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade

\_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de Trabalho e de Vida, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

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

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 .

---

Nome Assinatura participante Data

---

Nome Assinatura pesquisador Data

---

Nome Assinatura testemunha Data

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

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

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

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

**Nome do Pesquisador Responsável: Profa. Dra Rosangela Maria Greo**

Endereço: Rua Luiz Perry, 458

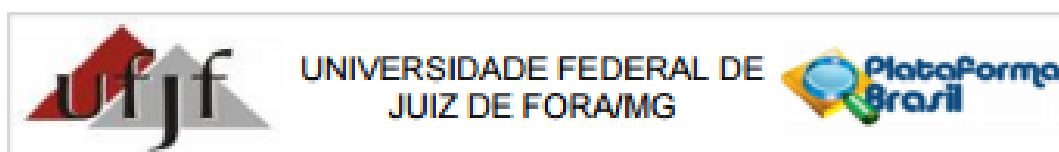
CEP: 36015380/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 84048838

E-mail: [romagreco@gmail.com](mailto:romagreco@gmail.com)



## ANEXO I



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

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

**Pesquisador:** Rosângela maria Greco

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40343414.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 932.705

**Data da Relatoria:** 13/01/2015

**Apresentação do Projeto:**

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

**Objetivo da Pesquisa:**

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

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

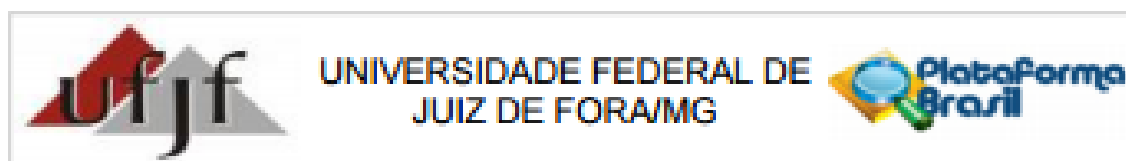
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

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

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

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

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)3103-3788 **Fax:** (32)1103-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 632.706

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

**Recomendações:**

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

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

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

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

JUIZ DE FORA, 14 de Janeiro de 2015

---

Assinado por:  
Paulo Cortes Gago  
(Coordenador)

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

## ANEXO II



Prefeitura de Juiz de Fora

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

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

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

Juiz de Fora, 20 de outubro de 2014.



Cláudia Rocha Franco  
Chefe de Dept<sup>o</sup> de  
Atenção Primária à Saúde

---

Cláudia Rocha Franco  
Chefe do Departamento de Atenção Primária à Saúde

Secretaria da Saúde  
Rua Halfeld, 1.400 - Centro - CEP: 36.016-000 - Tel: (32) 3690-8387  
Juiz de Fora - MG