

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

CAIO CÉSAR BATISTA ANDRADE

A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

**JUIZ DE FORA
2017**

CAIO CÉSAR BATISTA ANDRADE

A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Heloisa Campos Paschoalin

**JUIZ DE FORA
2017**

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

Andrade, Caio César Batista.

A hipertensão arterial em agentes comunitários de saúde / Caio César Batista Andrade. -- 2017.

91 f. : il.

Orientadora: Heloisa Campos Paschoalin

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Hipertensão arterial. 2. Estilo de vida. 3. Saúde do trabalhador. 4. Enfermagem do trabalho. 5. Atenção primária à saúde. I. Paschoalin, Heloisa Campos, orient. II. Título.

CAIO CÉSAR BATISTA ANDRADE

A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Aprovado em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Heloisa Campos Paschoalin(Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Ana Inês Sousa (Titular)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Prof^a. Dr^a. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Suplente)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Rosangela Maria Greco (Titular)
Universidade Federal de Juiz de Fora/Faculdade de Enfermagem

Prof^a Dr^a Geovana Brandão Santana Almeida (Suplente)
Universidade Federal de Juiz de Fora/Faculdade de Enfermagem

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus pela oportunidade que me ofereceu e por ter me guiado durante todo esse tempo de estudo e pesquisa, sem ele, nada seria. A ele toda honra deste momento.

Aos meus pais (Sônia e João) e irmãos (Bruna e João Paulo) por todo apoio, incentivo, compreensão e carinho. A vocês todo meu carinho e amor, vocês fazem parte desta trajetória e sei o quanto são importantes em minha vida.

Ao Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora por todo apoio e dedicação. Ao empenho da Coordenação de curso, na pessoa da Prof^a. Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena e Prof^a. Dr^a Cristina Arreguy-Sena e às secretárias Elisangela, Ana Cristina e Wanessa.

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

A minha Orientadora mais que especial, Prof^a. Dr^a. Heloisa Campos Paschoalin, por todo apoio, dedicação e por acreditar em mim durante todo o curso, pelo incentivo e pelas palavras que faziam com que eu buscasse mais força para chegar ao fim. Também à Prof^a. Dr^a. Geovana Brandão Almeida Santana por todo carinho e dedicação, sou muito grato a todas vocês.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a. Dr^a Ana Inês Sousa e Prof^a. Dr^a. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, por aceitarem compartilhar deste momento conosco e por todas as considerações e contribuições, a fim de enriquecer ainda mais esta dissertação.

Aos meus amigos, em especial Rejane Rocha, Mariana Moraes, demais mestrandos da turma 2015 e familiares por sempre acreditarem em mim e no meu potencial, proporcionando-me um incentivo cada vez maior e a vontade de prosseguir.

*“O único meio de evitar erros é
adquirindo experiência, mas a única
maneira de adquirir experiência é
cometendo erros.”
(autor desconhecido)*

RESUMO

A hipertensão arterial é considerada um mal silencioso e a doença cardiovascular mais prevalente no Brasil. Considerada como um problema de saúde pública dentro das Doenças Crônicas não Transmissíveis, é responsável pelo grande aumento de morbimortalidade da comunidade. Alterações no estilo de vida são fundamentais para um progresso terapêutico e para a prevenção da doença, como a prática regular de atividade física, o consumo reduzido de sal, o abandono do uso do tabaco e o uso restrito de álcool. O objetivo geral deste estudo foi: analisar a associação da hipertensão arterial com os fatores ocupacionais e o estilo de vida entre os Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora - MG; os específicos são: descrever o perfil sociodemográfico, os fatores ocupacionais e o estilo de vida dos Agentes Comunitários de Saúde; identificar a prevalência da hipertensão arterial entre estes profissionais. Trata-se de estudo seccional, recortado de uma pesquisa denominada "Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida", no qual participaram 400 Agentes Comunitários de Saúde. A coleta de dados se deu por meio de questionário-entrevista aplicado por entrevistadores no período de julho a outubro de 2015 e outubro de 2016 a fevereiro de 2017. Os resultados mostram que a população de estudo foi composta, em sua maioria, por mulheres (91,2%), sendo a média de idade de 46 anos; 46,3% se autodeclararam brancos, 65,3% possuíam até o Ensino Médio Completo e 57,5% eram casados ou viviam em união estável. Sobre a hipertensão arterial, 70,8% dos trabalhadores relatam não ter o diagnóstico médico dessa patologia. Em relação aos hábitos de vida e saúde, 43,6% foram considerados muito ativos, 89,8% tinham um baixo consumo de álcool e 94,3% apresentavam muito baixo grau de dependência do tabaco. Já relacionado ao estresse psicossocial, 32,5% se encontravam na categoria de alta exigência no trabalho, que é considerada a mais prejudicial para a saúde do trabalhador. Em relação ao trabalho, encontrou-se poder de significância quanto ao turno diurno e ao tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Aqueles que declararam trabalhar somente no turno diurno e os que têm mais tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde são os trabalhadores mais predisponentes à hipertensão arterial. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas, os hábitos de vida e saúde e a hipertensão arterial.

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

ABSTRACT

Hypertension is considered a silent disease and the most prevalent cardiovascular disease in Brazil. Considered to be a public health problem within non communicable chronic diseases, it is responsible for the large increase in community morbidity and mortality. Lifestyle changes are critical to therapeutic progress and disease prevention, such as regular physical activity, reduced salt consumption, cessation of tobacco use, and restricted use of alcohol. The general objective of this study was to analyze the association of arterial hypertension with occupational factors and lifestyle among the Community Health Agents of the city of Juiz de Fora - MG; The specific ones are: to describe the sociodemographic profile, the occupational factors and the lifestyle of the Community Health Agents; To identify the prevalence of hypertension among these professionals. This is a cross-sectional study, a study of "Primary Health Care Workers: Working and Living Conditions", in which 400 community health agents participated. Data collection was done through a questionnaire-interview Applied by interviewers from July to October 2015 and from October 2016 to February 2017. The results show that the study population was composed mostly of women (91,2%), the mean age being 46 years; 46,3% declared themselves white, 65,3% had completed high school and 57,5% were married or lived in a stable union. Regarding arterial hypertension, 70,8% of the workers report not having the medical diagnosis of this pathology. Regarding life and health habits, 43,6% were considered very active, 89,8% had a low alcohol consumption and 94,3% had a very low degree of dependence on tobacco. Already related to psychosocial stress, 32,5% were in the category of high labor demand, which is considered to be the most harmful to the health of the worker. Regarding work, we found a power of significance regarding day shift and working time in Primary Health Care. Those who declared that they only work during the day shift and those who have the most working time in Primary Health Care are workers More predisposing to hypertension. There was no statistically significant difference between sociodemographic variables, life and health habits, and arterial hypertension.

Key-words: Primary Health Care. Worker's health. Arterial hypertension. Lifestyle. Work conditions. Nursing work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DC	Débito Cardíaco
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
FACENF	Faculdade de Enfermagem
HA	Hipertensão Arterial
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
MS	Ministério da Saúde
ODK	Open Data Kit
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PSF	Programa Saúde da Família
RVP	Resistência Vascular Periférica
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em adultos.....	23
Quadro 2	Quadrantes do Modelo Demanda-Controle proposto por Karasek.	38
Quadro 3	Dimensões do Modelo Demanda-Controle-Apoio Social e respectivas medianas.....	38
Quadro 4	Classificação do nível de Atividade Física.....	39
Quadro 5	Classificação do grau de dependência do uso de álcool.....	40
Quadro 6	Classificação do grau de dependência de tabaco.....	41
Quadro 7	Variáveis Sociodemográficas.....	43
Quadro 8	Variáveis Independentes.....	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	População do Estado	35
-----------------	---------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400).....	45
Tabela 2	A prática de atividade física dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)	46
Tabela 3	O consumo e o grau de dependência de bebida alcoólica entre os Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)	48
Tabela 4	O uso do tabaco e grau de dependência entre os Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)	49
Tabela 5	Características relacionadas ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)	50
Tabela 6	Características relacionadas à demanda psicológica, ao controle sobre o trabalho e apoio social no trabalho dos Agentes Comunitários do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400).....	51
Tabela 7	Análise dos quadrantes do Modelo Demanda-Controle dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017(n=400)	51
Tabela 8	Associação entre a hipertensão arterial e as variáveis sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)	52
Tabela 9	Associação entre a hipertensão arterial e as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)	53
Tabela 10	Associação entre a hipertensão arteriale os hábitos de vida dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)	54
Tabela 11	Análise Múltipla da hipertensão arterial e fatores associados dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)	55
Tabela 12	Modelo Final da análise múltipla da hipertensão arterial e fatores associados dos Agentes Comunitários de Saúde do município de	

Juiz de Fora, 2017 (n=400).....	56
---------------------------------	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	16
1.2	CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA DE PESQUISA	16
2	OBJETIVOS	20
3	CONHECENDO A TEMÁTICA	21
3.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL: FISIOPATOLOGIA, FATORES DE RISCO E TRATAMENTO.....	22
3.2	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM TRABALHADORES.....	25
3.3	SAÚDE DO TRABALHADOR: CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO.....	28
3.4	O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	31
4	MÉTODO	33
4.1	DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	33
4.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4.3	LOCAL DE ESTUDO.....	34
4.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	34
4.5	COLETA DE DADOS.....	35
4.5.1	Modelo Demanda Controle (MDC)	37
4.5.2	IPAQ curto	39
4.5.3	Alcohol Use DisorderIdentification Teste (AUDIT)	40
4.5.4	Teste de Fagerstrom	41
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.6.1	Variáveis do estudo	42
4.6.1.1	<i>Variáveis sociodemográficas</i>	42
4.6.1.2	<i>Variáveis relacionadas aos hábitos de vida e saúde</i>	42
4.6.1.3	<i>Variáveis relacionadas ao trabalho</i>	43
5	RESULTADOS	45
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ACSs.....	45
5.2	CARACTERÍSTICAS DOS ACSSRELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE.....	46

5.2.1	Características dos ACSs relacionadas à prática de atividade física.....	46
5.2.2	Características dos ACSs relacionadas ao consumo de bebida alcoólica.....	47
5.2.3	Características relacionadas ao uso do tabaco entre os ACS.....	49
5.3	CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO.....	50
5.3.1	Estresse psicossocial no trabalho pelo Modelo Demanda Controle	51
5.4	A HIPERTENSÃO ARTERIAL E OS FATORES ASSOCIADOS.....	52
5.4.1	Hipertensão arterial e as variáveis sociodemográficas.....	52
5.4.2	Hipertensão arterial e as condições de trabalho.....	53
5.4.3	A Hipertensão arterial e os hábitos de vida e saúde.....	54
5.5	ANÁLISE MÚLTIPLA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES ASSOCIADOS.....	55
6	DISCUSSÃO.....	57
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS.....	66
	ANEXOS.....	76

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Este estudo tem como objeto a Hipertensão Arterial (HA) em Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) na Atenção Primária à Saúde (APS) e foi realizado no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, localizado na Zona da Mata Mineira.

Esta dissertação se compõe de sete tópicos. O primeiro corresponde à contextualização do problema de pesquisa, apresentando o objeto, a motivação para o estudo e a justificativa. O segundo abarca os objetivos gerais e específicos. O terceiro tópico contém a revisão da literatura em que apresento as seguintes seções: a fisiopatologia, fatores de risco e tratamento da hipertensão arterial; Estratégia Saúde da Família e a hipertensão arterial nos trabalhadores; saúde do trabalhador: condições de vida e de trabalho e o agente comunitário de saúde. No quarto tópico, descrevo o método utilizado no estudo; no quinto e sexto, apresento e discuto os dados e, no sétimo, as considerações finais do estudo.

Os anexos incluem os materiais referentes ao documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o termo de autorização assinado pelo Secretário Municipal de Saúde do município estudado, cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o instrumento de coleta de dados.

1.2 CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA DE PESQUISA

A HA é considerada uma das afecções mais comuns no mundo moderno, que atinge a maioria da população e que pode causar graves complicações de origem cardiovascular, como infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos. O não tratamento pode levar o indivíduo à morte, além de onerar o sistema público de saúde. A HA é, portanto, um problema de saúde pública que merece vigilância em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013).

No Brasil, cerca de 20% da população adulta apresenta HA, com uma prevalência que varia de 5% na população de 18 a 24 anos a 58% na população de mais de 65 anos. Diante do crescente quantitativo de indivíduos acometidos por essa patologia e de sua manifestação cada vez mais precoce, estima-se que haja 20 milhões de portadores no país (MENDES, 2011).

A HA é caracterizada como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), que se define como sendo o desenvolvimento de doenças ao longo da vida e de longa duração. Considerando as complicações resultantes da patologia, que, na maioria dos casos, podem ser preveníveis, é importante a atuação do profissional enfermeiro na APS. Essa atuação envolve a prevenção de doenças e promoção da saúde (MERTINS et al., 2011).

Indivíduos com Pressão Arterial (PA) elevada estão mais propensos a apresentar comprometimentos vasculares, tanto cerebrais quanto cardíacos, considerando que, na HA, ocorre o estreitamento dos vasos. Por causa dessa vasoconstrição, o coração precisa fazer mais força para bombear o sangue, fica hipertrofiado e a circulação sanguínea é comprometida. Vasos mais estreitos também são responsáveis por menor fluxo de sangue no cérebro. Essa afecção é um mal silencioso, considerada como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis altos de PA (PA \geq 140 x 90mmHg), o que aumenta o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, associado a questões metabólicas (MENDES, 2011).

Para o controle da HA, não bastam apenas medidas de orientação, são necessárias estratégias que auxiliem o portador da doença na mudança de hábitos. Medidas de educação devem ser simples e objetivas, a fim de proporcionar não só a compreensão, mas também a assimilação das informações (GUSMÃO et al., 2009).

Alterações no estilo de vida são fundamentais para um progresso terapêutico e para a prevenção da doença, como uma alimentação balanceada e adequada, controle do peso, prática de atividade física regularmente. O consumo de sal, o uso do tabaco e o uso excessivo de álcool também podem ser considerados fatores de risco para desenvolvimento da patologia. Uma vez controlados, podem reduzir os níveis de pressão do sangue nos vasos, resultando em processo positivo, que pode modificar os parâmetros de PA (GUSMÃO et al., 2009).

Ainda sobre o estilo de vida, autores como: Fonteles et al. (2009), Nascimento et al. (2011) e Soares et al. (2012) relatam o estresse como um importante fator predisponente para o aparecimento e/ou o agravamento da HA. O estresse associado a fatores do sistema cardiovascular eleva o número de acometidos por essa afecção, podendo estar associado ao estresse urbano e ao estresse no trabalho (NOBREGA et al., 2007).

O estresse pode ser definido como um estímulo, um conjunto de fatores de força externa que atingem o portador. Perante agentes estressores, o indivíduo apresenta reações fisiológicas e psicológicas, sendo que o estresse surge quando suas expectativas são maiores que as respostas que desejam encontrar. A partir dessas respostas restritivas que podem ser emocionais, ocorre o aumento da PA a qual influencia negativamente o bem-estar do indivíduo (LARANJEIRA, 2009).

O mundo capitalista, por sua vez, trouxe variadas transformações ao mundo do trabalho. Essas transformações resultam na perda de poder por parte dos trabalhadores e do significado do mesmo, causando sofrimento ao indivíduo. Esse aspecto tem sido um dos grandes responsáveis pelo estresse e o adoecimento dos trabalhadores, causando também desinteresse e insatisfação (FERRARI et al., 2012).

Nesse contexto, incluem-se os profissionais de saúde, que estão constantemente expostos ao estresse no seu ambiente laboral. Assim, destaca-se a APS com sua diversidade de atribuições e responsabilidades frente à comunidade. Com a reorganização do modelo de atenção primária à saúde, instituiu-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) com suas equipes nucleares. Cada equipe é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos e ACS, que trabalham tendo cada uma atribuições específicas e o objetivo de estreitar laços entre o serviço de saúde e a população (BRASIL, 1996; BRASIL, 2000).

O ACS é um indivíduo presente no cotidiano de saúde das pessoas desde meados da década de 90, caracterizado como um membro da comunidade, sendo um intermediador entre os profissionais de saúde e a comunidade (SIMÕES, 2009).

Em seu cotidiano de trabalho, o ACS depara-se com inúmeros desafios como a baixa escolaridade, população insatisfeita com os serviços de saúde, condições inadequadas de higiene e moradia, enfrentando também os seus próprios problemas como a dupla jornada de trabalho, os problemas familiares e econômicos. Sendo o trabalho a causa mais constante de estresse, os ACSs também podem ser vítimas dessa condição, devido às altas cargas físicas e emocionais que podem acumular durante o tempo de trabalho (SIMÕES, 2009).

Logo, esses trabalhadores necessitam de um ambiente favorável para atender à demanda da população, mas o que se observa são as condições desfavoráveis, o que afeta o desenvolvimento e o desempenho no trabalho, favorecendo o aparecimento de doenças, entre elas a HA (TRINDADE et al., 2007).

Apesar de o serviço público no qual estes trabalhadores estão inseridos ser considerado ineficiente, eles, por sua vez, são vistos como desinteressados e privilegiados por possuírem um emprego estável, porém são submetidos a condições de trabalho que podem levar ao adoecimento (RIBEIRO, MANCEBO, 2013). A mídia, por vezes, denegre esta categoria, o que enfraquece sua imagem perante a população (NUNES; LINS, 2009).

O que se observa é que, no sistema público brasileiro, particularmente da ESF, não existem estudos que avaliem as condições de trabalho destes profissionais. Destarte, questiona-se: as condições de trabalho na APS estão associadas ao desenvolvimento e/ou agravamento da HA entre os ACSs?

A motivação para o referido estudo se deve à crescente ampliação da presença dos ACSs no campo da saúde distribuídos por todo o território brasileiro e também por serem representativos das comunidades em que vivem e atuam (BRASIL, 2012). Ao mesmo tempo, a realização deste estudo, está pautada na necessidade de mais investigações sobre a saúde e as condições de trabalho dessa categoria profissional, uma vez que ainda há poucos estudos que abordem essa temática. Ao realizar buscas em bases de dados científicas, não foi encontrada, até o momento, nenhuma produção que abordasse a relação da HA com as condições de trabalho dos ACSs.

Assim, percebeu-se a importância de realizar este estudo a fim de identificar os possíveis fatores estressantes relacionados ao trabalho dos ACSs que interferem no desenvolvimento da HA, com vistas à melhoria da qualidade de vida e saúde desses trabalhadores. Os resultados são igualmente relevantes para os gestores em saúde do município, uma vez que mostram a importância de proporcionar condições de trabalho que minimizem o risco de adoecimento e favoreçam o bem-estar e a saúde dos ACSs.

Este estudo, portanto, justifica-se por ser esta uma categoria profissional importante à implementação do trabalho na ESF. Os ACSs desempenham suas atividades fortalecendo o elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Articulam as atividades dos profissionais da APS com as necessidades da população e têm o papel de acolhimento, desenvolvimento do vínculo de confiança com a comunidade, favorecendo a transformação das situações-problemas que afetam a qualidade de vida dos indivíduos (TEIXEIRA et al., 2013; LIMA et al., 2014).

2 OBJETIVOS

Geral

- Analisar a associação da Hipertensão Arterial com os fatores ocupacionais e o estilo de vida entre os Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora – MG.

Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, os fatores ocupacionais e o estilo de vida dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Identificar a prevalência da hipertensão arterial entre os Agentes Comunitários de Saúde.

3 CONHECENDO A TEMÁTICA

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL: FISIOPATOLOGIA, FATORES DE RISCO E TRATAMENTO

O sistema arterial tem como função principal distribuir sangue rico em oxigênio para todo o corpo. As arteríolas são componentes terminais desse sistema, compostas de vasos de grande resistência que regulam a distribuição do fluxo para os diversos leitos capilares. Já as grandes artérias, como a aorta, a pulmonar e seus principais ramos, são dotadas de uma grande elasticidade, possibilitando o fluxo de um volume considerável de sangue (BATISTA; PORTO; MOLINA, 2011).

O coração bombeia o sangue para os demais órgãos do corpo por meio de tubos denominados de artérias. Quando o sangue é bombeado, este é pressionado contra a parede dos vasos sanguíneos. Essa tensão gerada na parede das artérias é denominada Pressão Arterial (PA). Assim, visto que a pressão dentro da luz do vaso deve ser mantida pela tensão de suas paredes, pode-se simplificar o processo pelo termo genérico PA, o qual indica a fase do ciclo cardíaco quando se afere a pressão, isso é, PA sistólica¹ e PA diastólica (CONTROLE, 1993).

Nesse contexto, quando o organismo não apresenta uma perfusão adequada dos órgãos e tecidos, impedindo sua atividade normal, nomeamos de PA anormal baixa, o que gera manifestações clínicas facilmente identificadas. Já em relação à PA anormal alta, as manifestações clínicas são sentidas em longo prazo, não apresentando, assim, limites claramente definidos, visto que as consequências podem ou não ocorrer (CONTROLE, 1993; SBC, 2010).

A PA possui alguns determinantes que podem ser divididos em dois grandes grupos, nomeados físicos e fisiológicos. Os fatores físicos relacionam-se com as características mecânicas do líquido, sendo esses o volume do líquido (volume sanguíneo) e as características elásticas (complacência) do sistema. Os fatores fisiológicos relacionam-se com certas características do sistema, ou seja, Débito Cardíaco (DC) e a Resistência Vascular Periférica (RVP)(CONTROLE, 1993; NOBRE et al., 2013).

¹A pressão arterial sistólica é conhecida como pressão máxima e a diastólica, como mínima.

Em relação ao controle renal da PA, sempre que há um aumento no volume de líquido extracelular, a PA se eleva, os rins atuam por meio de um mecanismo que aumenta a diurese e a natriurese (eliminação de sódio através da urina) com a finalidade de fazer a pressão voltar ao normal. Quando a pressão cai abaixo do valor normal, os rins retêm água e sal até que a pressão seja controlada (CARVALHO, ALMEIDA, 2001; NOBRE et al., 2013).

A PA também sofre influência de condições fisiológicas ou intrínsecas do próprio indivíduo e de fatores extrínsecos, externos ou ambientais. Entre os fatores intrínsecos, podem ser mencionados: a variação de postura, sono, fala, digestão, apneia respiratória, entre outros. Já como fatores extrínsecos ou ambientais, citam-se: a temperatura ambiental, fumo, condições sociais e econômicas, que também podem interferir nas condições fisiológicas do indivíduo, alterando os parâmetros da PA (CONTROLE, 1993). A aferição da PA deve ser realizada, portanto, em diferentes períodos, para que não ocorra o diagnóstico falso-positivo dessa afecção e, assim, haja um controle real da doença no cotidiano.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como hipertenso todo indivíduo adulto, com idade superior a 18 anos, que apresente níveis de Pressão Arterial Sistólica (PAS) igual ou maior que 140 mmHg ou com Pressão Arterial diastólica (PAD) igual ou maior que 90 mmHg, em pelo menos duas aferições realizadas em momentos distintos (SBC, 2010; MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

São considerados normotensos indivíduos com PAS inferior a 130 mmHg e PAD inferior a 85 mmHg. Os valores intermediários aos acima mencionados são considerados “limítrofes” (SBC, 2010; MENDES, MORAES, GOMES, 2014). O Quadro 1 apresenta a classificação diagnóstica da HA:

Quadro 1- Classificação diagnóstica de Hipertensão Arterial em adultos (maiores de 18 anos)

PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	Classificação
Menos 85	Menor 130	Normal
85 - 90	130 – 139	Normal Limítrofe
90 - 99	140 – 159	Hipertensão Leve
100 - 109	160 – 179	Hipertensão Moderada
Maior/Igual 110	Maior/Igual 180	Hipertensão Grave

continua

Menor 90	Maior/Igual 140	Hipertensão Sistólica Isolada
-----------------	------------------------	--------------------------------------

Fonte: SBC, 2010.

A HA é a mais comum das doenças cardiovasculares, além de ser o principal fator de risco das mesmas. Tal patologia é considerada como um problema de saúde pública dentro das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e responsável pelo aumento das taxas de morbidade e mortalidade em todo o mundo (OPAS, 2003; MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

Com a perspectiva de tratar e controlar a PA, é necessário o entendimento dos fatores de risco para HA, sendo eles: idade, gênero, raça, obesidade, ingestão de sal, consumo de bebida alcoólica, sedentarismo e tabagismo. Entre os fatores, a idade é de suma importância, e a prevalência de HA é superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (SBC, 2010).

No que tange ao gênero, cabe salientar que a prevalência de HA entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos. Em relação à raça, estudos apontam a maior prevalência de HA em mulheres negras, alcançando um aumento de até 130% em relação às brancas (SBC, 2010).

Quanto à obesidade, o peso corporal tem uma relação direta com o nível da PA, uma vez que a obesidade aumenta a probabilidade da ocorrência de complicações hipertensivas. O ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de HA (SBC, 2010; SOUZA, 2010).

O excesso de consumo de sal favorece a HA, enquanto a redução pode diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos ou mesmo prevenir o aparecimento da HA (SBC, 2010). Também o elevado consumo de bebidas alcoólicas, como cerveja, vinho e destilados, está associado ao aumento da PA, devido ao alto teor de etanol presentes nelas (CONTROLE, 1993; SBC, 2010).

Outros fatores de riscos são o sedentarismo, uma vez que indivíduos sedentários apresentam maior risco de desenvolver a HA do que aqueles que fazem a prática de atividade física (SBC, 2010), e o tabagismo, já que o fumo tem uma relação direta com a HA, mas o efeito evidente do tabaco é o aumento de risco cardiovascular no paciente hipertenso fumante (CONTROLE, 1993; SBC, 2010).

O objetivo de qualquer tratamento para as DCNTs é o seu adequado controle, pois, desta maneira, previnem-se suas complicações, comorbidades e mortalidade precoce (DUNCAN et al., 2012).

No caso da HA, seu controle é realizado não apenas pelo tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida. No entanto, a grande maioria dos hipertensos não utiliza os medicamentos de forma correta e usual e não modifica seus hábitos para que se tenha um controle da doença que, na maioria das vezes, não se manifesta com sintomas (OLIVEIRA, 2011).

No que tange ao tratamento farmacológico, embora tenham ocorrido avanços na indústria farmacêutica, com formulações eficazes e baixos índices de efeitos colaterais, o controle da HA nem sempre é o adequado. A falta de adesão é frequente e está associada a inúmeros fatores relacionados ao paciente, à doença, a aspectos psicossociais, a crenças, ao tratamento, entre outros.

Com o decorrer dos anos, identificou-se que o uso de drogas no controle da HA não era tão eficaz, uma vez que também se demonstravam necessárias modificações no estilo de vida. Incluíram-se, então, fatores como alimentação balanceada, prática de atividade física e controle do consumo de sal e não uso do tabaco. Porém, esse novo controle de saúde-doença só foi implantado com o Programa Saúde da Família, nas mais variadas regiões do país, promovendo propostas que visam ao bem-estar do portador de HA a fim de ajudá-lo a “caminhar” com essa doença de forma segura (SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010; BRASIL, 2013).

A partir daí, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), em meados da década de 80, o primeiro documento que auxiliava a assistência ao portador dessa patologia em unidades básicas de atenção à saúde dos municípios, estimulando esses indivíduos nas alterações do estilo de vida.

Desse modo, essa afecção envolve a compreensão dos doentes acerca de suas percepções saúde-doença e do apoio que recebem dos profissionais da saúde, no enfrentamento da cronicidade da doença. O seu controle envolve a interação ativa da tríade família, comunidade e o profissional que oferece o serviço, na qual pode ser considerada de forma integral e contínua em Unidades de Atenção Primária à Saúde que contemplem a Estratégia Saúde da Família (ESF), visando contribuir para minimização da doença e suas complicações (BRASIL, 2013).

3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS TRABALHADORES

No decorrer de décadas, transformações no aspecto de morbimortalidade no Brasil demonstraram-se cada vez mais significativas, o que acarretou o aumento acelerado da população e da expectativa de vida, contribuindo, desse modo, para o aparecimento de doenças, entre elas a HA (ROMERO et al., 2010; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A denominação de Atenção Primária foi utilizada pela primeira vez no chamado Relatório de Dawson, em 1920. Esse documento organizava o modelo de atenção em meios de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, suplementares e hospitais de ensino (MATTA; MOROSINI, 2009).

Diante disso, definiram-se duas características básicas da APS: a primeira seria a regionalização, com a qual se busca atender às diversas regiões nacionais, através de sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica seria da integralidade, fortalecendo ações curativas e preventivas (MATTA; MOROSINI, 2009).

Em meados dos anos 70 e 90, foram implantados os modelos de Programação em saúde e o modelo de programa de Saúde da Família, respectivamente, que foram desenvolvidos no Brasil voltados à APS, a fim de organizar suas ações. Assim, em 1978, surgiu, por meio da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a APS, a qual tem como estratégia o funcionamento e o planejamento de medidas sociais e sanitárias, visando à saúde e ao bem-estar de todos (BERNARDES; PEREIRA; SOUZA, 2008).

Nesse aspecto, a APS é orientada pelos princípios da universalidade, descentralização, integralidade e a participação popular.

[...] a Atenção Primária é um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato

preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (BRASIL, 2006c).

Esse nível de atenção deve fornecer cuidados para qualquer situação que o indivíduo apresente, sendo o foco principal as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, devendo ser observados e encaminhados os casos que necessitem de serviços específicos, assim a APS exerce seu papel de integração que busca o bem-estar e a resolução dos problemas apresentados pelo usuário (BERNARDES; PEREIRA; SOUZA, 2008; BRASIL, 2014).

No sentido de modificar esse modelo assistencial no país, foi implementado em 1991 pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Este programa intitula o ACS como elo entre os serviços de atenção básica em saúde e a comunidade (FARIA et al., 2010).

O Pacs trouxe efeitos positivos na melhoria de alguns indicadores de saúde nas comunidades pobres, onde o programa foi implantado, tal fato contribuiu para a criação do Programa Saúde da Família (PSF), favorável para a discussão de novos modelos de organização dos serviços de saúde (FARIA et al., 2010). O referido programa criado pelo Governo Federal, em 1994, preconiza a substituição gradual do modelo tradicional, por equipes compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e ACS, sendo cada equipe responsável por uma população definida de uma determinada região, que passaria a ser de responsabilidade da equipe (FERTONANI, 2015).

Dessa forma, ocorreu a modificação do termo PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF), que é entendida como uma atividade contínua de reorganização da APS, enquanto o termo “programa” denota uma ação que prevê início, desenvolvimento e finalização. Portanto, é uma estratégia que possui como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar, sendo inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) para atender e solucionar os problemas não urgentes e encaminhar aqueles que necessitem de cuidados mais específicos, mantendo o foco na promoção da saúde (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011).

Com ampliação deste modelo de atenção à saúde, o MS estabeleceu as diretrizes e metas do Plano de Reorganização da Atenção à HA no SUS, definindo

prioridades e estabelecendo como diretrizes principais a atualização dos profissionais da rede básica, a garantia do diagnóstico e a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, com o objetivo de promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

Portanto, é necessário que sejam valorizadas e priorizadas as atividades de promoção da saúde nos serviços de atenção básica e que estas sejam compreendidas a partir de um enfoque mais abrangente acerca do conceito de saúde e de seus determinantes. Devem fazer parte das políticas, planos e orçamentos estaduais de saúde, como um dos eixos para a mudança e reorganização do contexto da saúde no país (BRASIL, 2004).

A população atendida nas Uaps² é constituída por pessoas de diversas faixas etárias, crianças, adolescentes, adultos e idosos, e nelas devem ser fornecidos serviços que promovam a saúde e previnam doenças nos usuários.

Os trabalhadores, inclusive os que exercem suas funções na área da saúde, compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social e pela inserção em grupo de risco, podendo adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, em decorrência da profissão que exercem, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é realizado (BRASIL, 2001).

Diante disso, as condições de trabalho como demandas e ritmos de trabalho excessivos, conflitos no trabalho, exposição ao ruído, entre outras, são consideradas fatores desencadeadores da HA (BRASIL, 2001). Cabe destacar a vulnerabilidade dos trabalhadores no processo de adoecimento no que diz respeito às doenças do sistema circulatório, em que se enfatiza a HA, visto que essa doença apresenta maior incidência em trabalhadores. Portanto, pode-se ressaltar a importância do cuidado à saúde do trabalhador que não recebe uma atenção integral no processo saúde-doença.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) reitera a APS como ordenadora da rede de atenção no SUS, ao passo que objetiva

²Embora tenha sido assinado pelo prefeito do município em questão, no dia 8/08/2017, decreto que altera a denominação Unidade de Atenção Primária à Saúde (Uaps) para Unidade Básica de Saúde (UBS), optou-se por manter a nomenclatura anterior porque o desenvolvimento deste trabalho teve início antes desta mudança.

promover a integração com os demais componentes da vigilância em saúde e promover mudanças substanciais nos processos de trabalho (BRASIL, 2012).

A integralidade, um dos princípios do SUS, é de fundamental importância na APS, pois suas ações vão além do assistencialismo, englobando a promoção e a recuperação da saúde e a prevenção de doenças, e, ao olhar para a saúde do trabalhador, esse princípio promove também a vigilância das relações existentes entre saúde/doença e trabalho.

Por fim, comumente, os trabalhadores precisam se afastar de suas atividades laborais, deixando de contribuir para o sistema previdenciário. Este afastamento, muitas vezes, está relacionado à HA, e sua prevenção e seu controle são metas de políticas públicas realizadas pelo Estado, que propõe um cuidado de forma integral ao trabalhador no processo saúde-doença em todos os níveis de atenção (BEVIAN; ASSMANN, 2012).

Buscando o embasamento científico que sustentasse a análise e discussão dos resultados do presente estudo, realizou-se uma pesquisa nos bancos de dados com vistas a identificar as produções científicas realizadas sobre a hipertensão arterial entre os ACSs. Foi realizada a busca nos seguintes bancos de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e Biblioteca Virtual de Saúde enfermagem no recorte temporal dos últimos cinco anos e não foi possível identificar, até o momento, nenhuma produção que aborde essa temática.

3.3 SAÚDE DO TRABALHADOR: CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO

O trabalho é uma atividade essencial à vida humana. Entende-se como trabalho a forma de expressão e um ambiente de convívio social, sendo uma ação transformadora no ser e na área da saúde, estabelecendo a relação entre o cuidador e o paciente, gerando o produto, trabalho. É através dele que o indivíduo demonstra iniciativas, amplia e aperfeiçoa suas habilidades (BERTONCINI et al., 2011; SCHMOELLER et al., 2011; AGUIAR, 2012).

Na sociedade, o trabalho, dependendo das condições em que é realizado, pode ser um estímulo para o desenvolvimento das capacidades físicas e mentais do ser humano e assim um produtor de saúde, mas também pode ser causador de doenças (LOURENÇO, 2009). A relação dos danos à saúde em consequência do

trabalho é observada desde os primórdios do desenvolvimento das atividades laborais, porém a preocupação com a assistência prestada aos trabalhadores surge com o início da medicina do trabalho, em 1830, diante da Revolução Industrial (MENDES; DIAS, 1991).

Desse modo, no decorrer do desenvolvimento da sociedade, o uso de tecnologias inovadoras e a medicina do trabalho passam a ser abordados de modo mais amplo, envolvendo diversas categorias profissionais. O objetivo é a busca de novas alternativas a fim de proteger e promover a saúde dos trabalhadores de modo que esta passa, assim, a ser denominada como “saúde do trabalhador”. Além disso, passa a ser definido como um “campo de saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença” (BRASIL, 2002), envolvendo além das condições de trabalho, as questões relacionadas ao processo de trabalho e organização do mesmo.

Nesse sentido, Chiavegatto (2010) afirma que a atenção à Saúde do Trabalhador é considerada, por meio da atuação da vigilância dos perigos e riscos inerentes ao trabalho, a assistência à saúde e a abordagem e a conduta apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que podem impactar de modo negativo a saúde dos trabalhadores.

Diante da criação SUS, a Lei Federal n. 8.080 estabelece a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do SUS, devendo estar articulada com a vigilância sanitária, como o conjunto de ações que elimina, diminui ou previne os riscos à saúde e intervém nos problemas sanitários do meio ambiente e com a vigilância epidemiológica como o setor responsável por recolher, organizar e analisar informações, tendo como objetivo as ações de melhoria da saúde (BRASIL, 1990). Ademais, os riscos ocupacionais à saúde do trabalhador são classificados em:

Agentes físicos: referem-se a, por exemplo, frio, calor, umidade, pressões anormais, odores, ruídos, ou seja, variações presentes no ambiente de trabalho (TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013).

Agentes químicos: identificados pelos gases, poeiras, fumos, névoas e produtos químicos em geral (BRASIL, 1994; TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013).

Agentes biológicos: causados pela exposição a fungos, bactérias, protozoários, parasitas e bacilos (TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013).

Ergonômicos e psicossociais: são decorrentes da gestão do trabalho, assim como esforço físico, exigência de postura inadequada, controle rígido de

produtividade, imposição de ritmos excessivos, jornadas de trabalho prolongadas, monotonia e repetitividade, entre outras situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico (BRASIL, 1994; TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013).

Mecânicos e de acidentes: originários das tecnologias de trabalho seja devido a sua operação ou manutenção, aos materiais presentes no ambiente, às condições de instalação e manutenção dos meios de produção ligados à proteção das máquinas, organização física, ordem e limpeza do ambiente de trabalho (TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013).

Além desses riscos ocupacionais, os trabalhadores de saúde, entre esses os ACSs, estão frequentemente expostos ao estresse emocional, no qual em seu cotidiano buscam atender às exigências das tarefas, abrangendo as demandas físicas, cognitivas e emocionais que desgastam a capacidade vital dos mesmos. Assim, esses riscos podem favorecer o surgimento de doenças ocupacionais que, por sua vez, geram uma diminuição da capacidade de exercer as atividades laborais, podendo levar ainda ao afastamento temporário ou permanente do trabalho e, em alguns casos, das atividades cotidianas do sujeito (CASTRO; SOUSA; SANTOS, 2010).

No que diz respeito ao trabalho do ACS, ele apresenta, em sua função e/ou habilidade, o olhar do outro, o cuidado do próximo e, desse modo, na maioria das vezes, esquece-se de cuidar de si e das condições de seu ambiente de trabalho (TRINDADE et al., 2007). Contudo, o ACS é um importante elo entre a comunidade e os serviços de saúde, partindo do pressuposto de que esses estão em busca de fatores que interferem na qualidade de vida da população, o que torna o ACS um importante profissional na composição da equipe multidisciplinar.

O Ministério da Saúde (MS) estabelece como atividades do ACS ações que buscam a prevenção e promoção de doenças, por meio de medidas de educação em saúde, realizadas em domicílios, através das visitas domiciliares, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, levando à população acesso a informações a respeito do processo saúde/doença (BRASIL, 2004).

Diante disso, acredita-se que é fundamental a atenção à saúde do ACS, buscando a sua valorização profissional e o autocuidado, sendo esses aspectos importantes para que haja motivação para o trabalho, bem como a manutenção física e mental para que se tenha uma assistência de qualidade aos indivíduos (TRINDADE et al., 2007).

3.4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Desde a década de 1940, experiências na saúde pública do Brasil demonstraram a eficácia da inclusão de pessoas das comunidades em equipes de saúde, buscando o auxílio do desenvolvimento das práticas de saúde e a aproximação entre a cultura e o conhecimento da população com os saberes dos profissionais (SILVA; DALMASO, 2002).

O objetivo era ampliar as atividades de assistência à saúde em áreas do país que ainda não possuíam serviços de AB, através da instalação de postos de saúde com agentes de saúde selecionados na própria comunidade, além de enfermeiros e médicos (SILVA; DALMASO, 2002).

Os agentes de saúde, chamados nessas experiências, eram recrutados na própria comunidade a ser beneficiada, tendo como função auxiliar o acompanhamento feito pelos profissionais da saúde às famílias em suas residências. Tal fato gerava uma discussão sobre os problemas de saúde da região e a participação da população na organização das ações de saúde. A maior parte dos agentes escolhidos já realizava alguma atividade na comunidade, em igrejas, escolas, associações, ou como cuidadores de forma geral (cuidados paliativos, fitoterápicos). A inclusão desses agentes surgiu com a necessidade de apoio, por parte dos programas, para a execução das práticas de saúde e sua implantação com baixos custos (FURLAN, 2010).

O ACS surgiu no Brasil a partir da década de 90, quando alguns estados do Nordeste, buscando estratégias para a melhoria das condições de saúde da comunidade, instituíram este trabalhador na área.

Como relatado anteriormente, os ACSs ganharam importância em 1991, após a criação do Pacs, com ações voltadas para a diminuição da mortalidade materno-infantil nas regiões mais humildes do país, aplicando-se principalmente no Norte e Nordeste do Brasil (FARIA et al., 2010; DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011).

Em 10 de julho de 2002, estes profissionais passaram a ser considerados uma categoria profissional, após uma disputa de interesses sobre o mercado de trabalho e controle do exercício profissional (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). A profissão só foi regulamentada em 2006, pela Lei n. 11.350, de 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

Desde então, foram elaboradas algumas portarias (Portaria Ministerial n. 1.886/97, Decreto Federal n. 3.189/99) e instituídas leis (n. 10.507/02; n. 11.350/06), regulamentando a atuação e criando a profissão de ACS. Algumas de suas diretrizes operacionais dizem que o ACS deve: a) realizar diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; b) promover e executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva, nos domicílios e na comunidade; c) realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco; d) fortalecer a organização e o desenvolvimento comunitário; e) estimular a participação da comunidade nas políticas públicas; f) participar de ações que fortaleçam elos entre o setor saúde e outras políticas para promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Assim, os ACSs se caracterizam como uma força de trabalho notória, com mais de duzentos mil profissionais atuando em todo o país (BORNSTEIN; DAVID; ARAÚJO, 2010). Atualmente, estes são considerados como profissionais de importância fundamental para a implantação da ESF, emergindo como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde (DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011).

Acredita-se que este profissional, por ser membro da comunidade onde atua, conhece melhor as necessidades desta e compartilha de um mesmo universo social e cultural, estando, assim, apto a lutar pelas necessidades da população (NUNES et al., 2002).

Desafios podem ser apontados no saber-fazer do ACS, como, por exemplo, o papel de “tradutor” do universo científico ao popular, a entrada no contexto problemático familiar e também a resistência da população na mudança de hábitos, exigindo ora uma vertente mais assistencial e ora de promoção de saúde e de uma melhor qualidade de vida (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

Apesar de o trabalho do ACS ser de grande relevância e consolidação da ESF, as relações de trabalho e o processo de educação continuada desses profissionais não são de qualidade. Baixos salários, jornada de trabalho extensa e a vulnerável exposição a variadas patologias afetam fisicamente e psicologicamente o trabalho dos ACSs (DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011).

Diante disso, é necessária a ampliação da capacitação do trabalho do ACS, incluindo melhores condições de trabalho e salário, com o objetivo de valorizar este profissional e não apenas vê-lo como um intermediador entre a população e as unidades de atenção básica, buscando uma melhor qualidade de vida e satisfação da população e do trabalhador.

4 MÉTODO

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, denominada "Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida", coordenada pela pesquisadora Prof^a.Dr^a. Rosangela Maria Greco da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (FACENF/UFJF), que tem como objetivo principal conhecer as condições de vida e saúde de Trabalhadores que atuam na Atenção Primária à Saúde.

4.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo seccional que, para Angelo (2011), caracteriza-se pela observação direta de certa quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade. Esse método é apropriado para descrever as características de uma população em uma determinada época. Importante, portanto, para o planejamento e administração de ações de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde individual e coletiva. Permite testar a existência de associações de frequência ou estatísticas entre pelo menos dois eventos denominados como doença (agravo) e exposição (suposta causa) na amostra de indivíduos investigados (MEDRONHO, 2009).

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa "Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida", na qual este estudo se insere, foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da UFJF (CAAE 40343414.0.0000.5147), com parecer emitido em 14 de janeiro de 2015 (ANEXO A). Até o momento, foi entrevistada a categoria dos ACSs. A realização da pesquisa foi autorizada pelo Secretário Municipal de Saúde do município estudado (ANEXO B), e, logo após a assinatura, iniciou-se a coleta de dados.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C). Foram seguidos os parâmetros da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As informações dos participantes serão arquivadas pelo

pesquisador responsável em meio digital por cinco anos, sendo, a seguir, destruídas (BRASIL, 2012).

Este estudo apresentou risco mínimo, ou seja, o mesmo risco existente em atividades cotidianas, como exemplo, tomar banho, alimentar-se, entre outras. Além disso, foi assegurado ao participante que, caso desejasse retirar-se do estudo, não teria nenhum tipo de comprometimento em relação à assistência ou outros benefícios pelo serviço de saúde. Nesse sentido, caso haja algum dano ao participante, este será de responsabilidade do pesquisador (BRASIL, 2012).

4.3 LOCAL DE ESTUDO

De acordo com dados da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2015), o município onde foi realizado o estudo, Juiz de Fora, MG, possui 67 Uaps, sendo 48 unidades da área urbana, 14 em área rural e cinco unidades volantes.

O local de estudo foi constituído por 43 Uaps que possuem ACSs em suas equipes de trabalho, estando ou não vinculados à ESF, sendo que 37 são unidades de área urbana, cinco de área rural e uma unidade volante. A presença de Uaps em áreas distintas do município confere uma diversidade no que diz respeito ao perfil epidemiológico dos participantes (JUIZ DE FORA, 2014).

A cidade de Juiz de Fora, localizada no interior do Estado de Minas Gerais, denominado Zona da Mata Mineira, possui aproximadamente 525.225 mil habitantes. É considerada uma cidade de grande porte, ocupando uma área de 1.429 km². Segundo o Censo Demográfico de 2010, esta apresenta uma densidade demográfica de 359,59 hab/km², quase 11 vezes maior que a densidade média do estado, que é 33,41 hab/km² (BRASIL, 2015). É polo de referência para atendimentos à saúde da região sudeste do Estado de Minas Gerais, possuindo serviços de baixa a alta complexidade (JUIZ DE FORA, 2014).

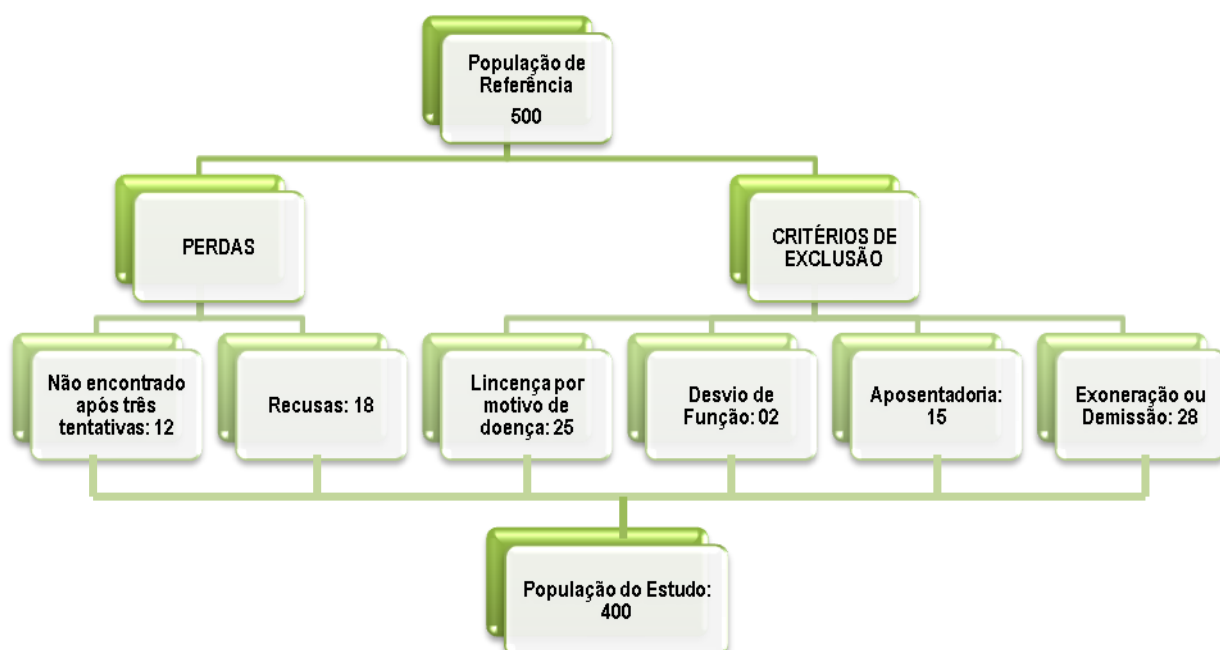
4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os estudos transversais dão oportunidade de seleção da população a ser estudada, podendo ser uma amostra representativa da população, ou a população inteira (caracterizando o censo) (BLOCH; COUTINHO, 2009).

O critério de inclusão foi exercer a função de ACS no período de coleta de dados. Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores que se encontravam de licença, em desvio de função, os aposentados e os exonerados ou demitidos.

Neste estudo, trabalhou-se com a população fonte, totalizando 500 profissionais, considerando, dessa forma, o censo. No total de 500 ACSs, foram considerados elegíveis 418 (83,6%) trabalhadores, pois 82(16,4%) foram excluídos, sendo que 25 se encontravam de licença por motivo de doença, dois em desvio de função, 15 aposentados, 28 foram exoneração ou demitidos. Dos abordados, 18 se recusaram a participar do estudo; 12 trabalhadores não foram encontrados após três tentativas (Figura 1).

Figura 1 – População do Estudo



Fonte: O autor.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu no próprio local de trabalho do ACS, em dois períodos, sendo o primeiro de julho a outubro de 2015 (amostra preliminar) e o segundo de outubro a fevereiro de 2017, completando a população total de estudo.

As entrevistas foram agendadas previamente com os ACSs, respeitando sua disponibilidade para tal.

Os dados foram coletados por entrevistadores devidamente treinados quanto à forma correta de coleta dos dados e à abordagem realizada com os ACSs. Foi aplicado um questionário, que foi validado pela coordenadora da pesquisa ampla por meio de estudo-piloto no município de Comendador Levy Gasparian, Estado do Rio de Janeiro, realizado com 22 trabalhadores. Tal estudo foi desenvolvido, a fim de realizar possíveis adaptações no instrumento de coleta de dados.

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

Os entrevistadores passaram por um treinamento, com vistas à apresentação do projeto e do objetivo da pesquisa. Foram realizadas diversas reuniões da equipe com a coordenadora da pesquisa, a fim de apresentar o questionário, simular entrevistas, esclarecer dúvidas e explicitar a forma correta de abordagem dos participantes, bem como o manuseio do sistema de operação *android*, no programa "Open Data Kit" (ODK).

O questionário da pesquisa "Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida" é constituído de 14 blocos. No presente estudo, foram analisadas a questão relacionada à HA (Bloco H), as condições de trabalho, os hábitos de vida e saúde (Blocos E, F e G) e o perfil sociodemográfico dos participantes (Bloco N) (ANEXO D).

Para avaliar a HA, foi feita a seguinte pergunta: Em sua opinião, você possui hipertensão arterial? Tem diagnóstico médico? Consideraram-se hipertensos aqueles que tinham o diagnóstico médico de HA.

O desfecho estudado foi HA em ACSs, tendo sido analisado o estresse psicossocial no trabalho, por meio da escala Modelo Demanda-Controle (MDC) (Bloco G); hábitos de vida e saúde a partir das seguintes escalas: IPAQ curto (Bloco

E), que classifica o nível de atividade física; AUDIT (Bloco F), que identifica problemas relacionados ao uso de álcool e Teste de Fagerström (Bloco F), que estima o grau de dependência da nicotina.

4.5.1 Modelo Demanda-Controle (MDC)

Entre os modelos teóricos que avaliam o estresse no trabalho, destaca-se o Modelo Demanda Controle(MDC) (KARASEK; THEORELL, 1990), proposto por Karasek no final na década de 70 e início da década de 80. O instrumento para avaliação, denominado “*Job Content Questionnaire (JCQ)*”, continha inicialmente 49 questões sobre demandas psicológicas, controle do trabalhador sobre o trabalho, suporte social advindo da chefia e dos colegas de trabalho, demanda física e insegurança no emprego. Anos após, teve o número de questões reduzido por Tores Theorell para 17, considerando as três dimensões, a saber: demanda, controle e apoio social (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). A partir daí, sofreu adaptações para o português e foi incluído no estudo Pró-Saúde da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

A versão reduzida da escala conta com questões para as três dimensões já citadas. Cada pergunta possui quatro alternativas de resposta, sendo que, para demanda e controle, as respostas são: frequentemente, às vezes, raramente e nunca ou quase nada; já para o apoio social, conta com as possíveis alternativas de resposta: concordo totalmente, concordo mais que discordo, discordo mais que concordo e discordo totalmente (ALVES et al., 2004; AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

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 (4); às vezes (3); raramente (2) e nunca ou quase nunca (1) (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

Em relação à demanda e ao 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 obtiveram pontuação entre 5 e 14 pontos tiveram 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 obtiveram 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 considerou o ponto de corte de 17, classificando os indivíduos com pontuação até 17, inclusive, com baixo apoio social e valores acima de 17 pontos, com alto apoio social (ALVES, 2009; SOUZA et al., 2010; ALVES et al., 2015).

Quadro 2 - Quadrantes do Modelo Demanda-Controle proposto por Karasek (1979)

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

Fonte: Karasek, 1979.

A elaboração dos quadrantes do MDC foi estabelecida com base na mediana da distribuição e em níveis de baixa/ alta demanda, baixo/alto controle e formando os grupos: baixa exigência, trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência (Quadro 3):

Quadro 3 - Dimensões do Modelo Demanda-Controle-Apoio social e respectivas medianas

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

Fonte: Karasek, 1979.

4.5.2 IPAQ curto

IPAQ curto (Questionário Internacional de Atividade Física - versão curta) tem sido, nos últimos anos, um modelo de padronização, mostrando uma comparação dos resultados em diversos países. Tal instrumento permite avaliar o tempo semanal gasto em atividades físicas de leve, moderada e vigorosa intensidade, nos mais diversos contextos do cotidiano do indivíduo, como, por exemplo: atividades domésticas, caminhada, atividades de lazer e atividades de pequena complexidade, as quais podem ser realizadas na posição sentada (BENEDETTI et al., 2007).

No Brasil, este instrumento vem sendo testado por diversos pesquisadores, buscando uma boa estabilidade e medidas de precisão para uso em estudos epidemiológicos com adultos (MATSUDO et al., 2001; CRAIG et al., 2003). Para este estudo, as perguntas do instrumento estão relacionadas às atividades físicas realizadas na semana anterior à aplicação. Os profissionais tiveram seus dados tabulados, avaliados e foram posteriormente classificados de acordo com a orientação IPAQ (Quadro 4):

Quadro 4 – Classificação do nível de atividade física

Muito Ativo	≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA e/ouCAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão;
Ativo	VIGOROSA: 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão;
Irregularmente Ativo A	Frequência: 5 dias /semana ou duração: 150 min / semana;
Irregularmente Ativo B	Indivíduo que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração;
Sedentário	Indivíduo que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Fonte: BENEDETTI et al., 2007.

4.5.3 *Alcohol use disorders identification test (audit)*

Outro questionário de rastreamento utilizado mundialmente é chamado de *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, que tem como objetivo identificar diferentes níveis de pessoas que fazem o uso de álcool. Ele mede o consumo, sintomas e consequências pessoais de beber, focando os sintomas que ocorreram nos últimos 12 meses (ABREU et al., 2012).

Tal instrumento é composto de dez questões, que têm como objetivo analisar o consumo de álcool. O escore varia de 0 a 40, no qual o autor propõe quatro níveis, a fim de avaliar essa dependência, descritos no quadro abaixo (Quadro 5):

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

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

Fonte: ABREU et al., 2012.

4.5.4 **Teste de Fagerström**

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o consumo de tabaco é o Teste de Fagerström. Composto por seis perguntas de escolha simples, é utilizado mundialmente como uma ferramenta de avaliação. Para a estimativa, é atribuído um valor para cada resposta do teste. A soma dos pontos permitirá ao pesquisador avaliar o nível de dependência à nicotina do participante. Tal teste mostrou ser uma aplicação de baixo custo, rápida e simples (CALASANS et al., 2011).

Para este estudo, foram realizadas as perguntas a fim de avaliar o nível de dependência à nicotina:

- 1 – Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?
- 2 – Você acha difícil não fumar em lugares públicos como igrejas, bibliotecas, etc.?
- 3 – Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?
- 4 – Quantos cigarros você fuma por dia?

5 – Você fuma mais frequentemente pela manhã?

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

Foram avaliadas todas as respostas dos participantes e atribuídos valores nas respostas. Os escores foram obtidos pela soma das respostas, a fim de avaliar o nível de dependência do tabaco e posteriormente categorizados da seguinte forma (Quadro 6):

Quadro 6 – Classificação do grau de dependência do tabaco

MUITO BAIXO	BAIXO	MÉDIO	ELEVADO	MUITO ELEVADO
0 - 2	3 - 4	5	6 - 7	8 - 10

Fonte: CALASANS et al., 2011.

Os dados foram digitados em um dispositivo portátil com sistema de operação *android*, no programa “*Open Data Kit*” (ODK), pacote de ferramentas que possibilita a coleta de dados através de dispositivos móveis (*smartphones* e *tablets*), com sistema *android* e posterior envio dos dados coletados para um servidor *on-line*. Não houve necessidade de conexão à internet no momento da coleta, para construção do banco de dados que posteriormente foi processado, analisado e divulgado para fins da pesquisa. Os mesmos foram consolidados em tabelas com a intenção de identificar a situação de saúde e o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22. Primeiramente realizou-se uma análise univariada com distribuição de frequências simples para a descrição das características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida e saúde dos ACSs. A seguir, foram realizadas as análises bivariadas, entre as variáveis selecionadas no estudo e o desfecho de interesse: a HA. Comparações entre proporções e médias foram feitas utilizando os testes de *Qui-quadrado de Pearson*, adotando-se níveis de significância de 5% ($p < 0,05$). As variáveis que apresentaram

significância estatística igual ou inferior a 0,2 ($p < 0,20$) na análise bivariada e não apresentaram valor do coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ) superior a 0,600, no teste de colinearidade, foram inseridas no modelo múltiplo e, em seguida, aquelas que não apresentaram significância estatística foram retiradas uma a uma do modelo final. O ajuste foi realizado utilizando a técnica de regressão logística binária e adotado o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

4.6.1 Variáveis do estudo

4.6.1.1 Variáveis sociodemográficas

- **Sexo:** categorizado em masculino e feminino.
- **Cor ou raça:** foi analisada em preta, parda, branca e amarela.
- **Idade:** inicialmente mensurada em anos, foi recodificada em duas categorias de faixa etária: menos de 50 anos e igual ou maior de 50 anos, baseado em estatísticas que mostram que a incidência de HA é maior em indivíduos com idade acima de 50 anos (FERREIRA; COSTA; SOUSA, 2011).
 - A **situação conjugal** foi analisada nas seguintes categorias: casado/ vive em união estável e não casado (separado ou divorciado+ viúvo+ solteiro).
 - O **nível de escolaridade** informado foi agrupado em: até ensino fundamental completo (1º incompleto + 1º completo), até o ensino médio (2º grau incompleto + 2º grau completo) e universitário ou mais (universitário incompleto + universitário completo + pós-graduação).

4.6.1.2 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida e saúde

- **Prática de atividade física:** analisada por meio do Questionário Internacional de Atividade Física- versão curta (IPAQ curto).
- **Consumo de álcool:** avaliado o grau de dependência através do questionário de rastreamento, chamado de *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT).
- **Consumo de tabaco:** avaliado por meio do Teste de Fagerström.

4.6.1.3 Variáveis relacionadas ao trabalho

- **Idade que começou a trabalhar:** foi agrupada em início com menos de 20 anos e com mais de 20 anos.

- **Trabalha durante a noite:** sim ou não.

- **Tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde:** foi analisado em menos de cinco anos, de 6 a 10 anos, 11 a 15 anos e 16 a 20 anos.

- **Adicional de insalubridade:** sim ou não.

- **Estresse ocupacional:** avaliado por meio do Modelo Demanda Controle (MDC).

Quadro 7 – Variáveis Sociodemográficas

VARIÁVEL	QUESTÃO	AGRUPAMENTO	CLASSIFICAÇÃO
Sexo	N5	1 – Feminino (1) 2 – Masculino (2)	Qualitativa Nominal
Cor ou Raça	N3	1 – Preta (1) 2 – Parda (2) 3 – Branca (3) 4 – Amarela (4)	Qualitativa Nominal
Faixa Etária (anos)	N1	1 – 25 a 50 anos 2 - 50 ou mais	Quantitativa Contínua
Situação Conjugal	N4	1 – Casado(a) ou vive em união estável (1) 2- Não Casados (2, 3, 4)	Qualitativa Nominal
Escolaridade	N6	1 – Até o Ensino Fundamental completo (1,2) 2 – Até o Ensino Médio Completo (3,4). 3 – Ensino Superior ou mais (5,6,7)	Categórico Ordinal

Fonte: O autor.

Quadro 8 - Variáveis Independentes

VARIAVEL	QUESTÃO	AGRUPAMENTO	CLASSIFICAÇÃO
Idade que começou a trabalhar	G1	1 – Menos de 20 anos 2 – Mais de 20 anos	Quantitativa Contínua
Número de Empregos	G2	1 – Um emprego (1) 2 - ≥2Empregos (2,3,4)	Quantitativa Discreta
Trabalha durante a noite	G3	1 – Sim (1) 2 – Não (2)	Qualitativa Nominal
Tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde	G12	1 – Menos de 5 anos (1) 2 – De 6 a 10 anos (2) 3 – De 11 a 15 anos (3) 4 – De 16 a 20 anos (4)	Quantitativa Contínua
Adicional de Insalubridade	G16	1 – Sim (1) 2- Não (2)	Qualitativa Nominal

Fonte: O autor.

5 RESULTADOS

As tabelas a seguir mostram os resultados encontrados no presente estudo. A apresentação inicia com as características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de trabalho dos participantes. A seguir, a associação do desfecho: hipertensão arterial com as variáveis independentes do estudo.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ACSs

Tabela 1: Descrição sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Sexo		
Masculino	35	8,8
Feminino	365	91,2
Cor ou raça		
Preta	79	19,8
Parda	129	32,3
Branca	185	46,4
Amarela	06	1,5
Faixa etária (anos)		
< 50 Anos	253	63,3
≥ 50 Anos	147	36,7
Situação conjugal		
Casados ou união estável	230	57,5
Não casados	170	42,5
Escolaridade		
Até o Ensino Fundamental	19	4,8
Até o Ensino Médio Completo	261	65,3
Ensino Superior ou mais	104	26,0
Hipertensão Arterial (n=398)		
Não tenho	283	70,8
Diagnóstico Médico	115	28,8

Fonte: O autor.

Os dados da Tabela 1 evidenciam que a maioria da população deste estudo é composta por mulheres (91,2%), sendo a média de idade dos ACSs 46 anos, com idade mínima de 24 anos e idade máxima de 73 anos. Em relação à cor/raça, 46,4% se autodeclararam brancos. No que tange à escolaridade, a maioria dos participantes (65,3%) possuía até o Ensino Médio Completo e, no que se refere à situação conjugal, 57,5% responderam ser casados ou viver em união estável. Quanto à hipertensão arterial, 70,8% dos trabalhadores relataram não ter o diagnóstico médico dessa patologia.

5.2 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE

5.2.1 Características relacionadas à prática de atividade física dos ACSs

Tabela 2: A prática de atividade física entre os Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEL	N	%
Nível de Atividade Física		
Muito Ativo	173	43,6
Ativo	169	42,6
Irregularmente ativo A	18	4,5
Irregularmente ativo B	08	2,0
Sedentário	32	7,3

Fonte: O autor.

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

Na Tabela 2, pode-se observar uma maior concentração em trabalhadores na categoria Muito Ativos (43,3%), seguida de Ativos (42,6%), de acordo com a classificação do IPAQ curto.

5.2.2 Características relacionadas ao consumo de bebida alcoólica dos ACSs

Tabela 3: O consumo e o grau de dependência de bebida alcoólica entre os Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017

VARIÁVEIS	N	%
Frequência de Consumo (n=400)		
Nunca	213	53,3
Mensalmente ou menos	61	15,3
2-4 vezes/mês	88	22,0
2-3 vezes/semana	31	7,8
4 ou mais vezes/semana	07	1,8
Números de doses em dia típico (n=184)		
1 a 2	68	37,0
3 a 4	64	34,8
5 a 6	40	21,7
7 a 9	07	3,8
10 ou mais vezes	05	2,7
Frequência de seis ou mais doses em uma ocasião (n=184)		
Nunca	69	37,5
Menos que mensalmente	67	36,4
Mensalmente	25	13,6
Semanalmente	22	12,0
Diariamente	01	0,5
Beber sem conseguir parar		
Nunca	164	89,6
Menos que mensalmente	10	5,5
Mensalmente	06	3,3
Semanalmente	02	1,3
Deixou de fazer o esperado devido à bebida (n=184)		
Nunca	174	94,6
Menos que mensalmente	08	3,8
Mensalmente	01	0,5
Semanalmente	01	0,5

Continua...

Necessidade de bebida pela manhã (n=184)		
Nunca	183	99,5
Menos que mensalmente	01	0,5
Sentiu-se culpado após beber		
Nunca	150	81,5
Menos que mensalmente	24	13,0
Conseguiu se lembrar da noite anterior devido à Bebida		
Nunca	162	88,0
Menos que mensalmente	18	9,8
Causou ferimentos ou prejuízos após ter bebido		
Não	170	92,4
Sim, mas não no último ano	10	5,4
Sugeriu que parasse de beber		
Não	150	82,0
Sim, mas não no último ano	14	7,7
Sim, durante o último ano	19	10,4
Grau de Dependência ao álcool		
Consumo de Baixo Risco	359	89,8
Consumo de Risco	39	9,8
Consumo de Alto Risco	02	0,4

Fonte: O autor.

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

Com relação à frequência de consumo de bebida alcoólica, 53,3% dos trabalhadores responderam não fazerem consumo de álcool. No que diz respeito a quantas doses de bebida contendo álcool em um dia típico, cerca de 37% dos entrevistados relataram consumir de 1 a 2 doses. Quanto ao consumo de seis ou mais doses em uma única ocasião, 37,5% referiram nunca ingerir bebida com essa frequência. Quando perguntados se já se sentiram culpados ou com remorso após terem bebido, 81,5% relataram nunca ter sentido essa sensação nos últimos 12 meses. No que se refere a não conseguir lembrar o que aconteceu na noite anterior após terem bebido, 88,0% responderam que isso nunca ocorreu. Perguntados sobre

terem se ferido de alguma maneira após terem consumido álcool, 92,4% relataram que isso não aconteceu com ele se, no que tange à sugestão de terceiros (parente, amigo ou médico), 82% referiram não ter esse aconselhamento para que parassem de beber.

Quanto à dependência, observa-se que a maioria dos participantes deste estudo se enquadra na categoria de Consumo de Baixo Risco (89,8%), seguida de Consumo de Risco (9,8%) dos trabalhadores, de acordo com a classificação proposta no teste AUDIT.

5.2.3 Características relacionadas o uso do tabaco entre os ACSs

A Tabela 4 mostra que 68% dos participantes relataram não fumar cigarro, cachimbo ou cigarro de palha e 10,3% referem fazer uso de tabaco. Quanto à dependência, observou-se que a maior parte dos trabalhadores pertence à categoria mais alta do Escore do Teste de Fagerström, considerados com índice muito baixo de dependência à nicotina (94,3%), de acordo com o escore proposto por Fagerström.

Tabela 4 - Uso e grau de dependência do tabaco entre os Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEIS	N	%
Atualmente fuma cigarro, ou cachimbo Ou cigarro de palha		
Sim	41	10,3
Não, nunca fumei	22	68,0
Não, fumei no passado, mas parei de fumar	87	21,7
Grau de Dependência		
Muito Baixo	377	94,3
Baixo	06	1,5
Médio	02	0,5
Elevado	14	3,5
Muito Elevado	01	0,2

Fonte: O autor.

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

5.3 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO DOS ACSs

Tabela 5 - Características relacionadas ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEIS	N	%
Idade que começou a trabalhar		
Menos de 20 anos	334	83,5
Acima de 20 anos	66	16,5
Número de empregos		
Um emprego	349	87,3
≥ 2 empregos	51	12,7
Trabalha durante a noite		
Sim	49	12,3
Não	351	87,7
Quanto tempo trabalha na Atenção Primária à Saúde		
Menos de 5 anos	99	24,8
De 6 a 10 anos	47	11,8
De 11 a 15 anos	164	41,0
De 16 a 20 anos	90	22,4
Adicional de Insalubridade		
Sim	397	99,3
Não	3	0,7

Fonte: O autor.

No que tange às características relacionadas ao trabalho, grande parte da população deste estudo referiu ter começado a trabalhar com menos de 20 anos (83,5%), 87,3% possuem apenas um emprego. No que se refere ao trabalho noturno, 87,7% referiram não trabalhar neste turno. Já em relação ao tempo de trabalho na APS, 41% dos trabalhadores se enquadram na categoria de 11 a 15 anos, e sobre o adicional de insalubridade, 99,3% recebem este adicional.

5.3.1 Estresse psicossocial no trabalho de acordo com o Modelo Demanda-Controle

Tabela 6 - Características relacionadas à demanda psicológica, ao controle sobre o trabalho e apoio social no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEIS	N	%
Demanda		
Baixa Demanda	200	50,0
Alta Demanda	200	50,0
Controle		
Baixo Controle	257	64,3
Alto Controle	143	35,7
Apoio Social		
Baixo Apoio Social	119	29,8
Alto Apoio Social	279	69,8

Fonte: O autor.

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

Na Tabela 6, encontram-se os dados referentes à demanda, ao controle sobre o próprio trabalho e ao apoio social no trabalho. Observa-se que 50% dos ACSs apresentaram baixa demanda; 64,3%, baixo controle e 69,8%, alto apoio social.

Tabela 7 - Análise dos quadrantes do Modelo Demanda-Controle dos Agentes Comunitários de Saúde, do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEIS	N	%
Quadrantes (MDC)		
Trabalho Ativo	70	17,5
Trabalho Passivo	127	31,8
Trabalho de Alta Exigência	130	32,5
Trabalho de Baixa Exigência	73	18,2

Fonte: O autor.

A Tabela 7 mostra que, de acordo com os quadrantes do MDC, 32,5% dos trabalhadores se encontram na categoria de alta exigência (alta demanda + baixo controle), que é considerada a mais prejudicial para a saúde do trabalhador, seguida pelo trabalho passivo (baixa demanda + baixo controle) com 31,8%, avaliada como a

segunda mais danosa. Na categoria de baixa exigência (baixa demanda + alto controle), estão 18,2% dos ACSs, enquanto que, no trabalho ativo (alta demanda + alto controle), têm-se 17,5% dos trabalhadores.

5.4 A HIPERTENSÃO ARTERIAL E OS FATORES ASSOCIADOS

Tendo como desfecho deste estudo a HA, os resultados aqui apresentados foram obtidos por meio do Teste de Qui-quadrado, considerando a análise estatisticamente significativa, aquela que apresentou $p < 0,05$.

5.4.1 Hipertensão arterial associada a variáveis sociodemográficas

Tabela 8 – Associação entre a hipertensão arterial e as variáveis sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEL	HIPERTENSÃO ARTERIAL		Valor de <i>p</i>
	Sem Diagnóstico Médico N (%)	Com Diagnóstico Médico N (%)	
Sexo			
Masculino	27 (9,5%)	7 (6,1%)	0,264
Feminino	256 (90,5%)	108 (93,9%)	
Cor/ raça			
Preta	46 (16,3%)	32(27,8%)	0,022
Parda	100 (35,5%)	29(25,2%)	
Branca	133 (47,2%)	51(44,3%)	
Amarela	3(1,1%)	3(2,6%)	
Faixa etária (anos)			
< 50 Anos	195 (68,9%)	56 (48,7%)	0,001
≥ 50 Anos	88 (31,1%)	59 (51,3%)	
Situação Conjugal			
Casados ou união estável	165 (58,5%)	64 (55,7%)	0,601
Não casados	117 (41,5%)	51 (44,3%)	
Escolaridade			
Até o Ensino Fundamental Completo	12 (4,4%)	7 (6,4%)	0,619
Até o Ensino Médio Completo	184 (67,6%)	76 (69,1%)	
Ensino Superior ou mais	76 (27,9%)	27 (24,5%)	

Fonte: O autor.

A Tabela 8 mostra que, em relação às variáveis sociodemográficas, apenas a cor/raça e a faixa etária (anos) tiveram associação estatisticamente significativa com a HA, com o valor de $p=0,022$ e $p=0,001$ respectivamente. As demais variáveis analisadas não tiveram diferenças estatisticamente significativas com a HA.

5.4.2 Hipertensão arterial associada às condições de trabalho

Tabela 9 – Associação entre a hipertensão arterial e as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEL	HIPERTENSÃO ARTERIAL		Valor de p
	Sem Diagnóstico Médico N (%)	Com Diagnóstico Médico N (%)	
Idade que começou a trabalhar			
Menos de 20 anos	237 (84%)	96 (83,5%)	0,890
Acima de 20 anos	45 (16%)	19 (16,5%)	
Número de empregos			
Um emprego	243 (85,9%)	105 (91,3%)	0,138
≥ 2 empregos	40 (14,1%)	10 (8,7%)	
Trabalha durante a noite			
Sim	41 (14,5%)	7 (6,1%)	0,002
Não	242 (85,5%)	108 (93,9%)	
Tempo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde			
Menos de 5 anos	84 (29,7%)	14 (12,2%)	0,001
De 6 a 10 anos	30 (10,6%)	17 (14,8%)	
De 11 a 15 anos	114 (40,3%)	49 (42,6%)	
De 16 a 20 anos	55 (19,4%)	34 (29,6%)	
Adicional de Insalubridade			
Sim	281 (99,3%)	114 (99,1%)	0,865
Não	2 (0,7%)	1 (0,9%)	
Modelo Demanda-Controle			
Trabalho de Baixa Exigência	48 (17%)	25 (21,7%)	0,319
Trabalho Ativo	45 (15,9%)	24 (20,9%)	

Continua...

Trabalho Passivo	93 (32,9%)	34 (29,6%)
Trabalho de Alta Exigência	97 (34,3%)	32 (27,8%)

Fonte: O autor.

Na Tabela 9, ao associar as condições de trabalho com a HA, encontra-se poder de significância em trabalhar durante a noite ($p-,002$) e tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde ($p-,001$).

5.4.3 Hipertensão arterial associada aos hábitos de vida e saúde

TABELA 10 - Associação entre a hipertensão arterial e os hábitos de vida dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEL	HIPERTENSÃO ARTERIAL		Valor de p
	Sem Diagnóstico Médico N (%)	Com Diagnóstico Médico N (%)	
Nível de Atividade Física			
Sedentário	21 (7,5%)	8 (7%)	0,498
Irregularmente Ativo A	7 (2,5%)	1 (0,9%)	
Irregularmente Ativo B	12 (4,3%)	6 (5,3%)	
Ativo	113 (40,2%)	55 (48,2%)	
Muito Ativo	128 (45,6%)	38,6%)	
Consumo de Álcool			
Consumo de Baixo Risco	258 (91,2%)	99 (86,1%)	0,147
Consumo de Risco	23 (8,1%)	16 (13,9%)	
Consumo de Alto Risco	2 (0,7%)	0 (0%)	
Consumo de Tabaco			
Muito Baixo	269 (95,1%)	106 (92,2%)	0,217
Baixo	4 (1,4%)	2 (1,7%)	
Médio	0 (0%)	2 (1,7%)	
Elevado	9 (3,2%)	5 (4,3%)	
Muito Elevado	1 (0,4%)	0 (0%)	

Fonte: O autor.

Na Tabela 10, pode-se analisar que não houve associação significativa entre Nível de atividade física, consumo de álcool e consumo de tabaco, apresentando valor de p, respectivamente: ($p-,498$), ($p-,147$) e ($p-,217$).

5.5 Análise múltipla da hipertensão arterial e fatores associados

Para a análise multivariada, foram selecionadas as variáveis que compõem as características como cor/raça, faixa etária (anos), número de empregos, trabalha durante a noite, tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde e Consumo de Álcool.

Tabela 11 - Análise múltipla da hipertensão arterial e fatores associados dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO ARTERIAL		
	Valor de <i>p</i>	OR	IC 95%
Cor/raça			
Preta	0,41	0,478	0,082 - 2,774
Parda	0,08	0,211	0,037 - 1,204
Branca	0,147	0,281	0,051 - 1,562
Amarela		1	
Faixa Etária (anos)			
< 50 anos		1	
>= 50 anos	0,887	1,046	0,565 - 1,937
Número de Empregos			
Um emprego	0,963	0,979	0,392 - 2,444
>= 2 empregos		1	
Trabalha durante a noite			
Sim		1	
Não	0,084	2,454	0,886 - 6,793
Tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde			
Menos de 5anos		1	
de 6 a 10 anos	0,003	3,556	1,525 - 8,292
de 11 a 15 anos	0,004	2,665	1,356 - 5,239
de 16 a 20 anos	< 0,001	3,85	1,852 - 8,006
Consumo de Álcool			
Consumo de Baixo Risco		1	
Consumo de Risco	0,282	1,511	0,712 - 3,204
Consumo de Alto Risco	0,999	0	0,000 - 0

Fonte: O autor

Pode-se observar na Tabela 11 que, ao realizar a análise multivariada, não foi encontrado associação significativa entre as variáveis sociodemográficas

selecionadas e consumo de álcool com a hipertensão arterial entre os Agentes Comunitários de Saúde. No que diz respeito ao tempo de trabalho na APS, observa-se associação dessa variável com o desfecho de estudo.

Tabela 12 - Modelo final da análise múltipla da hipertensão arterial e fatores associados dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora, 2017 (n=400)

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO ARTERIAL		
	Valor d p	OR	IC 95%
Trabalha durante a noite			
Sim		1	
Não	0,038	2,443	1,050 - 5,681
Tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde			
Menos de 5 anos		1	
de 6 a 10 anos	0,004	3,328	1,458 - 7,599
de 11 a 15 anos	0,006	2,547	1,316 - 4,931
de 16 a 20 anos	< 0,001	3,588	1,759 - 7,317

Fonte: O autor.

No modelo final da análise múltipla, observa-se que as variáveis turno e tempo de trabalho na APS mantiveram associação significativa com a hipertensão arterial, conforme visto na Tabela 12.

6 DISCUSSÃO

Os resultados das análises mostraram um predomínio do sexo feminino (91,3%) entre os trabalhadores, característica esta que tem sido observada na categoria profissional de ACSs. Outros estudos realizados com esses profissionais também mostraram resultados semelhantes, estando o sexo feminino em maior proporção nessa categoria profissional (LOPES et al., 2012; MAISSIAT, 2013; LINO, 2013).

Alguns pesquisadores afirmam que a feminização da profissão surge pela resistência da própria comunidade ao ACS do sexo masculino. Com relação a ele, as famílias atendidas referem certo constrangimento ao permitirem-lhe acesso a suas residências e ao revelarem particularidades femininas (BEZERRA, ESPIRITO SANTO, BATISTA FILHO, 2005; MACHADO, 2006). Além disso, as mulheres vêm conquistando lugar no mercado de trabalho, o que demonstra avanço na busca de autonomia e na ajuda em despesas familiares (MARIUCC, ALMEIDA, 2010). O trabalho do ACS, de fato, requer qualidades que culturalmente vêm sendo atribuídas às mulheres, como paciência, cuidado e resistência ao fato de as mulheres assumirem a atribuição de cuidadoras na sociedade.

Em relação à cor/raça, observou-se que a maioria se autodeclarou da cor branca (46,3%), seguida da cor parda (32,3%). De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014), a maioria da população brasileira se autodeclara branca (45,5%) e parda (45%), o que representa 90,5% do total da população do país, dados esses que estão em concordância com os encontrados no presente estudo.

No que diz respeito à idade, percebe-se que a população estudada foi constituída de adultos jovens, sendo a média de idade de 46 anos e com 63,3% deles com idade menor que 50 anos. Portanto, são trabalhadores que se encontram, em sua maioria, em plena fase produtiva da vida, como também foi identificado nas investigações realizadas com ACSs em outras regiões do país (FERRAS, AERTS, 2005; KLUTHCOVSKY et al., 2007).

Com relação à escolaridade dos ACSs, observou-se que 65,3% possuíam até o Ensino Médio Completo, seguido de Ensino Superior ou mais (26%). Nesse sentido, cabe destacar a Lei n. 11.350/2006, que dispõe sobre as atividades a serem desenvolvidas por esses trabalhadores e requisitos para ocuparem o cargo, como:

ser residente da própria comunidade em que atua, concluir o curso de qualificação básica para ACS e ter como escolaridade mínima, o ensino fundamental completo (BRASIL, 2002; BRASIL 2006).

Ainda sobre isso, o Projeto de Lei (PL) n. 6.437/2016 vem alterando a escolaridade exigida para o ACS, dispõe sobre a ampliação do grau de formação deste profissional. Em seu Art. 6º, propõe que o trabalhador deverá ter concluído o ensino médio, o que vai ao encontro do resultado encontrado neste estudo (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar que 26% dos participantes responderam ter curso superior ou mais e, de acordo com Mascarenhas, Prado, Fernandes (2013) e Gouvêa et al. (2015), a complexidade que esses trabalhadores enfrentam em suas visitas domiciliares faz com que busquem mais qualificação e conhecimento, a fim de se tornarem habilitados e capacitados no desenvolvimento de seu papel na comunidade, de forma cada vez mais eficiente e eficaz.

Bachilli, Scavassa e Spiri (2008) referem que, pelo fato de o ACS estar em constante contato com os demais profissionais da APS e em constantes treinamentos, este acaba tendo um conhecimento mais técnico-científico. Isso o estimula a procurar por cursos superiores na área da saúde, na qual está inserido.

Em relação à hipertensão arterial, 28,8% dos trabalhadores afirmaram ter o diagnóstico dessa patologia, apresentando uma maior prevalência em comparação a outras pesquisas realizadas com trabalhadores de saúde, em que a HA foi referida com valores de 17,3% (COSTA, 2010) e 26,3% (GRIEP et al., 2011).

Ao analisar a idade da inserção no mercado de trabalho, observou-se que grande parte dos participantes (83,5%) iniciou sua vida laboral antes dos 20 anos. O trabalho é considerado de extrema importância para a manutenção da condição humana. Santos e Gimenez (2015) salientam em seu estudo que as dificuldades que as famílias passam para ter acesso à educação devido à pobreza fazem com que grande parte dos jovens inicie sua inserção no mercado de trabalho, seja no meio rural ou urbano, a fim de ajudarem no sustento da casa e de criarem sua independência financeira.

Quanto ao tempo de trabalho na APS, 41% afirmaram ter de 11 a 15 anos. Observa-se que este tempo coincide com a regulamentação da categoria do ACS, que se deu em 2006, criando, assim, uma nova oportunidade de trabalho para essas pessoas.

Percebeu-se que 87,3% dos participantes tinham apenas um emprego, 87,3% não trabalhavam durante a noite e 99,3% referiram receber adicional de insalubridade. Em relação a esse adicional, a Constituição Federal prevê no seu Art. 7º, inciso XXIII, que, para as atividades desempenhadas como: penosas, insalubres ou perigosas na forma da lei, os trabalhadores têm direito ao adicional de remuneração, visando à melhoria de sua condição social (OLIVEIRA, FONSECA, BENKENDORF, 2014).

Durante o trabalho, o ACS está exposto a situações que são determinantes para as condições de saúde, as quais podem ser agravadas pela execução de seu trabalho, como: estresse, ansiedade, cansaço, distúrbios gastrointestinais e respiratórios (BRASIL, 2001). Em seu estudo, Nascimento e David (2008) relatam como imprescindível um olhar para esse trabalhador devido aos diversos riscos a que este está exposto, mas isso não tem ocorrido.

Ao analisar o estresse psicossocial, através dos quadrantes do MDC, observou-se que 32,5% dos trabalhadores estão na categoria do Trabalho de Alta Exigência, sendo o grupo de maior exposição ao estresse ocupacional. De acordo com Karasek (1979), indivíduos que possuem esse tipo de trabalho estão mais vulneráveis ao adoecimento. Essa condição favorece o acometimento de reações adversas a desgastes psicológicos e desenvolvimento do estresse psicossocial no trabalho (ALVES et al., 2015).

No que diz respeito aos hábitos de vida e saúde dos trabalhadores, 43,3% foram considerados muito ativos, seguidos dos ativos (42,6%), resultado esse considerado positivo. Silva et al. (2010) e Silva, Costa Junior (2011) referem que, para se ter uma boa qualidade de vida, é preciso conhecer a importância da atividade física regular e seus benefícios, aliada no combate ao sedentarismo e seus malefícios.

Em outro estudo realizado em 20 países, entre eles o Brasil, com indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, utilizando como instrumento o IPAQ, pôde-se verificar que trabalhadores do sexo feminino praticam atividade física de moderada a vigorosa com mais intensidade dos que os do sexo masculino, sendo estes dados inversos quando atividades de intensidade leve são praticadas (BAUMAN et al., 2009).

Quando analisado o consumo de álcool, 89,8% dos entrevistados apresentaram ter um baixo consumo de bebida alcoólica, hábito importante para a

manutenção da saúde e para a prevenção de agravos. Nesse sentido, a pesquisa de Amoedo et al. (2005) mostra que a prevalência do consumo de álcool em perfis de populações diferentes variou de 5% a 11%, sugerindo esta como uma causa potencial no tratamento da HA, uma vez que a diminuição do consumo de álcool faz abaixar a pressão sistólica em 2-4mmHg.

Outro resultado importante encontrado, que pode favorecer a saúde e diminuir os riscos de doenças cardiovasculares, foi em relação à dependência ao tabaco, sendo que 94,3% foram classificados como de muito baixo nível de dependência. Estudos já realizados demonstram que o uso do tabaco é um potencial fator de risco para diversas doenças (NUNES; CASTRO; CASTRO, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Ao analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e a HA, observou-se que nenhuma delas teve diferenças estatisticamente significativas com a HA. Porém, diversas investigações científicas já realizadas afirmam que a raça negra predispõe a essa patologia (BARRETO et al., 1993; SILVEIRA et., 2013). Quanto à faixa etária, outros estudos mostram que o avanço da idade contribui para o aparecimento e/ou agravamento da HA (SOUZA, 2003; CESARINO et al., 2008).

Cesarino et al. (2008) apontam que, com o envelhecimento populacional, a HA apresenta um aumento de mais de 60% em indivíduos com mais de 65 anos, sendo consequência de alterações do envelhecimento que propiciam o aparecimento desta patologia. Cabe ressaltar que, no presente estudo, a população foi constituída em sua maioria de adultos com menos de 50 anos (63,3%).

O sexo também não teve associação significativa com o desfecho de interesse, o que está em consonância com o estudo de Ferreira et al. (2009), no qual também foi identificado altas prevalências de HA sem distinção de sexo.

Em relação à escolaridade, os resultados encontrados diferem dos descritos no estudo de Vargas, Ingram, Gillum (2000), no qual o nível de escolaridade é visto como um fator socioeconômico mais importante no estado de saúde, em especial na saúde cardiovascular. Em outra investigação científica, foi possível também analisar que ter baixo nível de escolaridade está diretamente relacionado a elevadas taxas de DCNTs, entre elas a HA (BRASIL, 2003). Destaca-se que medidas de promoção, prevenção e recuperação da saúde são elementos essenciais a serem abordados com a população.

Ao analisar a associação entre as condições de trabalho e a HA, obteve poder de significância o turno de trabalho, sendo que o desfecho foi mais prevalente nos que trabalham no período diurno. É sabido que o trabalho dos ACSs é exclusivamente diurno, sendo que aqueles que relataram o trabalho noturno certamente exercem outras atividades nesse horário.

Foi também identificada associação significativa com o tempo de trabalho na APS e a HA, sendo que os trabalhadores que têm mais de 16 anos de trabalho possuem maior chance de desenvolver esse agravo. O trabalho do ACS está relacionado a diversos fatores estressores, entre eles: a poluição, ruídos, hábitos de vida menos saudáveis e altas cargas de trabalho, que, com o decorrer dos anos, podem levar ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, o que afeta diretamente a sua qualidade de vida e o desenvolvimento de suas tarefas.

Em relação aos hábitos de vida e saúde, nenhuma das variáveis analisadas apresentou poder de significância estatística, resultado que diverge dos achados de diversos estudos que, ao discutirem os hábitos de vida, mostram que a prática regular de atividades físicas, a redução de ingestão de álcool e o abandono do tabaco estão relacionados à prevenção e ao controle da HA (BRASIL, 2006a; FERREIRA et al., 2015).

A prática de atividade física regular é tida, há muito, como fator de proteção do aparelho circulatório. Indivíduos que não praticam nenhuma atividade física têm 35% mais riscos de desenvolver a HA (WAGMACKER, PITANGA, 2007; SHIROMA, LEE, 2010).

Inúmeras evidências relatam que o fumo induz o prolongado aumento da PA. O aumento da PA está implicado no desenvolvimento de lesões de órgãos-alvo da HA (doença renal, entre outros). Com isso, pode-se sugerir que o fumo exerce um poder hipertensivo no indivíduo, sendo responsável pelo risco cardiovascular associado ao uso do tabaco (GIORGI, 2010).

No que diz respeito ao etilismo, o consumo de álcool tem sido um fator contribuinte para o aumento da PA, sendo este um fator predisponente para o desenvolvimento da HA (COSTA et al., 2004; ZAITUNE et al., 2006). O consumo de álcool eleva consideravelmente a PA, sendo que doses de três a cinco drinques aumentam tanto a PAS quanto a PAD (SOUZA; POVOA, 2014).

Embora o estresse seja considerado, em muitos estudos, como fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (SILVA; KELLER; COELHO,

2013; MESQUITA et al., 2014; FIGUEIREDO; CASTRO, 2015), neste estudo, não foi encontrado associação entre o estresse e a HA. Outros autores que realizaram pesquisas sobre a HA e o estresse em profissionais de saúde da APS também não encontraram essa associação e obtiveram resultados semelhantes aos deste estudo (ALVES et al., 2009; BRAGA, 2011).

O trabalho dos ACSs foi identificado, de acordo com os quadrantes do MDC, como sendo de alta exigência, considerado prejudicial à saúde mental do trabalhador, uma vez que o mesmo é submetido a muita exigência relacionada às suas atribuições e reduzido poder decisório sobre seu trabalho. Hokerberg (2010), em seu estudo de revisão, com artigos publicados até o ano de 2009, também não observou significância quando associado o Trabalho de Alta Exigência com a HA.

Embora os estudos já realizados mostrem que os hábitos de vida e saúde têm uma influência direta nas doenças cardiovasculares, em especial a HA, no presente estudo, não foi identificada nenhuma associação desta patologia com as variáveis estudadas.

Como não foi encontrado, até o momento, nenhum estudo que aborde esta temática entre os ACSs ou com trabalhadores com características semelhantes não foi possível comparar os resultados encontrados neste estudo com outras evidências científicas similares. Isso dificultou a discussão dos dados obtidos com mais profundidade.

Apesar das dificuldades que enfrentam os ACSs, estes demonstram satisfação pelo que fazem e percebem sua importância na saúde da população atendida na ESF, o que interfere positivamente na sua capacidade para o trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu descrever o perfil sociodemográfico dos ACSs do município estudado e os fatores associados à hipertensão arterial, bem como identificar a prevalência da HA nessa categoria profissional.

Mediante os resultados, pode-se ressaltar o grande número de trabalhadores acometidos por HA, em sua maioria mulheres, consideradas adultas jovens, o que a torna um grande problema de saúde pública, em decorrência de sua cronicidade. Pôde-se observar, neste estudo, que os participantes declararam possuir hábitos de vida saudáveis, sendo considerados muito ativos e com grau de dependência baixo em relação ao álcool e ao tabaco.

Uma hipótese a ser levantada pode estar associada ao grande número de hipertensos e por ser uma população muito ativa. Esse resultado merece uma reflexão, uma vez que o próprio diagnóstico da HA pode fazer com que esses trabalhadores adotem um novo estilo de vida, incluindo a prática atividade física em seu cotidiano, gerando um bem-estar e qualidade de vida para estes profissionais.

Os resultados também mostram que os ACSs estão expostos ao estresse psicossocial de alta exigência, o qual é considerado o pior para o trabalhador, já que este possui altas cargas de trabalho, além da exposição a agentes físicos e químicos. Isso torna importante o desenvolvimento de estratégias que busquem a diminuição dos riscos e a melhoria da qualidade de vida destes profissionais.

Não foi encontrada associação significativa entre as variáveis sociodemográficas e hábitos de vida e o desfecho HA. Entre as condições laborais, observou-se que o tempo de trabalho nesta função acarreta prejuízos para a saúde, mostrando-se determinante para a HA entre os ACSs. Este resultado é importante e merece reflexão, uma vez que, quanto maior o tempo de exercício na função maior a chance de desenvolver essa patologia. Dessa forma, é necessário que se investigue com mais profundidade quais os fatores presentes no ambiente de trabalho destes profissionais que podem estar influenciando negativamente na saúde dos mesmos. Considera-se ser essa população muito homogênea, constituída de pessoas com perfil sociodemográfico muito semelhante, não apresentando, portanto, muita variação nos dados obtidos.

Podem-se identificar algumas limitações no presente estudo, uma vez que as informações, quando autorreferidas, podem não ser fidedignas, não correspondendo à realidade. Por ser um estudo seccional, não é possível também estabelecer uma relação temporal entre os eventos, o que faz necessárias novas investigações científicas, que busquem conhecer melhor a relação saúde/trabalho do ACS e os fatores associados à sua qualidade de vida, aprimorando ações de melhoria das condições de vida e laborais destes trabalhadores. Essa investigação não esgota as reflexões acerca deste tema, há muito ainda que ser analisado e investigado, seja no que tange a doenças relacionadas ou agravadas pelo trabalho, seja no que concerne ao próprio processo de trabalho desses profissionais.

Ressalta-se, mais uma vez, a carência de estudos que analisem a saúde e as condições de trabalho dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e em específico dos ACSs. Este fato representou uma dificuldade para a discussão dos dados e para a comparação dos resultados encontrados com os de outros estudos. Somando-se a isso, pesquisas realizadas com trabalhadores com características, condições e processos de trabalho similares às do ACS também não foram encontradas, o que limitou a discussão.

Considera-se, portanto, que este estudo traz contribuições para a área da Saúde do Trabalhador e reforça a importância de novas produções científicas que abordem essa categoria profissional. Da mesma forma, contribui para os serviços públicos de saúde, especialmente a rede de Atenção Primária à Saúde, uma vez que traz resultados importantes para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, demonstrando a necessidade de se investir na prevenção e no controle da hipertensão arterial nessa categoria profissional. Faz-se importante que os gestores em saúde busquem identificar os fatores relacionados ao trabalho que estejam contribuindo para o adoecimento desses trabalhadores.

Por fim, vale ressaltar que, sendo este estudo parte de uma pesquisa mais ampla, que investiga as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da APS da cidade de Juiz de Fora, outros estudos e abordagens serão realizados com vistas a propor estratégias e políticas que visem contribuir com a melhoria das condições de trabalho e saúde destes profissionais.

Diante disso, é de suma importância a interlocução entre a Secretaria de Saúde, os trabalhadores e os pesquisadores, uma vez que os resultados deste estudo certamente contribuirão para uma possível adequação dos processos de

trabalho desta categoria, bem como para a valorização pessoal e profissional dos ACSs.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A.M.M. et al., Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.**,v. 25, n. 2, p .291-295, 2012.
- AGUIAR, C.V.N. **Conflito trabalho-família e comprometimento organizacional: um estudo com trabalhadores de diferentes segmentos produtivos**. 106 f. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Filosofia e ciências humanas, UFB, 2012.
- AGUIAR, O. B.; FONSECA, M. J. M.; VALENTE, J. G. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do Questionário Demanda-Controle entre Trabalhadores deRestaurantes Industriais do Estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 13, n. 2, p. 212-222, 2010.
- ALMEIDA, P.F., FAUSTO, M.C.R, GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Saud. Publica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2011, p. 84-95.
- 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, v. 31, n. 1, p. 208-212, jan. 2015
- AMOEDO C., et al. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. In: Nobre F, Serrano Junior CV, organizador. **Tratado de cardiologia SOCESP**. São Paulo-SP. p.453-63, 2005.
- ANGELO, J.R. **Conceitos básicos em epidemiologia**. Instituto Nacional de pesquisas espaciais: [S.l: s.n.], 2011.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde:contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
- BACHILLI, R.G; SCAVASSA, A.J.; SPIRI, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Cien Saude Colet.**, v. 13, n.1., p- 51-60, 2008.
- BAPTISTINI, R.A FIGUEIREDO, T.A.M. Agente Comunitário de Saúde Desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**. São Paulo v. XVII, n. 2, p. 53-70. abr.-jun. 2014
- BARRETO, N.D.M, et al. Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra. **Arq. Bras. Medicina**, v .67, n. 6, p.449-455, 1993.

BATISTA, A.V.S. PORTO, E.A. MOLINA, G.P. Estudo da anatomia da artéria coronária esquerda e suas variações: perspectivas de nova classificação. **Rev. Saúde & Ciência**, v.2, n.1, p 55-65, 2011.

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

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

BERNARDES, E.H.; PEREIRA, M.J.B.; SOUZA, N.R. Atenção Primária à Saúde Diferente de Prevenção e Promoção. **Ciência et Praxis**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2008.

BERTONCINI, J.H, PIRES, D.E.P, SCHERER, M.D.A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, 2011, p. 157-173,

BEZERRA, A.F.B., ESPIRITO SANTO, A.C.G., BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**.v. 39, n.5, p- 809-15, 2005.

BEVIAN, E.C. ASSMANN, S. O adoecimento do Trabalhador. In: Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades, 1., 2012, Niterói. **Anais...** Niterói: CONINTER, 2012.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L.; ARAÚJO, J. W. G. Agentes Comunitários de Saúde: A reconstrução do conceito de risco no nível local. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.14, n.32, p.93-101, jan./mar. 2010.

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

BRAGA, V.C.L.M. **Estresse no trabalho e pressão arterial**: reflexões metodológicas sobre linearidade e operacionalização da exposição. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n. 8.080/90** de 19 setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 fev. 2016.

_____. Ministério do trabalho. Portaria n. 25, de 29 de dezembro de 1994 do Secretário de Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/legislacao/ministerio-do-trabalho/portaria-n%C2%BA-25->

de-291294-do-secretario-de-seguranca-e-saude-no-trabalho-dou-de-301294-republicada-no-de-150295/>. Acesso em: 24 fev. 2016.

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

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

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

_____. **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.

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

_____. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Doenças Cardiovasculares no Brasil**. Brasília: MS, 2003

_____. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2004.

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

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2006a.

_____. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: MS, 2006b.

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

_____. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**: institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 01 mar. 2016.

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

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**: Juiz de Fora e IBGE estados, Minas Gerais. Disponíveis em: <<http://cod.ibge.gov.br/234B9>> e <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em 03 nov. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei nº 6.437**, 2016.

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

CASTRO, A.B.S., SOUSA, J.T.C., SANTOS, A.A. Atribuições do enfermeiro do trabalho na prevenção de riscos ocupacionais. **J Health Sci Inst**. São Paulo, v. 28, n. 1, 2010, p. 5-7.

CESARINO, C.B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto, SP. **Arq Bras Cardiol.**, v. 91, n. 1., p. 31-35, 2008.

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 de Mestrado em Saúde Pública). UFMG, 2010.

CONTROLE da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: [s.n.], 1993.

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

COSTA, M.A.S. **O estresse no trabalho e auto-avaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, 2010.** Rio de Janeiro: [s.n.], 2010.

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

DUNCAN, B.B., et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**. v. 46 (supl.) p.126-34, 2012.

DURÃO, A. V.; MOROSINI, M. V.; CARVALHO, V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, M; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. **Para além da comunidade: trabalho e**

qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV. p. 119 - 159, 2011

FARIA, H.P, et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

FERRARI, R. et al. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília v. 3, n. 3, p. 1150-165, 2012.

FERRAZ, L. AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n.2, p. 347-55, 2005.

FERREIRA, S.R.G, et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados. **Rev Saúde Pública**.v.43.p:98-106,2009.

FERREIRA, L.N., COSTA, M.C., SOUSA, J.T. Perfil sociodemográfico e variáveis clínicas dos Hipertensos atendidos na clínica escola de fisioterapia da UESB. **Rev. Saúde Com.** v.7 n.1. p: 23-32, 2011.

FERREIRA, F.M.M. et al., Percepção entre fatores de proteção cardiovascular entre escolares do ensino médio. **Rev Pesq Saúde**, v.16 n.2 p: 90-94, maio/ago, 2015.

FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63038653023>>. Acesso em 15 mar. 2016.

FIGUEIREDO, J.O CASTRO, E.E.C. Ajustamento criativo e estresse na Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista da Abordagem Gestáltica: phenomenological studies**, v. XXI, n. 1, p. 37-46, jan./jun., 2015.

FONTELES, J.L. et al. Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde, **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 53-60, jul./set, 2009.

FURLAN, P. G. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de Práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.** 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp.

GIORGI, D; M.A. Tabagismo, Hipertensão e doença renal. **REV Tabagismo e HA.** P. 256-259, 2010.

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**, v.20, n. 4, p.1185-1197, 2015.

GRIEP, R.H, et al. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Rev. Saude Publica.** v.45, n.1, p. 145-52, 2011.

GUEDES, J. S; SANTOS, R. M. B; LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde e Soc. São Paulo**, v. 20, n.4, p. 875-883,2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/06.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2016.

GUIMARÃES, J.B.S. **Análise Estatística utilizando SPSS**. Salvador: [s.n., 200-]. [Apostila].

GUSMÃO, J.L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 38-43. 2009. Disponível em <<http://www.deciomion.com.br/medicos/artigos/artigos.pdf>>. Acesso em 16 abr. 2015.

HOKERBERG, Y.H.M. **Demanda e controle no trabalho e hipertensão arterial**: validade dimensional e meta-análise. Rio de Janeiro; s.n; 2010.

JUIZ DE FORA. Prefeitura. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde**: projeto de implantação. Juiz de Fora: [s.n.], p.133 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.; THEORELL, T. **Healthywork**: stress, productivity and there construction of workin glife. New York: Basic Books; 1990.

KUTHCOVSKY, A.C.G.C., et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Rev psiquiatr Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 2, p. 176-83, 2007.

LARANJEIRA, C.A., O contexto organizacional e a experiência do Estress: uma perspectiva integrativa, **Rev. salud pública**. v. 11, n. 1, p. 123-133, 2009.

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

LINO, D. C. S. F. Saúde Mental e Condições de Trabalho Entre Agentes Comunitários de Saúde. 111 f. Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.

LOPES, D. M. Q., et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivênciasde prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 633-640, 2012.

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP. 426 f. (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP, 2009.

- MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 13-28. mar. 2006
- MAISSIAT, G. S. **Prazer e Sofrimento de Trabalhadores da Atenção Básica:** saúde à luz da teoria da psicodinâmica do trabalho. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
- MASCARENHAS C. H. M., PRADOS F. O., FERNANDES M. H. Fatores Associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 5, p. 1375-1386, 2013.
- MATSUDO, S. et al., Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutividade no Brasil. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**, v.6, n.2, 2001.
- MARIUCC E.M.S.; ALMEIDA C.C.R. Mulher e trabalho: um debate necessário no contexto das políticas neoliberais. Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, 1., 2010, Londrina. **Anais...**Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2010.
- MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. A. **Atenção Primária a Saúde:** dicionário da educação profissional em saúde da Fundação Oswaldo Cruz. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 05 mar. 2016.
- MEDRONHO, R. et al. (ed.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- MENDES, G.S., MORAES, C.F., GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Brasília, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)795](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)795)>. Acesso em: 20 fev. 2016
- MERTINS, S.M. et al. Consulta de enfermagem: um relato de experiência. **Revista contexto e saúde**, Rio Grande do Sul, v.10, n.20, p. 837-840, jan./jun. 2011.
- MESQUITA, et al., Estresse, enfrentamento e sua influência sobre a glicemia e a pressão arterial. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, jan. /jun. p. 48-55, 2014.
- MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. **Atesto mensal das Equipes de Atenção Primária à Saúde:** formulário detalhado por Unidade Básica de Saúde do Município de Juiz de Fora - Competência Setembro, 2015.

NASCIMENTO, G.M., DAVID, H.M.S.L. Avaliação de riscos no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um processo participativo. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 550-556, 2008.

NASCIMENTO, J.S., et al. Fatores de Risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com Hipertensão Arterial. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 709-15, out./dez. 2011.

NOBRE, F. et al. Hipertensão Arterial sistêmica primária. **Rev. Fmrp**, Ribeirão Preto. v. 46, n.3. p. 256-72, 2013.

NOBREGA, A. C.L., et al. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertens**, v. 14, n. 2, p. 94-97, 2007.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez., 2002.

NUNES, A. V. L.; LINS, S. L.B. Servidores Públicos Federais: Uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revista Psicologia: organizações e trabalho**, Brasília. v. 09, n. 01, p. 51-67. jan./jun., 2009.

NUNES, S.O.B., CASTRO, M.R.P., CASTRO, M.S.A. Tabagismo, comorbidades e danos à saúde. **Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento** [online], Londrina, p. 17-38, 2011.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com.br/2011/05/tratamento-nao-medicamentoso-da_20.html>. Acesso em: 26 dez. 2011.

OLIVEIRA, R. S., FONSECA M. B. S., BENKENDORF, C. A. **O adicional de insalubridade e a ação direta de inconstitucionalidade 4020: JICEX 1.1**, [S.l.: s.n.], 2014.

OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: OPAS, 2003.

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O Servidor Público no Mundo do Trabalho do Século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 192-207, 2013.

ROMERO, A.D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 72-78, abr./jun.2010.

SANTOS, A.L., GIMENEZ, D.M., Inserção dos jovens no mercado de trabalho. **Estudos Avançados**, v. 29 n. 85, 2015.

- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, 2010.
- SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377, jun. 2011.
- SERAFIM, T.S., JESUS, E.S. PIERIN, A.M.G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 5 p. 658-64, 2010.
- SOARES, R.S. et al. Estresse e demais fatores de risco para Hipertensão Arterial entre profissionais militares da área de Enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** online, supl., p. 45-48, jan./mar. 2012.
- SIMÕES, A.R. O Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **R. Saúde Públ.**, Florianópolis, v. 2, n. 1, jan./jul. 2009.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.
- SILVA, R. S., et al.. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.15 n.1. p: 115-120, 2010.
- SILVA, P. V. C.; COSTA JUNIOR, A. L. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. **Psicol. Argum.** Curitiba, v. 29, n. 64, p. 41-50, jan./mar., 2011.
- SILVA, A.M.B. KELLER, B. COEHO, R.W. Associação entre pressão arterial e estresse percebido em motoristas de ônibus. **Health Sci Inst.** v.31 n.1 p. 75-8, 2013.
- SILVEIRA J. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cad Saude Colet.**, v.21. n.2, p.129-34, 2013.
- SHIROMA, E.J, LEE, I.M. Physical activity and cardiovascular health: lessons learned from epidemiological studies across age, gender, and race/ethnicity. **Circulation.** v. 122, n.7, p. 743-52, 2010.
- SOUZA, J.J.G. **Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- SOUZA, M, S. Tratamento da hipertensão arterial. **Revista Banco de Saúde.** 2010.
- SOUZA, S.F. et al. Psychosocial factors of work and mental disorders in electricians. **Rev Saúde Pública.** v.44, n.4, 2010.

SOUZA, D. POVOA, R. Álcool e Hipertensão Arterial. **Rev. Factores de Risco**. n. 32 p. 33-39, 2014.

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**. n.16, v.4, p. 444-454, 2013.

TRINDADE, L.L., et al., Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 473-479, dez. 2007.

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

VARGAS, C.M, INGRAM, D.D, GILLUM, R.F. Incidence of hypertension and educational attainment. **Am J Epidemiol**., p.272-8, 2000.

WAGMACKER, D.S., PITANGA, F.J.G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para hipertensão arterial sistêmica. **R. Bras. Ci. e Mov.**, v. 15, n. 1, p.69-74, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control**. Genebra: [s.n.], 2011

ZAITUNE, M.P.A, et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, p. 285-294, 2006.



ANEXO A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Rosangela Maria Greco

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 40343414.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 932.706

Data da Relatoria: 13/01/2015

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 932.706

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

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

JUIZ DE FORA, 14 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

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

ANEXO B**PREFEITURA DE JUIZ DE FORA****TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Autorizamos a continuidade da realização da pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida” sob orientação da Profa. Dra. Rosângela Maria Greco, coordenadora dos alunos pesquisadores nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora.

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, 01 de setembro de 2016.

Cristina Márcia da Silva
CHEFE DO DP/APS/SAS/PS/SIP/PA

Cristina Márcia da Silva

Chefe do Departamento de Programas e Ações da Atenção Primária à Saúde

Secretaria de Saúde
Rua Halfeld, 1400 – Centro – CEP: 3.016-000 – Tel: (32)3690-8387
Juiz de Fora - MG

ANEXO C



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 oportunidades de treinamento e estudo para alunos de graduação e pós-graduação na área de saúde do trabalhador.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) 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 Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa Trabalhadores da Atenção Primária 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.propeq@uffj.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Profa. Dra Rosângela Maria Greo
 Endereço: Rua Luiz Perry, 458
 CEP: 36015380/ Juiz de Fora – MG
 Fone: (32) 84048838
 E-mail: romagreco@gmail.com

**ANEXO D****INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

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

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

BLOCO E

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

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

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

EN4 - Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

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

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

E1. Em quantos dias da última semana, você CAMINHOU por **pelo menos 10 minutos contínuos** em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

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

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

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

E2.1 Horas _____ E2.2 Minutos _____

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

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

E3.1 Dias _____ por SEMANA 0 Nenhum

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

E4.1 Horas _____ E4.2 Minutos _____

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

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

E5.1 Dias _____ por SEMANA 0 Nenhum

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

E6.1 Horas _____ E6.2 Minutos _____

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

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

E7.1 Horas _____ E7.2 Minutos _____

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

E8.1 Horas _____ E8.2 Minutos _____

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

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

Suas respostas permanecerão confidenciais.

Por favor, responda com toda sinceridade.

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

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

0Nenhuma (Pule para F11)	1Uma ou menos uma vez por mês	de 2 a 4 vezes por mês	3 a 5 vezes por semana	6 ou mais vezes por semana
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FN4 - Agora faremos algumas perguntas sobre o consumo de TABACO

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

1 Sim

2 Não, nunca fumei



Passe para

3 Não, fumei no passado, mas parei de fumar



Passe para

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

1 Dentro de 5 minutos

2 Entre 6 e 30 minutos

3 Entre 31 e 60 minutos

4 Após 60 minutos

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

1 Sim

2 Não

F27. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

1 O primeiro da manhã

2 Outros

F28. Quantos cigarros você fuma por dia?

1 Menos de 10

2 De 11 a 20

3 De 21 a 30

4 Mais de 30

F29. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

1 Sim

2 Não

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

1 Sim

2 Não

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

G1. Com que idade você começou a trabalhar? _____anos

G2. Atualmente você tem quantos empregos?

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

G3. Você trabalha durante a noite?

- 1 Sim
- 2 Não

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

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

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

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

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

- 1 Sim
- 2 Não

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

G16. Você recebe adicional de insalubridade?

- 1 Sim
- 2 Não

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

G17. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G18. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G19. Seu trabalho exige demais de você?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G20. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G21. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G22. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G23. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G24. Seu trabalho exige que você tome iniciativa?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G25. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G26. Você pode escolher COMO fazer seu trabalho?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G27. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?			
1Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada

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

G28. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.			
1Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente
G29. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.			
1Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente
G30. Eu posso contar com o apoio de meus colegas de trabalho.			
1Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente
G31. Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas compreendem.			
1Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente
G32. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.			
1Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente
G33. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.			
1Concordo Totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente

BLOCO H

HN1 - Agora vamos fazer algumas perguntas sobre como você percebe a sua capacidade para o trabalho.

H4.10. Hipertensão arterial (pressão alta)	0	1	2
--	---	---	---

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

N1. Em relação ao seu nascimento, responda:

N1.1 Em que dia você nasceu? _____

N1.2 Em que mês você nasceu? _____

N1.3 Em que ano você nasceu? _____

N2. Em relação à localidade de seu nascimento, responda:

N2.1. Município: _____

N2.2. Estado: _____

N2.3. País: _____

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

1 Preta

2 Parda

3 Branca

4 Amarela

5 Indígena

N4. Atualmente, você é...

1 Casado(a) ou vive em união

2 Separado(a), ou divorciado(a)

3 Viúvo(a)

4 Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

N5. Qual o seu sexo?

1 Masculino

2 Feminino

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

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

N7. Qual a sua formação profissional? _____

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

- 1 Católico
 - 2 Evangélico
 - 3 Espírita
 - 4 Testemunha de Jeová
 - 5 Muçulmano
 - 6 Budista
 - 7 Candomblé
 - 8 Não tenho religião
- Outra. Qual? _____