

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Centro de Educação e Saúde
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Ângela Gabrielly Quirino Freitas

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ – PB**

CUITÉ – PB
2013

Ângela Gabrielly Quirino Freitas

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ – PB**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira

CUITÉ – PB
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

F866p Freitas, Ângela Gabrielly Quirino.

Avaliação da saúde ocupacional de agentes comunitários de saúde do município de Cuité - PB. / Ângela Gabrielly Quirino Freitas. – Cuité: CES, 2013.

77 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientador: Mathues Figueredo Nogueira.

1. Agente comunitário de saúde. 2. Riscos ocupacionais.
3. Saúde do trabalhador. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 614

Ângela Gabrielly Quirino Freitas

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ – PB**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. Ms. Isolda Maria Barros Torquato
Membro – UFCG

Profa. Ms. Janaína Von Söhsten Trigueiro
Membro – UFCG

Cuité – PB, 30 de abril de 2013.

DEDICATÓRIA

A Deus, que sempre me deu forças e foi meu guia durante todo esse caminho de graduação,
mostrando que tudo é possível.

Aos meus pais, Maria Aparecido Quirino e José Agenor Freitas, os quais são a razão de eu ter
conseguido chegar até aqui, pelo amor, carinho e dedicação. Amo Vocês!

Ao meu irmão, Gabriel Quirino Freitas, pelo carinho e o amor que nos une.

Aos meus avós, Agenor Freitas e Maria Dulce Rodrigues Vanderlei Freitas, pelo incentivo,
amor e carinho. Vocês são muito importantes na minha vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me deu forças para concluir esse curso, me iluminando o caminho certo a seguirmostrando que as coisas por mais que pareçam difíceis no final sempre dará certo.

Aos meus pais que sempre estiveram me apoiando e me incentivando a chegar até o fim, mostrando que estudar é o mais importante para se ter uma vida confortável. Vocês foram fundamentais para que tudo se tornasse realidade, passando-me a segurança e a certeza de que eu não estou sozinha. Muito obrigada. Amo vocês!

A meu irmão Gabriel, por compreender as minhas ausências. Te amo!

A toda a minha família, que de alguma forma me incentivou, me apoiou e acreditou na minha capacidade. Muito obrigada.

Ao meu namorado Cláudio Neto, pelo carinho, dedicação, incentivo e paciência, principalmente nos momentos mais difíceis, sempre compreendendo e respeitando minhas ausências.

A Mirian Teixeira que no decorrer desses cinco anos me tratou como uma “filha”, pela preocupação, atenção e carinho proporcionados.

Aos meus colegas e amigos da turma, por todos os momentos felizes e inesquecíveis, pela palavra amiga, pelo carinho e incentivo. Juntos formamos uma família, e linda por sinal, enfrentamos problemas no decorrer do curso, muitos se perguntavam se realmente era o caminho certo, se iria conseguir chegar até o fim. Só posso dizer a todos vocês que apesar dos encontros e desencontros, dos momentos de alegria e de tristeza, de confusões e perdões, nós conseguimos. Mostramos que somos capazes!

A minha colega de faculdade, amiga e irmã Márcia Angélica, que sempre esteve presente nos momentos bons e ruins durante esses cinco anos de faculdade, sempre disposta a me ajudar

em tudo que fosse preciso. A você amiga eu só tenho o que agradecer, espero que a nossa amizade continue por muito tempo.

Ao meu orientador, Prof. Ddo. Matheus Figueiredo Nogueira, pela paciência e dedicação, sempre disposto a ajudar e a ensinar.

Às professoras Isolda Torquato e Janaína Von Söhsten pela participação na banca examinadora e pelas valiosas contribuições para o engrandecimento desse estudo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que contribuíram e foram essenciais para o sucesso dessa pesquisa, dedicando um tempo do seu trabalho para responder aos questionários. Espero retribuir essa ajuda.

Aos docentes da UFCG - Cuité, pelos ensinamentos e dedicação.

A Universidade Federal de Campina Grande, Campus-CES, que me proporcionou conhecimento, oportunidade de crescimento profissional e pessoais vivências na teoria e na prática.

Enfim, a todos que contribuíram para a realização desse sonho direta ou indiretamente.

A todos, muito obrigada.

“A tarefa não é ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) atua como facilitador no processo de interação e acolhimento da equipe de saúde da família com a comunidade assistida, representando a maior e mais complexa força de trabalho na área da saúde, e atuando na expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Considerando o ambiente de trabalho e a realização de visitas domiciliares pelo ACS como importantes fatores de risco ocupacionais, emerge a necessidade de avaliar a condição de saúde ocupacional dos ACS do município de Cuité – PB, sendo este o objetivo geral desta pesquisa. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa realizado em cinco Unidades de Saúde da Família do referido município durante o mês de março de 2013. A amostra foi composta por 30 ACS selecionados por meio do critério de acessibilidade e os dados foram coletados com a utilização de um questionário após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro sob parecer número 258.312. Os resultados foram analisados descritiva e quantitativamente expostos em medidas simples de frequência. Os resultados apontam que a maioria dos participantes possui entre 36 e 50 anos, é do gênero feminino, casada, tem o ensino médio completo, renda familiar de um salário mínimo, possui mais de dez anos de profissão, reside na microárea em que atua, fez curso de formação para ACS, tem seu número de famílias assistidas entre 151 e 200 e realiza de 5 a 10 visitas domiciliares por dia. Quanto aos problemas de saúde decorrentes do trabalho a dor nos membros inferiores, a dor lombar, o estresse e a dermatite solar obtiveram maior destaque. Para os riscos ocupacionais, o ataque de animais, contato com pessoas infectantes e exposição solar excessiva estão entre os mais importantes. O uso de protetor solar, a imunização e a higiene no trabalho foram as medidas preventivas mencionadas com maior frequência. Entende-se, portanto, que os ACS estão mais expostos a riscos ergonômicos do que biológicos, mostrando que a falta de atenção dos mesmos e a inexistência de políticas públicas eficientes determina a ocorrência de riscos e problemas relacionados ao trabalho. Gera-se assim a necessidade de elaboração e implementação, por parte dos ACS, profissionais de saúde e gestão, de estratégias eficazes voltadas para a promoção da saúde ocupacional, minimizando a ocorrência de agravos decorrentes do trabalho e impactando em melhores índices de qualidade de vida.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde. Saúde do Trabalhador. Riscos ocupacionais.

ABSTRACT

The Community Health Agent (CHA) acts as a facilitator in the process of interaction and host team of family health with the community attended, representing the largest and most complex workforce in health, and acting in the expansion and consolidation of Strategy Family Health in accordance with the principles and guidelines of the National Health System. Considering the work environment and conducting home visits by ACS as important occupational risk factors, emerges the need to assess the condition of occupational health of ACS Cuité - PB, which is the objective of this research. This is an exploratory and descriptive quantitative conducted in five Family Health Units of said county during the month of March 2013. The sample comprises 30 ACS selected by the criterion of accessibility and data were collected using a questionnaire after approval of the Ethics Committee in Research of the University Hospital Alcides Carneiro on the advice number 258.312. The results were analyzed descriptively and quantitatively measures simple and exposed in frequency. The results indicate that most participants have between 36 and 50 years, is female, married, have completed high school, family income of a minimum wage, has over ten years of experience, is the micro area in which it operates, made training course for ACS, has its number of assisted families between 151 and 200 and performs 5-10 home visits per day. As for health problems stemming from work to lower limb pain, lower back pain, stress and solar dermatitis gained greater prominence. For occupational risks, animal attack, contact with infectious persons and excessive sun exposure are among the most important. The use of sunscreen, immunization and hygiene at work were the preventive measures mentioned most often. It is understood, therefore, that the ACS are more exposed to ergonomic hazards than biological, showing that the same lack of attention and lack of efficient public policies determines the occurrence of risks and work-related problems. Generates up the need for development and implementation by the ACS, health professionals and management, effective strategies aimed at promoting occupational health, minimizing the incidence of injuries resulting from work and impacting on improvements in quality of life.

Keywords: Community Health Agents. Occupational Health. Occupational hazards.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Exposição de ACS a riscos ocupacionais. Cuité/PB, 2013.....	48
Gráfico2 - Medidas preventivas tomadas para minimizar os riscos do adoecimento. Cuité/PB, 2013.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a faixa etária. Cuité/PB, 2013	35
Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo segundo o variável gênero. Cuité/PB, 2013.....	36
Tabela 3 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável estado civil. Cuité/PB, 2013.....	37
Tabela 4 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável escolaridade. Cuité/PB, 2013.....	37
Tabela 5 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável renda familiar. Cuité/PB, 2013.....	38
Tabela 6 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável tempo de atuação no PSF. Cuité/PB, 2013	39
Tabela 7 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável residência na microárea. Cuité/PB, 2013.....	40
Tabela 8 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável Curso de formação de ACS. Cuité/PB, 2013.....	40
Tabela 9 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável carga horária. Cuité/PB, 2013.....	41
Tabela 10 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável número de famílias assistidas. Cuité/PB, 2013.....	42
Tabela 11 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável número de visitas domiciliares por dia. Cuité/PB, 2013.....	42
Tabela 12 - Problemas de saúde apresentados pelos ACS.Cuité/PB, 2013	43

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	13
1.1Objetivos	16
1.1.1Objetivo Geral	16
1.1.2Objetivos Específicos	16
2REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1Considerações sobre trabalho e saúde do trabalhador	18
2.2O Agente Comunitário de Saúde e o seu papel na Estratégia Saúde da Família	23
2.3A saúde ocupacional do Agente Comunitário de Saúde	25
3METODOLOGIA	30
3.1Tipo de Estudo	31
3.2Local do Estudo	31
3.3População e Amostra	32
3.4Instrumento de Coleta de Dados	32
3.5Procedimentos de Coleta de Dados	32
3.6Análise dos Dados	33
3.7Aspectos Éticos	33
4ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra	35
4.2 Dados relacionados aos problemas de saúde, riscos ocupacionais e medidas preventivas	43
5CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	59

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados

ANEXOS

Termo de Autorização Institucional

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

1 Introdução

O trabalho caracteriza-se histórica e filosoficamente como uma necessidade natural do homem. É o trabalho que distingue os seres humanos dos animais, pois esses, mesmo produzindo, fazem-no apenas para sua sobrevivência, enquanto o homem tem o trabalho como algo incorporado às suas vivências e necessidades (MARX, 1996).

Segundo Machado (1997), trabalho é toda atividade pela qual o homem utiliza suas forças mentais e físicas para a elaboração de um bem ou serviço. Como forma de sobrevivência, o trabalho é essencial ao homem, no sentido de esforço comum e de um dever a ele competido dentro da sociedade, pela sua dignidade, segurança e progresso.

É através do trabalho que se compreende a concepção de auto-realização humana, uma vez que o homem transforma a natureza, transforma a si mesmo, construindo sua própria história. Assim sendo, trata-se de uma atividade de fundamental importância para o desenvolvimento da sociedade e do processo de criação da identidade individual. O que diferencia o ser humano de qualquer outro animal é a intencionalidade que o homem põe no trabalho (BORGES, 2007). Neste sentido, o trabalho é o meio pelo qual o homem tira os elementos para sua sobrevivência, por isso se estabelece como uma das práticas mais importantes da vida do ser humano. A recompensa financeira não deve ser o único objetivo do trabalhador, mas também a satisfação pessoal pela realização profissional e pelos resultados colhidos através do seu próprio esforço (MAURO et al., 2004).

Como pode se perceber, o trabalho proporciona diversos benefícios ao homem e o dignifica dentro da sociedade. Todavia, compreendendo as particularidades inerentes ao processo de trabalho, inúmeros prejuízos também podem ser desencadeados no trabalhador, a exemplo os agravos à saúde decorrentes das atividades laborais, tais como: o estresse; doenças ocupacionais (câncer de pele, asma ocupacional, lesão por esforço repetitivo, intoxicações, etc); acidentes de trabalho; dificuldade visual decorrente de trabalho noturno; doenças infecciosas (tuberculose, tétano, malária, etc); entre outras. Diante desta realidade e de forma a direcionar ações específicas à saúde de quem trabalha, entre 1998 e 2000 foi desenvolvido um processo participativo para a elaboração de uma proposta para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, mas que nunca foi implantada. Somente em 2004 foi implementada como Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) (BRASIL, 2004). Logo em seguida no ano de 2012, por meio da portaria do Ministério da Saúde nº 1.823, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

De acordo com Mendes e Dias (1991), a Saúde do Trabalhador surgiu na década de 1990, no Brasil, devido a várias mudanças socioeconômicas, como automação, informática, reformulação de valores sociais, questionamentos sobre o sentido da vida e do trabalho,

propiciando mudanças radicais no processo e na organização do trabalho para atender ao trabalhador na sua integridade. Dessa forma, o ambiente laboral destaca-se como realidade social e, sendo assim, “a organização do trabalho deve ser destacada, face as suas implicações na saúde dos indivíduos” (DEJOURS, 2005).

Uma das características que diferencia a Saúde do Trabalhador da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional é a participação do trabalhador como sujeito ativo do processo saúde-doença, deixando ele de ser simplesmente um objeto da atenção à saúde, tal como era nos modelos anteriores. Além disso, apresenta a construção de um saber e de uma prática interdisciplinar que se diferenciam de uma ação centrada no saber médico (NADIR et al., 2002).

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n. 6.229/75), nas Leis n. 8.212/91 e 8.213/91, que dispõem sobre a organização da seguridade social e instituem planos de custeio e planos de benefícios da Previdência Social e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), n. 8080/90 (BRASIL, 2004).

O direito dos trabalhadores à redução dos riscos para a saúde presentes no trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança está inscrito no artigo 7º da CF. A CF define a prerrogativa exclusiva da União para legislar sobre o Direito do Trabalho e a obrigação de organizar, manter e executar a inspeção do trabalho. Os trabalhadores têm o direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis não condicionados à existência de vínculo trabalhista, ao caráter e a natureza do trabalho (BRASIL, 2004).

As doenças ocupacionais estão ligadas a modificação no estado de saúde do trabalhador e são originadas através da condição de trabalho desempenhada pelo trabalhador em suas tarefas e até mesmo situações pessoais do indivíduo que podem atrapalhar a função realizada. Sua elevada incidência em todos os âmbitos laborais a torna motivo de ampla discussão (BRASIL, 2004a).

Compreendendo que todos os trabalhadores estão expostos ao desenvolvimento de doenças ocupacionais, uma categoria profissional que merece destaque são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O ACS é um trabalhador que integra a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como dispositivo de qualificação e expansão da Atenção Básica (AB), que constitui uma de suas prioridades políticas (BRASIL, 2004b).

O ACS integra as equipes da ESF juntamente com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares de consultório dentário, etc. A sua principal competência é se apresentar como elo entre a comunidade e o sistema de saúde na ESF. Seu trabalho, pautado no contato direto com a comunidade local, se configura como a possibilidade de comunicação e de acesso desta aos serviços de saúde (JARDIM, 2007).

Na CF, ao ser “criada” a profissão do ACS, anos após a existência desses trabalhadores, foi criada a lei nº 11.350 de 2006 que regulamenta o exercício Deste profissional, definindo o seu trabalho “[...] pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, coletivas ou individuais” (BRASIL, 2006a).

Nesta linha de raciocínio, devido à dinamicidade do seu trabalho, os ACS, em seu âmbito profissional, desenvolvem suas atividades estando expostos a riscos e o desgaste desses trabalhadores ocorre geralmente associado às situações que se configuram como carga de trabalho, tais como: tensão no ambiente de trabalho; contato com animais e doenças; realização de trabalho repetitivo; excesso de carga horária de trabalho; grande número de usuários cadastrados a serem visitados; andar demasiadamente; carregar peso; exposição a condições diversas do clima; dificuldade de comunicação interpessoal entre a equipe profissional e a própria população; e preocupação devido ao baixo salário em função da necessidade de cumprir com os compromissos de ordem pessoal e familiar (CHEAVEGATTI, 2008).

Frente a esta realidade, é notório que, os ACS vivenciam cotidianamente uma exposição a diversos tipos de riscos ocupacionais, os quais podem ser de ordem física, como o mau uso dos equipamentos de proteção, as precárias áreas de abrangência percorridas pelo ACS; químicos, expondo-se a agentes e substâncias químicas; biológicos, como no contato direto e indireto com a população com doenças infecto-contagiosas; ergonômicos, a partir do esforço físico intenso e carga horária excessiva de trabalho; e psicossociais, decorrentes, por exemplo, da baixa condição salarial.

Assim, é perceptível, muitas vezes, a difícil condição laboral do ACS desenvolver suas competências e habilidades no âmbito da ESF de modo satisfatório, preservando o seu estado de saúde. Como afirma Dejours (2005), o ambiente de trabalho é inadequado para o exercício do autocuidado. Tais condições inadequadas, quiçá insalubres, concorrem, portanto, para a exposição do ACS ao desenvolvimento de agravos à saúde relacionados ao trabalho, o que pode comprometer o seu bem-estar, sua qualidade de vida, e em situações mais sérias, afastá-lo das atividades profissionais.

De modo específico, permanecem desconhecidos os riscos que os ACS do município de Cuité-PB estão expostos bem como a condição de saúde ocupacional dos mesmos. Esta realidade gerou a necessidade de desenvolver um estudo que busque investigar sobre a saúde ocupacional dos ACS e de que modo o trabalho está afetando o seu estado de saúde.

A motivação para estudar sobre riscos ocupacionais advém da necessidade de obter conhecimentos mais aprofundados com relação à temática; da escassez de pesquisas desenvolvidas abordando a saúde ocupacional de ACS; da afinidade com a temática; de vivências diretas com ACS a partir do Estágio Supervisionado em Enfermagem I realizado em Unidades de Saúde da Família (USF); e da necessidade do conhecimento por parte dos gestores locais acerca destes riscos e doenças, visando assim minimizar a exposição dos mesmos a esses riscos, proporcionando melhores níveis de qualidade de saúde e de vida para os ACS.

Diante do exposto, surgiram os seguintes questionamentos: qual a condição de saúde ocupacional dos ACS do município de Cuité-PB? Quais os riscos ocupacionais estes profissionais estão expostos? Quais as medidas preventivas utilizadas pelos ACS no contexto da saúde ocupacional? Para responder tais questionamentos, este estudo buscará alcançar os objetivos descritos a seguir.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

- Avaliar a condição de saúde ocupacional de Agentes Comunitários de Saúde do município de Cuité – PB.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os participantes do estudo enquanto aspectos sociodemográficos;
- Caracterizar os participantes do estudo enquanto aspectos laborais;
- Identificar os riscos ocupacionais aos quais os ACS estão expostos;
- Identificar medidas preventivas utilizadas pelos ACS no contexto da saúde ocupacional.

2 Revisão da Literatura

2.1 Considerações sobre trabalho e saúde do trabalhador

A história da humanidade é composta de diversos períodos, onde se observa a evolução do homem e a aceleração dos tempos. Durante toda a história o homem foi desenvolvendo seus conhecimentos, buscando delimitar o seu espaço, ocasionando assim as guerras e conflitos. Com isso nasceu a necessidade de uma organização e satisfação pessoal, surgindo assim o trabalho, este, utilizado como instrumento da humanidade desde os primórdios (ESCORSIM et al., 2005).

No século XVII, a sociedade era mercantilista, onde quem intervia na economia era o Estado, criando assim fortes Estados-nacionais. Logo após surge a burguesia, que mudou o significado do trabalho, até então considerado uma atividade inferior e exclusiva dos escravos, passando este a ser mais valorizado. Vieram os períodos feudalista e capitalista, e o trabalho teve a sua consolidação na sociedade (ALVIM, 2006).

O trabalho se desenvolve e se aperfeiçoa junto com a humanidade desde a era artesanal, passando pela Revolução Industrial, o surgimento das máquinas, até os tempos modernos, então chamada de 'era do desenvolvimento', em que os consumidores passaram a ser mais exigentes e as empresas buscaram mais qualidade e produtividade. Com isto, o capital humano passou a ser mais valorizado, criando assim um novo momento para a civilização, uma vez que são essas pessoas que promovem novos conhecimentos e conseqüentemente geram inovações tecnológicas e um ambiente organizacional de sucesso (ESCORSIM et al., 2005).

A definição do trabalho busca um entendimento particular, em que a experiência do sujeito e a percepção construída de cada um originam-o. É a sua experiência que proporciona o entendimento acerca do mundo que os cerca. Um entendimento envolvendo crenças, valores e significados, tornando assim um processo eminentemente social, embora de base individual (BASTOS, 2009). A partir daí, a noção de que cada indivíduo passaria a ganhar a vida através do trabalho foi definida pelo pensamento social e regulamentada por lei.

De acordo com Marx (1996), o trabalho é um processo no qual o indivíduo impulsiona, regula e controla sua ligação material com a natureza, satisfazendo as necessidades humanas através de recursos próprios desta, independentemente da estrutura social do indivíduo. O instrumental de trabalho é utilizado para que a partir da mudança de forma e adaptações de elementos da natureza, as necessidades humanas possam ser atendidas.

Segundo Ribeiro (2008), o trabalho possui uma dupla dimensão, uma primária e uma secundária. Na mediação primária, o homem transforma a natureza, os outros homens e a si

mesmo, buscando proporcionar condições fundamentais para a sua sobrevivência, não apenas como indivíduo, mas como humanidade; e a secundária, baseada na sociedade capitalista, por meio da divisão social e pela divisão do trabalho intelectual e manual.

Diante deste entendimento, o trabalho proporcionou a construção e a evolução do mundo em que vivemos, uma vez que o homem vive e sobrevive através dele. O indivíduo age decorrente às suas vontades, modificando assim o meio em que vive. É do trabalho que ele tira o seu sustento, buscando assim favorecer a si próprio. O trabalho potencializa o homem, proporciona a sua liberdade, criatividade, ajuda no desenvolvimento social e é através dele que o homem domina a natureza e o mundo (CARREIRO, 2010).

Entretanto, segundo os mesmos autores, apesar dos inúmeros benefícios que o trabalho proporciona ao homem dentro do seu contexto existencial e social, é oportuno destacar que o trabalho também possibilita condições e situações desagradáveis ao profissional, podendo estas ser de diversas naturezas. Entre elas está a forma capitalista do trabalho, em que o homem ao invés de ter a sua liberdade, se torna prisioneiro. Muitas vezes o trabalho é forçado e o indivíduo é obrigado a fazer aquilo que não gosta para conseguir assim sua sobrevivência.

Tal realidade não se apresenta de modo diferente no campo da saúde. Vários malefícios podem ser gerados, como o aparecimento das doenças ocupacionais, os riscos aos quais trabalhadores estão expostos no seu ambiente de trabalho, dentre outros agravos à saúde. Seja qual for o tipo de trabalhador ou a sua área de atuação, estará sempre sujeito aos riscos à saúde. Esses trabalhadores enfrentam, em seu cotidiano, situações de trabalho precárias, relações de trabalho difíceis, sobrecarga de trabalho, condições sociais da comunidade desfavoráveis, dentre outras condições que colaboram para o desenvolvimento de agravos à saúde, sejam eles de ordem física ou mental (SCHWAB; STEFANO, 2008).

A relação entre trabalho e saúde/doença, nem sempre se constituiu um foco de atenção, pois no trabalho escravo e no regime servil não existia a preocupação de preservar a saúde do trabalhador, estes eram torturados e castigados como forma de repreensão; tratados semelhantes a ferramentas e animais, sem nenhuma história ou perspectiva de vida (NOSELA, 1989). Este cenário começou a ser mudado com o advento da Revolução Industrial, em que o trabalhador passou a vender sua força de trabalho, tornando-se assim presa da máquina e da busca por uma rápida acumulação de capital (GOMEZ; COSTA, 1997).

Junto a essa Revolução Industrial evidencia-se acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas decorrentes da aglomeração de pessoas em ambientes inadequados à saúde bem como o aumento no número de mutilações e mortes causadas pela periculosidade

das máquinas. A necessidade de intervenções, por parte das empresas, frente a esta problemática, suscitou na criação do campo da medicina de fábricas, iniciada na Inglaterra. Esse médico então passaria a detectar os processos danosos à saúde e isolar os riscos específicos, preservando assim a saúde do trabalhador (GOMEZ; COSTA, 1997).

No Brasil, conseqüentemente, passa a ser também realidade, a necessidade de criação e operacionalização de ações no campo específico da saúde do trabalhador, com compromisso na mudança do quadro de saúde da população brasileira, sendo este caracterizado por um corpo de conhecimentos teórico-práticos e técnicos interdisciplinares, sociais, humanos e interinstitucionais, desenvolvido por diversos setores situados em lugares sociais distintos, que buscam uma perspectiva comum (DONNANGELO, 1983).

A Saúde do Trabalhador é considerada uma área da Saúde Pública, a qual possui relações entre o trabalho e a saúde como objeto de estudo e intervenção, objetivando a promoção e proteção a saúde dos trabalhadores mediante ações de vigilância aos agravos, as doenças ocupacionais e as condições de saúde, organizando e prestando assistência a esses trabalhadores (BRASIL, 2001).

Com a Constituição de 1988, o MS passa a se tornar responsável pela assistência à saúde, inclusive a assistência ao trabalhador, vinculando-se ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1990. Logo em seguida, em 1993, o INAMPS foi extinto e alguns de seus serviços foram absorvidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas suas esferas do governo, passando este a responsabilizar-se pelo atendimento ao trabalhador vítima de acidentes do trabalho, atendimento de doenças comuns e as relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001).

Ademais, a CF estipulou ainda que o SUS atuasse na proteção do ambiente de trabalho e colocasse em prática ações de Saúde do Trabalhador. A Lei n°. 8.080/90, além de regulamentar alguns fatores referentes à saúde, estabeleceu o conceito de Saúde do Trabalhador como:

conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, p. 3).

A Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS), em sua Portaria n°.3.908/98 do MS, trata da orientação e instrumentalização das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, tendo essas ações a universalidade e equidade como diretriz, seja qual

for o trabalhador, rural ou urbano, com ou sem carteira assinada etc. Também faz parte a integralidade dessas ações, o direito a informação e a participação dos mesmos, abrangendo assim a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1998).

Essa mesma portaria determina aos órgãos federativos e municipais: o atendimento aos acidentados no trabalho; realização de vigilância; notificações dos agravos à saúde; manutenção das unidades especializadas em saúde do trabalhador; estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. O sistema municipal também deverá emitir relatórios circunstanciados pelos agravos relacionados com o trabalho; realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho; instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no município e deverá manter uma unidade especializada de referência em Saúde do Trabalhador, para facilitar a execução das ações (BRASIL, 1998).

Para que as determinações elaboradas pela Portaria acima mencionada possam ser operacionalizadas na prática e atender as necessidades dos trabalhadores é preciso o desenvolvimento de ações no âmbito da saúde, que podem ser destacadas por: campanhas enfocando o uso correto dos equipamentos de segurança, monitoramento dos trabalhadores e de todos os agravos, profissionais capacitados para atender os mesmos etc. Com a aplicabilidade dessa portaria na prática, o trabalhador terá a garantia de uma assistência adequada e, conseqüentemente, uma melhor condição de saúde, minimizando assim o risco de desenvolver doenças relacionadas ao trabalho.

Enfatizando ainda as questões relacionadas à Saúde do Trabalhador, vale explicitar a diferença existente entre acidente de trabalho e doença relacionada ao trabalho. Enquanto os acidentes de trabalho caracterizam-se por um acontecimento imprevisto durante o exercício do trabalho provocando lesão corporal e/ou perturbação funcional e resultando em perda ou redução da capacidade de trabalhar; as doenças relacionadas ao trabalho ocorrem em função das condições em que o trabalho é realizado, sendo assim este um fator de risco para o agravo e doença profissional. Obviamente, sendo o agravo produzido pelo exercício do trabalho peculiar à determinada atividade, o trabalho se torna causa direta do agravo (BRASIL, 1998).

Segundo o MS alguns dos principais acidentes de trabalho registrados, são: acidentes em menores de 18 anos, mutilações, perda da visão, queimaduras, intoxicação, choque, afogamento, queda, atropelamento etc. Por outro lado, dentre as principais doenças relacionadas ao trabalho, destacam-se: lesões por esforços repetitivos (LER), perda auditiva

induzida por ruído (PAIR), tuberculose, tétano, dermatofitose, hepatites virais, estresse, fadiga, alcoolismo crônico relacionado ao trabalho, episódios depressivos, síndrome de *Burnout*, hipertensão arterial, rinite crônica, asma etc (BRASIL, 2006).

Outra consideração que merece destaque quando se põe em pauta a Saúde do Trabalhador é a abordagem dos riscos presentes no ambiente de trabalho. O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) considera cinco grupos que oferecem riscos: 1. Agentes químicos (poeiras, fumos, gases etc); 2. Agentes Físicos (ruídos, vibrações, radiação solar, temperaturas extremas etc); 3. Agentes Biológicos (microorganismos indesejáveis, bactérias, fungos, vírus etc); 4. Risco de acidentes (falta de iluminação, explosão, mordida de animais, máquina defeituosa etc); e 5. Riscos Ergonômicos (local de trabalho inadequado, levantamento de pesos, postura inadequada etc) (DREHER, 2004).

Os riscos presentes no ambiente de trabalho podem ser amenizados com medidas de proteção coletiva e equipamentos de proteção individual (EPI). Outros cuidados que devem ser tomados para minimizar os riscos no ambiente de trabalho são: maior luminosidade, ventilação, remoção de gases, fumaça e odores desagradáveis; manutenção de níveis adequados de temperatura; relacionamentos agradáveis; mesas e instalações adequadas ao biótipo da pessoa; ferramentas que reduzam a necessidade de esforço físico etc. Medidas como essas são necessárias para a proteção do trabalhador e essenciais na prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (CHIAVENATO, 1999).

É imprescindível, para um ambiente de trabalho saudável, a participação ativa da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), que tem por objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho. Obrigatória nas empresas, a CIPA é composta por representantes do empregador e dos empregados, atuando como um intermediador entre a diretoria e os colaboradores, gerando assim a segurança deles. Isto evidencia a importância da participação dos colaboradores na preparação de medidas preventivas, no uso de EPI e em outras medidas (SCHWAB; STEFANO, 2008).

2.2 O Agente Comunitário de Saúde e o seu papel na Estratégia Saúde da Família

No Brasil, o Programa de Agentes Comunitários foi implantado em 1987, no Ceará, com recursos próprios e vinculado à Secretaria do Estado (CHEAVEGATTI, 2002). Com a obtenção de resultados positivos pelos agentes, o MS, em 1991, instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com normatização e repasse de recursos, primeiro na

região Nordeste, depois Norte e Centro-Oeste, para 10 anos depois abranger todo o Brasil (CALDEIRA, 2010).

A Lei nº 10.507/2002 cria a profissão de ACS e dita que o mesmo deverá preencher os seguintes requisitos: residir na área da comunidade que atuar; haver concluído o curso de qualificação básica para sua formação e haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2002).

Como um trabalhador integrante do Programa Saúde da Família (PSF), considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de qualificação e ampliação da Atenção Básica, que constituiu uma de suas prioridades políticas, o ACS realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações individuais ou coletivas sob supervisão do gestor local do SUS (BRASIL, 2004b).

Além disso, o ACS é um personagem de grande importância no fortalecimento do SUS, realizando a integração entre a comunidade trabalhada e os serviços básicos de saúde. Em todo o Brasil o número de ACS chega a mais de 200 mil, os quais executam o seu ofício colocando em prática ações de vigilância e promoção em saúde no intuito de melhorar a qualidade de vida da comunidade (BRASIL, 2009b).

A equipe do PSF possui grupos de trabalho onde o ACS, junto ao médico, enfermeiro e um ou dois auxiliares de enfermagem, atuam com propostas a serem desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família (USF), no domicílio e na comunidade. O ACS, em seu cenário de atuação, deve embasar suas atividades nas mais diversas propostas do SUS, dentre elas a reorientação da formação do modelo da atenção básica, discutindo com a sociedade os problemas de saúde, além da promoção da coordenação da comunidade em termos de cidadania e inclusão, transformando assim a sociedade (SILVA; DAMALSO, 2002).

O trabalho do ACS deve ser centrado nas diversas áreas de atenção, seja Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Idoso, Programa Nacional de Imunização (PNI), Programa Saúde na Escola (PSE) etc. Deve atender as necessidades de todas as classes e gêneros, proporcionando assim ações em saúde que possam melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Dentre suas competências, destacam-se: o cadastramento das famílias; as visitas domiciliares, mapeamento da área de atuação, trabalhar com educação em saúde na comunidade; com relação à saúde da criança realiza orientações alimentares, programa bolsa família e saúde bucal; atentar para as questões de violência a criança, mulher e idoso e o combate a doenças transmissíveis por vetores, como dengue e malária (BRASIL, 2009a).

Mediante a compreensão das competências do ACS, é notório que este passa a ser visualizado como um facilitador no processo de interação e acolhimento da equipe com a comunidade assistida, pois fazer parte desta é condição obrigatória, o que facilita o processo de aquisição de confiança e a criação de vínculos. Por todas as ações do ACS serem desenvolvidas no campo da Atenção Primária a Saúde (APS), este profissional deve estar sempre atento ao que acontece com as famílias do seu território, identificando todos os processos que interferem ou poderão vir a interferir na saúde. Para isso é necessário à conversação e o entendimento com as famílias, uma vez que os diferentes aspectos de um problema devem ser cuidadosamente examinados, para encontrar assim as melhores soluções (BRASIL, 2009b).

Complementando a ideia anterior, o ACS deve acima de tudo se identificar com a comunidade, sua cultura, linguagem, costumes, saber que é preciso cuidar dessas pessoas, independente de sua condição financeira, raça ou cor, entendendo que cada indivíduo tem o direito à saúde. É obrigação do agente, lutar pela comunidade, buscar junto dos estados e municípios a defesa dos serviços públicos de saúde, tornando a assistência a essas pessoas de boa qualidade (BRASIL, 2000).

O MS, buscando a preparação desses trabalhadores ressalta que todas as famílias pertencentes ao território do ACS devem ser acompanhadas por meio de visitas domiciliares, sendo assim desenvolvidas ações de educação em saúde, não se restringindo somente ao domicílio e sim nas escolas, creches, asilos, nos diversos espaços da comunidade; prevenção e monitoramento de situações de risco e de doenças prevalentes e acompanhamento e avaliação das condições de saúde (BRASIL, 2000). Dessa forma, um bom trabalho para ser realizado necessita de conhecimento do território; dos problemas da comunidade, além das suas potencialidades; ter iniciativa; buscar o seu aprendizado e capacitação; e agir, acima de tudo, com ética e respeito.

O ACS possui, junto à equipe de saúde, a responsabilidade da consolidação do SUS que depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos e sociais, envolvendo todos os membros da equipe. Consolidação esta que depende do trabalho realizado nas USF'se que muitas vezes acaba não sendo contemplada devido à falta de delimitação das atribuições dos ACS, sobrecarga de trabalho e irregularidade no processo de qualificação profissional destes. Para que esta realidade seja modificada, faz-se necessário uma definição mais clara das atribuições específicas do ACS, além da conscientização por parte da equipe de que o processo de transformação social é lento e precisa de um trabalho conjunto e permanente (TOMAZ, 2002).

Portanto para que o trabalho do ACS se mantenha de boa qualidade é preciso reconhecer o valor desse trabalho, mediante atividades de supervisão e reflexão. A supervisão esta que deve abranger todas as áreas de atuação do ACS e não se restringir a uma área específica, seja nas visitas domiciliares ou nas ações de educação em saúde, sendo necessárias constantes investigações de como está sendo realizado o trabalho do ACS e do que é fundamental para a execução de um trabalho de qualidade (SILVA; DAMALSO, 2002).

Conclui-se, portanto, que o trabalho do ACS é de grande importância, quiçá, indispensável, uma vez que estes profissionais configuram-se como elementos essenciais na promoção do vínculo da comunidade com a equipe de saúde, resultando assim numa maior cobertura da área de atuação da Unidade. A capacitação e qualificação desses trabalhadores se tornam essenciais, pois só assim a comunidade terá uma assistência de qualidade e o ACS à delimitação das suas atribuições.

2.3 A saúde ocupacional do Agente Comunitário de Saúde

O processo saúde-doença representa um conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma determinada população, modificando-se nos diversos momentos históricos e no desenvolvimento científico da humanidade, visando produzir progressivamente melhores níveis de saúde das pessoas e das coletividades, agindo de forma articulada e integralmente nas prevenções primária, secundária e terciária, buscando a redução dos riscos de doença, sequelas e óbito. Junto a isso, surge a saúde ocupacional, devido à necessidade do cuidado a saúde dos trabalhadores, buscando a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (LACAZ, 2000).

A saúde ocupacional é definida pelo MS como a promoção de condições laborais, garantindo qualidade de vida no trabalho e protegendo a saúde dos trabalhadores, provendo bem-estar físico, social e mental, prevenindo assim os acidentes e as doenças a partir da redução das condições de risco (BRASIL, 2004a). Proporciona ainda a qualidade de vida no trabalho que discorre com noções como motivação, saúde-segurança no trabalho, envolvendo discussões mais recentes sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias (SATO, 1999). Conforme Ciborra e Lanzara(1985, p.5) a qualidade de vida no trabalho

é determinada por fatores psicológicos, como grau de criatividade, de autonomia, de flexibilidade de que os trabalhadores podem desfrutar ou, [...] fatores organizativos e políticos, como a quantidade de controle pessoal sobre o posto de trabalho ou a quantidade de poder que os trabalhadores

podem exercitar sobre o ambiente circundante a partir de seu posto de trabalho.

A questão da qualidade de vida, no contexto da saúde, tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais significativo e se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, colocando sua centralidade na capacidade de viver sem doença ou de ultrapassar a dificuldade do estado ou condição de morbidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para contribuir na promoção a saúde, o MS instituiu a Portaria n°. 100 de 2010 que cria o serviço de segurança e saúde do trabalhador, vinculada aos recursos humanos, com determinadas atribuições: criar comissão de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais; levantar e controlar os riscos ocupacionais; criar mecanismos de prevenção de acidente de trabalho; elaborar e implantar programa de promoção de saúde; entre outras (BRASIL, 2010). Com relação ao processo saúde-doença, o perfil dos trabalhadores brasileiros caracteriza-se de três formas: primeiro pela existência dos agravos relacionados às condições de trabalho, segundo pelas doenças que tem sua frequência, surgimento ou gravidade, modificados pelo trabalho e em terceiro as doenças comuns ao conjunto da população, não relacionadas ao trabalho, mas que condicionam a saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2010). Já o perfil profissional dos ACS caracteriza-se por: integração da equipe de saúde com a população local; planejamento e avaliação das ações de saúde; promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população; prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; e prevenção e monitoramento a grupos específicos e a doenças prevalentes (BRASIL, 2004a).

A atividade laboral e o estresse físico/psicológico possuem relações há muito estabelecidas. Os efeitos do estresse no trabalhador merecem destaque, pois suas atribuições os tornam um profissional suscetível na aquisição de algumas doenças, como a responsabilidade de ser o elo entre a equipe e a comunidade e levar a atenção à saúde para a esfera domiciliar (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

Mediante isto, são vários os problemas de saúde relacionados ao trabalho do ACS, entre eles: câncer de pele, relacionado ao trabalho diário em condições de sol forte; distúrbios osteomusculares, relacionados a lesões por esforço repetitivo; estresse ocupacional, relacionado ao fato de serem moradores da comunidade; sobrecarga psíquica, pelo baixo reconhecimento do seu trabalho; dores musculares, relacionadas ao fato de permanecer boa parte do tempo em pé; distúrbios de sono, como insônia, geralmente geradas por situações de

estresse; doenças infecciosas, como dengue e malária, relacionadas ao contato com ambientes e pessoas infectadas durante as visitas domiciliares (BRASIL, 2001).

A elaboração e adoção da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Lista A e Lista B) pelo Ministério da Saúde (Portaria MS N.º 1.339 de 18 de novembro de 1999), em cumprimento do Art. 6º, §3º, inciso VII, da Lei 8.080/90, representa um subsídio valioso para o diagnóstico, tratamento, vigilância e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho e outras providências decorrentes. Na Lista, destinada a uso clínico e epidemiológico, estão relacionadas 198 entidades nosológicas (lista B) e agentes e situações de exposição ocupacional (lista A) codificados segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2001, p. 3).

Além das condições acima mencionadas, os ACS ainda enfrentam grandes desafios em seu cotidiano de trabalho, como precárias condições de higiene e moradias, baixa escolaridade, altas cargas físicas e emocionais etc., o que dificulta o atendimento a população, além das cobranças por parte da equipe de trabalho no que concerne às informações sobre a saúde da população (SIMÕES, 2009). Encontram-se também expostos a diversos riscos ocupacionais, os quais possuem sua origem nas atividades insalubres e perigosas, aquelas cujo método de trabalho, natureza, condições de trabalho e mecanismos de controle sobre os agentes físicos, químicos, mecânicos e biológicos podem provocar efeitos adversos à saúde, sendo os riscos ergonômicos e psicossociais os de maior frequência (MAURO et al., 2004).

Os ACS trabalham sem nenhuma forma de proteção, nem mesmo máscaras, aumentando em seis vezes mais o risco de serem infectados com o vírus da tuberculose do que os próprios domiciliares, pois esse cuidado é uma função própria dos mesmos (MOREIRA; ZANDONADE; MACIEL, 2010). O risco de contaminação por Human Immunodeficiency Virus (HIV) também é real, por não disporem do mínimo de EPI, como luvas, tendo que colocar sacos plásticos nas mãos, e máscaras (MEDEIROS; SOUZA; MACEDO, 2005).

Trindade et al. (2007) identificaram que as cargas de trabalho relatadas pelos ACS se destacaram em: químicas, como a exposição a fumaça e poeiras; físicas, exposição cotidiana aos fatores climáticos (sol, chuva); orgânicas, exposição à bactérias, fungos e parasitas provenientes do contato com os usuários, animais e fossas, situação esta junto com a anterior provenientes das visitas domiciliares que devem ser realizadas; mecânica, decorrente das longas caminhadas, pelo fato da maioria não possuírem meios de transporte para seu deslocamento entre os domicílios; psíquicas, as quais acometem mais os ACS, pela pressão psicológica em estarem sempre em constante observação, dos relacionamentos interpessoais e com as chefias, assim como a falta de oportunidade em realizar novos projetos e organizar o

trabalho, situações agravadas pelo fato de pertencerem a comunidade; e as ergonômicas, o trabalho físico pesado, longos períodos em pé e posições incômodas, como por exemplo, a não delimitação do seu trabalho.

Além do medo de agressões destacados por Nascimento e Correa (2008) por parte das pessoas da família ou contato com animais perigosos e a violência urbana, destacando como carga psíquica a esses trabalhadores.

Os ACS ainda estão expostos diariamente a pressões geradoras de sofrimento, advindas da sua relação com a população como: ser depositário de inúmeras expectativas; a impossibilidade de oferecer soluções para as demandas; sua busca incessante por parte da comunidade e a dificuldade de impor limites à população, sofrimento este que leva o trabalhador a situações de privação de sono, decorrentes assim de momentos de angústia, insatisfação, desmotivação, conseqüentemente gerando problemas de saúde (JARDIM, 2007).

A não delimitação de suas atribuições leva ao excesso de carga horária de trabalho ocasionando situações de estresse, insatisfação, insegurança etc. Além das relações de trabalho deterioradas e a violência ligada às relações de trabalho entre pares, chefias e subordinados (CHEAVEGATTI, 2008). É necessário então o planejamento e elaboração de ações direcionadas à saúde dos ACS, em primeiro lugar a delimitação das suas atribuições diminuindo assim em grande parte os problemas gerados, como o cansaço e o estresse; o planejamento antecipado das ações desenvolvidas pelo mesmo; adequação da estrutura física da unidade bem como a aquisição e orçamento de bicicleta para os ACS, como já foi proposto pelo MS e a aquisição de itens referentes a uniformes e EPI's (CHEAVEGATTI, 2008).

Contudo, o desenvolvimento dessas ações vem enfrentando dificuldade pela falta e incoerência das informações sobre a atual e real situação dos trabalhadores, privando assim a sociedade de importantes ferramentas para a melhoria da qualidade de vida e trabalho (MENDES et al., 2009).

Para a diminuição desses riscos e agravos é preciso a prevençãodesses eventos com informação e educação. O MS também disponibiliza vacinas destinadas a esses trabalhadores como a de tétano e raiva, em caso de acidentes, podendo ser utilizadas e padronizadas de acordo com a necessidade e exposição do trabalhador a determinado risco. A reavaliação das condições de trabalhos do ACS também é essencial, dando suporte material, psíquico e estrutural para o enfrentamento dos problemas gerados pelo trabalho (SIMÕES, 2009).

Determinadas medidas também podem ser adotadas na prevenção de doenças relacionadas ao trabalho dos ACS como: o controle da sua carga horária; pausas durante o expediente para um possível alongamento; adequação do posto de trabalho, adequando

cadeiras, mesas, armários; e atenção a qualquer sinal do organismo, mesmo em caso de pequenas dores (SIMÕES, 2009). O uso de bonés, protetor solar e roupas adequadas durante as visitas domiciliares; evitar os horários de sol forte durante as visitas; evitar contatos diretos e permanentes com pessoas acometidas por doenças infecciosas (dengue, malária), também consistem em importantes medidas preventivas.

Os ACS fazem parte da maior e mais complexa força de trabalho da área da saúde, atuando na expansão da Estratégia Saúde da Família. Por esse motivo, transformar o local de trabalho em um ambiente longe de riscos é tarefa do trabalhador e dos profissionais responsáveis por ele. Essa pesquisa tem justamente o intuito de identificar os riscos a que esses trabalhadores estão sujeitos e as medidas preventivas utilizadas pelos mesmos, para assim desenvolver estratégias de atuação na promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e no tratamento de doenças.

3 Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. De acordo com Gil (2010), o estudo exploratório tem como finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, e também utilizado para realizar um estudo antecipado do principal objetivo da pesquisa que será realizada, ou seja, familiarizar-se com o tema que está sendo investigado, de modo que a pesquisa posterior possa ser concebida com uma compreensão e precisão adequada. O estudo descritivo objetiva descrever as características de uma determinada população, não necessitando de hipóteses de estudo, pois trata-se apenas de uma “fotografia” da situação. Deles surgem as hipóteses que poderão ser analisadas em estudos de maior profundidade.

Minayo (1999) afirma que a abordagem quantitativa é definida por uma população e busca um critério numérico que possibilite gerar e generalizar conceitos teóricos que se pretende testar. Ela transforma em números, opiniões e informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las, associado ao estudo descritivo. Richardson (2008) enfatiza que esta metodologia é executada através do emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no âmbito da ESF do município de Cuité, estado da Paraíba, situada na microrregião do Curimataú Ocidental. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) sua população é de 19.978 habitantes. Possui área territorial de 735,334 km² e fica a 667 metros acima do nível do mar, sobre a Serra do Cuité.

O cenário do estudo foi composto por 05 (cinco) Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde e todas localizadas na zona urbana, são elas: USF Ezequias Venâncio, USF Luiza Dantas de Medeiros, USF Raimunda Domingos, USF Abílio Chacon e USF Diomedes Lucas. Ressalta-se que estas representam a totalidade das USF da zona urbana deste município, havendo ainda mais 04 (quatro) USF na zona rural, mas que não foram contempladas neste estudo.

A escolha das USF's se deu pelas mesmas terem sido campo de estágio da disciplina Estágio Supervisionado I – componente curricular do 9º período do Curso de Bacharelado em

Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, o que facilitou o acesso aos ACS que participaram da pesquisa.

3.3 População e Amostra

A população base do estudo foi constituída por todos os ACS que atuam nas USF's da zona urbana do município de Cuité, equivalendo a um total de 31(trinta e um) ACS. Por entender que a população do estudo apresentava pouca representatividade optou-se por considerá-la como a amostra do estudo, respeitando-se apenas os critérios de inclusão, são eles:

- Concordar em participar livremente da pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).
- Atuar como ACS há 03 anos, no mínimo;

Dessa forma, após considerar os critérios de inclusão, a amostra foi composta por 30 (trinta) participantes, haja vista 01 (um) dos ACS não ter concordado em participar da pesquisa.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a operacionalização da coleta de dados nesta pesquisa o instrumento utilizado foi um questionário (Apêndice B), o qual foi preenchido pelos ACS selecionados para compor a amostra com a co-participação da pesquisadora participante.

O questionário foi elaborado pela pesquisadora participante sendo constituído por duas partes: a primeira relativa à caracterização da amostra enquanto dados sociodemográficos e laborais; e a segunda relacionada aos objetivos propostos para o estudo contendo exclusivamente questões objetivas.

3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2013 e para sua execução anteriormente foi adotada e respeitada a seguinte sequência: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de permissão do secretário municipal de saúde para realização do estudo, com

sua devida assinatura na folha de rosto da pesquisa; 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto. Somente após tais procedimentos, procedeu-se a coleta de dados. Destaca-se ainda que todos os ACS foram inicialmente orientados quanto aos objetivos da pesquisa.

3.6 Análise dos Dados

Após o levantamento das informações, o *software Excel 2010* foi utilizado na construção de um banco de dados a partir das respostas inerentes às questões contidas no questionário de coleta dos dados. Após agrupamento das informações procedeu-se a análise descritiva e quantitativa dos dados, utilizando medidas simples de frequência absoluta e relativa.

Mediante a descrição do processo de análise dos dados, é pertinente destacar que os resultados estão apresentados e descritos em forma de tabelas e figuras, de modo a permitir uma melhor compreensão e análise dos dados obtidos, já que foram fundamentados mediante a literatura pertinente ao tema.

3.7 Aspectos Éticos

Em se tratando de uma pesquisa envolvendo com seres humanos, foram observados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que preconiza no seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, além de destacar em seus princípios éticos (capítulo III, item 1.a.) a necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos que serão pesquisados.

O estudo foi submetido previamente ao CEP e após sua autorização, sob parecer número 258.312 iniciou-se o procedimento de coleta de dados, atendendo as premissas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como pela Resolução nº 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

4 Análise e Discussão dos Resultados

Os resultados apresentados a seguir foram obtidos a partir de dados coletados através da aplicação do instrumento de coleta de dados, permitindo a análise e discussão das respostas apontadas pelos ACS pertencentes às USF's da zona urbana do município de Cuité – PB, participantes do estudo, os quais vivenciam situações de riscos e aquisição de problemas de saúde oriundos do trabalho. O presente capítulo está estruturado em duas etapas diferentes: a primeira relacionada à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes; e a segunda, referente aos problemas de saúde e riscos ocupacionais apresentados pelos sujeitos do estudo.

4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Participaram do estudo 30 (trinta) ACS com tempo de atuação superior a três anos. Os dados sócio-demográficos estão apresentados nas tabelas a seguir, abrangendo cinco variáveis, são elas: faixa etária, gênero, estado civil, escolaridade e renda familiar. No que diz respeito à caracterização profissional, as tabelas subsequentes apresentarão resultados relacionados ao tempo de atuação como ACS, ter residência na microárea de atuação, ter curso de formação de ACS, a carga horária semanal de trabalho, o número de famílias assistidas e o número de visitas domiciliares realizadas por dia.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a faixa etária. Cuité/PB, 2013.

<i>Faixa etária</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
De 20 a 35 anos	11	36,7%
De 36 a 50 anos	13	43,3%
De 51 a 65 anos	6	20,0%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Como pode ser observado na Tabela 1, a faixa etária de maior prevalência está entre 36 a 50 anos, representando 43,3% do total de ACS, seguida de 36,7% na faixa etária de 20 a 35 anos e de apenas 20,0% entre 51 a 65 anos. Acredita-se que esta diminuição significativa do número de ACS na faixa etária de 51 a 65 anos seja oriunda do desgaste físico e emocional caracterizado por esse trabalho, uma vez que Silva e Menezes (2008) afirmam que a exaustão emocional é considerada um fator central do esgotamento profissional, modificando assim o

ritmo de trabalho e estando relacionada a altas demandas e aos conflitos pessoais podendo levar a essas pessoas ao abandono ou saída desse trabalho.

Estudos mostram que os ACS com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, possuir mais vínculos de amizade e formar seus próprios conceitos sobre o processo saúde-doença, adquiridos de experiências próprias ou alheias, o que também pode torná-los mais resistentes a novos conceitos de saúde. Por outro lado, os ACS mais jovens em sua maioria estão mais abertos às mudanças e as novidades (MOURA et al., 2010). Dessa forma, mediante os resultados obtidos percebe-se que o município de Cuité possui ACS em ambas as categorias de gerações, o que reflete em melhores níveis de excelência no trabalho.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo segundo o variável gênero. Cuité/PB, 2013.

<i>Gênero</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Masculino	5	16,7%
Feminino	25	83,3%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Conforme mostra a Tabela 2, a grande maioria(80%) da amostra é do sexo feminino. A predominância de mulheres exercendo a função de ACS é decorrente do fato de nos anos 90 o PSF ter nascido como uma experiência advinda do PACS iniciado no Ceará em 1987, cuja finalidade era criar a profissão de ACS oportunizando um emprego para mulheres na área da seca, além de objetivar a queda da mortalidade infantil, bastando para essa mulher morar na comunidade e saber se comunicar (TOMAZ, 2002).

Conforme a referência anteriormente mencionada, o trabalho do ACS se destaca pela necessidade de conhecer a comunidade, está ligado a sua cultura, costumes e saberes, a identificação de sinais e situações de riscos, a orientação das famílias, ou seja, a construção de elo entre o agente e a comunidade, funções estas que atraem mais mulheres do que homens para esse tipo de trabalho, que muitas vezes aceitam por falta de opção.

A dominação feminina também pode ser explicada, de acordo com Lima e Moura (2005), pela natureza do trabalho onde a confiança na agente termina sendo maior. O foco inicial do PACS no cuidado aos recém-nascidos e a atenção no pré-natal acabou facilitando o estabelecimento de uma relação entre as mulheres e as agentes. O que também se pode levar em consideração, no que concerne aos aspectos históricos, é que o cuidado às pessoas era exercido apenas por mulheres religiosas na Idade Moderna (LINO et al., 2012).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável estado civil. Cuité/PB, 2013.

<i>Estado civil</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Solteiro	7	23,3%
Casado	16	53,3%
Viúvo	0	0%
União consensual	5	16,7%
Divorciado	2	6,7%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Os resultados expostos na Tabela 3 mostram que mais da metade dos participantes da pesquisa são casados, representando 53,3% do total, seguido de 23,3% de solteiros, 16,7% em união consensual, 6,7% divorciado e nenhum viúvo. Ressalta-se ainda que a maior prevalência de pessoas casadas encontra-se na faixa etária de 36 a 50 anos, o que corrobora com os dados do IBGE do ano 2011, os quais evidenciam que as pessoas estão procurando o casamento mais tarde, quando já estão estabilizadas financeiramente.

O fato de a maioria ser de pessoas casadas apresenta-se favorável para o desenvolvimento das atividades, visto que, fazendo parte de uma estrutura familiar e, em sua maioria, mulheres, como foi observado na tabela anterior, tem maior sensibilidade para compreender e lidar com os problemas da comunidade, por serem consideradas "cuidadoras" na comunidade (MOURA et al., 2010).

Tabela 4. Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável escolaridade. Cuité/PB, 2013.

<i>Escolaridade</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ensino fundamental incompleto	0	0%
Ensino fundamental completo	2	6,7%
Ensino médio incompleto	3	10%
Ensino médio completo	25	83,3%
Ensino Superior	0	0%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, 83% dos ACS possuem ensino médio completo, 10% possuem ensino médio incompleto e 6,7% ensino fundamental

completo. Tal resultado diverge da realidade inicial do PACS em 1987, em que os ACS precisavam apenas morar na comunidade e saber se comunicar. Atualmente, com a implantação do PSF, as competências e habilidades do ACS foram aumentando, saindo do foco materno-infantil para uma atenção direcionada à família e a comunidade, passando a exigir um novo perfil no campo social e político, e conseqüentemente a necessidade de graus de escolaridade mais elevados (TOMAZ, 2002).

Segundo Lino et al. (2012) foi a partir do ano de 2006 que passaram a exigir ensino fundamental completo, como também a conclusão de um curso de qualificação básica como requisitos para a atuação como ACS. Como verifica-se na Tabela 4, apenas 6,7% dos participantes desta pesquisa apresentam o ensino fundamental completo, o que permite a compreensão da busca por uma qualificação melhor que a exigida pela Lei nº 11.350 (BRASIL, 2006).

Tabela 5 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável renda familiar, Cuité/PB, 2013.

<i>Renda familiar</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
1 salário vigente do ACS	18	60,0%
De 1 a 2 salários mínimos	7	23,3%
Acima de 3 salários mínimos	5	16,7%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

No que diz respeito a variável renda familiar, a maioria dos participantes (60%) recebem até 01 (um) salário vigente para ACS, 23,3% possuem renda de 1 a 2 salários e apenas 16,7% acima de três salários mínimos. Segundo a Portaria nº 459, de 15 de março de 2012 Art. 1º o Ministro de Estado da Saúde fixou como salário do ACS o valor de R\$ 871,00 (oitocentos e setenta e um reais) a cada mês. Define que, no último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculado com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, multiplicado pelo valor do incentivo fixado (BRASIL, 2012). Nota-se, portanto, que todos os ACS são remunerados conforme preconiza a legislação, mesmo sendo um valor ainda insuficiente para o atendimento às necessidades humanas básicas.

É notório que a baixa remuneração influencia diretamente na falta de motivação para o trabalho, comprometendo assim a sua qualidade. Pupin e Cardoso (2008) em entrevistas com ACS de Ribeirão Preto – SP destacaram a relação da baixa remuneração com a falta de

estímulo para o trabalho. Os ACS revelam a sua satisfação em ajudar as pessoas e ao mesmo tempo a sua preocupação com o futuro, onde muitos tentam possuir uma maior capacitação profissional, mas esbarram na falta de recursos.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável tempo de atuação no PSF. Cuité/PB, 2013.

<i>Tempo de atuação no PSF</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
De 3 a 5 anos	5	16,7%
De 6 a 9 anos	4	13,3%
Acima de 10 anos	21	70,0%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Conforme se visualiza na Tabela 6, a maioria dos participantes (70%) atua no PSF há mais de 10 anos, confirmando os dados anteriores que quanto maior o tempo de atuação maior o vínculo com a comunidade. Tal resultado é visto sob o aspecto positivo, uma vez que dessa forma o objetivo central do trabalho do ACS, ou seja, a construção do elo entre equipe e comunidade, pode ser fortalecido e ampliado, facilitando assim o cuidado e a atenção com essas famílias, contribuindo também para o aperfeiçoamento das demais atribuições desses trabalhadores (TOMAZ, 2002).

A formação do vínculo é uma relação entre profissional e comunidade que enseja uma maior confiança do usuário frente ao profissional e contribui para um melhor acolhimento aos problemas referidos no dia a dia do trabalho como ACS. Além disso, facilita a ligação entre equipe e comunidade e melhora a compreensão e a execução, pelos usuários, das informações repassadas. A formação do vínculo entre a equipe do PSF e a comunidade garante laços de confiança no trabalho dos profissionais. A concepção do que seja vínculo faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Para que se obtenha esse vínculo os ACS utilizam de estratégias, como formação de grupos para educação em saúde e reuniões com a população, além de utilizarem o acolhimento, como um momento de aproximação com o usuário (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Galavoteet al. (2011) afirmam existir um olhar limitado do ACS sobre o que seja acolhimento uma vez que estes colocam o ato de acolher como função exclusiva dos profissionais que trabalham na recepção, entendendo os entraves como reflexo da não

adequação do trabalho do ACS como lógica proposta pela temática do acolhimento, ou seja, acolher o usuário e seu problema e tentar resolvê-los.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável residência na microárea. Cuité/PB, 2013.

<i>Residência na microárea de atuação</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Sim	25	83,3%
Não	5	16,7%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Como mostra a Lei nº 11.350(BRASIL, 2006) em seu Art. 6º, o ACS deve residir na área de atuação, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público, além de ter concluído o ensino fundamental e haver concluído o curso introdutório. Comparando esta informação ao que mostra a Tabela 7, 83,3% dos entrevistados moram na microárea em que atua e os demais 16,7% não, o que não significa não estar seguindo a lei. Antes os ACS só poderiam residir na microárea em que moravam, atualmente ele pode morar na área de abrangência de toda a USF, seja ela urbana ou rural e, por no mínimo, dois anos.

A exigência do ACS morar na área de abrangência da Unidade em que atua proporciona a possibilidade de conviver com a realidade e necessidade da comunidade assistida, conhecendo profundamente essas pessoas e sendo um representante, o que aumenta cada vez mais o vínculo com a equipe de saúde da família (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Tabela 8 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável Curso de formação de ACS. Cuité/PB, 2013.

<i>Curso de formação de ACS</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Sim	27	90,0%
Não	3	10,0%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Como mostra a Tabela 8, 90% dos ACS possuem o curso de formação e 10% não possuem, justificado por estes pelo tempo de trabalho entre 3 e 5 anos, o que ainda não lhes deu a oportunidade de capacitação. Tal resultado contradiz o que reza a Lei nº 11.350 ao relatar que o ACS deve haver concluído, com aproveitamento, o curso introdutório de

formação inicial e continuada a ser promovido pela própria equipe de saúde da família. É importante destacar que alguns dos participantes com mais de 10 anos de trabalho relatam que só tiveram uma semana de capacitação quando deram início aos trabalhos, o que remete à necessidade de uma capacitação contínua para estes profissionais.

A capacitação contínua dos profissionais é essencial na busca por condições melhores de trabalho bem como para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do dia a dia do serviço, haja vista a necessidade do trabalho em grupo e na melhora do contato com o usuário em seu domicílio (COTTA et al., 2006).

Como já foi discutido anteriormente, a legislação determina que os ACS possuam o ensino fundamental completo e passem por qualificação profissional. Para efetivar essa qualificação, o MS sugeriu que fosse traçado um itinerário de formação do ACS até que ele atinja o nível técnico, o que por sua vez exigirá dos mesmos o ensino médio, além da qualificação profissional. Tal processo se divide em três etapas: a primeira, em que os ACS são inseridos independente de escolaridade, sendo o curso de capacitação obrigatório; a segunda, em que é exigido o ensino fundamental e o curso de capacitação; e a terceira, onde serão exigidas todas as fases anteriores e o ensino médio. O curso fica sob a responsabilidade das Escolas Técnicas e pelos Centros Formadores do SUS, atuando na construção do processo formativo e com apoio financeiro do MS (CERQUEIRA et al., 2009).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável carga horária. Cuité/PB, 2013.

<i>Carga horária</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
40 horas	30	100,0%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Segundo o MS (BRASIL, 2012) é obrigatório o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor. Para os profissionais das equipes de Saúde da Família deve ser observada a sua lotação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), já que os médicos, por exemplo, podem atuar com carga horária diferenciada. Para os profissionais que forem incorporados à equipe mínima não haverá padronização de carga horária, o que não é o caso do ACS.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável número de famílias assistidas. Cuité/PB, 2013.

<i>Número de famílias assistidas</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
De 50 – 100	4	13,3%
De 101 – 150	6	20,0%
De 151 – 200	19	63,4%
De 201 – 250	1	3,3%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Levando em consideração os 30 (trinta) ACS que participaram da pesquisa, constatou-se, conforme a Tabela 10, que 63,4% assistem entre 151 e 200 famílias, seguindo com 20,0% com número de famílias entre 101 a 150, 13,3% entre 50 a 100 famílias (porcentagem esta correspondente aos ACS que trabalham na zona rural coberta por uma USF da zona urbana), e apenas 1 participante com o número de famílias entre 201 e 250.

De acordo com o MS (2012), a população assistida por um ACS não deve ultrapassar 750 pessoas, o que corresponde a um número de 150 famílias cadastradas na sua microárea. A pesquisarevela, dessa forma, que a maioria dos participantes possui número de famílias superior ao que é preconizado. Seguindo o pensamento de Espínola e Costa (2006), esse quantitativo elevado de famílias a serem assistidas pelo ACS pode acarretar na diminuição da produção de atividades, como orientações sobre a prevenção de doenças, sobre o funcionamento das unidades, o uso das medicações, registro de famílias e a sua situação de doença, verificar o cartão de vacina, entre outras (Brasil, 2012).

Tabela 11 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável número de visitas domiciliares por dia. Cuité/PB, 2013.

<i>Número de visitas domiciliares por dia</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
De 05 – 10	16	53,3%
De 11 – 15	14	46,7%
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

A visita domiciliar é uma das principais atividades realizadas pelo ACS, pois é através desse trabalho que o agente passa a conhecer melhor as necessidades das famílias, aumentando o elo entre equipe e comunidade. Os ACS entrevistados do município de Cuité-PB realizam em sua maioria (53,3%) de 05 a 10 visitas domiciliares por dia, o que não fica

tão distante dos 46,7% que fazem de 11 a 15 visitas diárias, que conseqüentemente são àqueles que possuem maior número de famílias a serem assistidas. O MS preconiza no mínimo oito visitas diárias, determinação esta acatada pela maioria dos agentes, com exceção de três agentes que fazem a cobertura na zona rural justificando o número menor.

Embora a visita domiciliar não seja privativa dos agentes, possui um grande significado para a profissão, pois ocupa quase que integralmente a sua jornada de trabalho. (SILVA; SANTOS, 2005).

4.2 Dados relacionados aos problemas de saúde, riscos ocupacionais e medidas preventivas

Para a análise dos problemas de saúde, dos riscos ocupacionais e das medidas preventivas, variáveis inerentes aos objetivos propostos neste estudo, foram construídos dois gráficos e uma tabela, possibilitando uma melhor compreensão dos resultados obtidos. No que diz respeito aos problemas de saúde apresentados pelos ACS, os resultados podem ser verificados na Tabela 12.

Tabela 12 -Problemas de saúde apresentados pelos ACS. Cuité/PB, 2013.

Problemas de saúde	Sem relação com o trabalho		Provocado pelo trabalho		Agravado pelo trabalho	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Dermatite solar	1	3,3	19	63,4	1	3,3
Dor lombar	2	6,7	14	46,7	3	10
Dor nos MMII	1	3,3	14	46,7	2	6,7
Estresse	2	6,7	14	46,7	2	6,7
Dores musculares	2	6,7	14	46,7	1	3,3
Cefaleia e enxaqueca	2	6,7	10	33,3	1	3,3
Irritação ocular	2	6,7	9	30	-	-
Transtorno do sono	-	-	6	20	-	-
Edema nos MMII	-	-	6	20	-	-
Artrose nos joelhos	-	-	6	20	-	-
Gastrite	2	6,7	4	13,3	2	6,7
Acuidade auditiva diminuída	1	6,7	3	10	1	3,3
Hipertensão arterial	2	6,7	3	10	-	-
Doença de pele	1	3,3	2	6,7	-	-
Infecção respiratória	1	3,3	2	6,7	-	-
Intoxicação por poeira	1	3,3	2	6,7	-	-
Lesões por esforço repetitivo	1	3,3	2	6,7	-	-
Episódios depressivos	1	3,3	2	6,7	-	-
Problemas endócrinos	2	6,7	1	3,3	-	-
Parasitoses	-	-	2	6,7	-	-
Problemas Cardiocirculatórios	-	-	1	3,3	-	-
Intoxicação por fumaça	1	3,3	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Como se observa na Tabela 12, a maioria dos problemas de saúde apresentados pelos ACS de é provocada pelo trabalho. O agravamento à saúde mais referido pelos participantes foi a dermatite solar, com 63,4% de ocorrência, ou seja, mais da metade dos entrevistados declararam possuir esse problema em virtude da exposição solar constante durante a realização das visitas domiciliares. Tal situação poderia ser amenizada se houvesse o uso de protetor solar, roupas adequadas e acessórios como óculos e viseira. Para isso seria necessário que a gestão municipal disponibilizasse regularmente tais insumos e que os profissionais compreendessem a importância dessas medidas preventivas, que muitas vezes são esquecidas.

A dermatite solar apresenta sintomas como intenso rubor, seguido pelo aparecimento de pequenas bolhas cheias de líquido em áreas que tenham sido expostas à luz solar, podendo evoluir para complicações como febre alta, cefaleia e vômito. A prevenção da dermatite solar nesses trabalhadores se dá com o uso diário do protetor solar, roupas que cobrem todo o corpo, óculos e boné, além de evitar ao máximo a realização de visitas em horários de sol forte como das 10 às 15 horas. Tais atos preventivos são essenciais para evitar o desenvolvimento de problemas de saúde mais graves como o câncer de pele.

Segundo Alchorne, Alchorne e Silva (2010), os jovens são os mais acometidos por dermatoses ocupacionais em decorrência da falta de experiência no trabalho. Afirmam também que a sua diminuição advém do treinamento profissional e que sua ocorrência é mais rara em negros e mais comuns no gênero masculino. Para os autores a dermatite ocupacional é comum em profissionais da saúde e que o tipo de dermatose varia conforme a categoria profissional. Como prevenção, os profissionais devem adotar medidas coletivas de prevenção e orientação a esses trabalhadores, pois a aquisição desse problema prejudica a saúde e o trabalho do profissional.

Os quatro problemas de saúde provocados pelo trabalho que mais prevaleceram depois da dermatite solar foram: dor lombar, dor nos membros inferiores (MMII), dores musculares e o estresse, todos com 46,7%. É oportuno destacar que todos esses agravos são decorrentes da necessidade de caminhadas excessivas para conseguir realizar todas as visitas diárias e assegurar o atendimento a total demanda da USF, o que se configura como risco ocupacional.

O simples fato dos ACS necessitarem andar excessivamente na realização do seu trabalho pode ocasionar lesões músculo-esqueléticas que são as causas mais frequentes de síndromes dolorosas crônicas. Segundo Issy e Sakata (2010), as doenças relacionadas aos tendões, músculos, articulações e seus ligamentos são as causas mais frequentes de dor, a qual pode ser de origem traumática, inflamatória, isquêmica, além da sobrecarga funcional. O

perfil comportamental e psíquico, o gênero, as condições de estresse no trabalho e familiar são alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência e agravamento da dor.

Pode-se considerar ainda que o estresse também esteja relacionado à carga horária excessiva de trabalho, falta de materiais e equipamentos necessários, falta de incentivo financeiro, desvalorização do trabalho e relações interpessoais conflituosas. Trindade (2007) confirma este entendimento ao afirmar que o estresse é resultado da falta de recursos institucionais e individuais para enfrentar as demandas da profissão e que a associação desses fatores somados com a agitação da vida cotidiana e as exigências do trabalho desencadeiam-no.

A elevada prevalência de estresse ainda pode ser explicada pelo tempo de atuação dos participantes como ACS, uma vez que 70% destes possuem mais de 10 anos de trabalho. Silva e Menezes (2008) reforçam esta assertiva ao mencionarem que a exaustão emocional é considerada um fator central do esgotamento profissional, associada às excessivas demandas e conflitos pessoais, predominando em pessoas com maior escolaridade, o que se relaciona com o fato da maioria dos participantes possuírem ensino médio completo.

Castro et al. (2009) compreendem o estresse como uma forma de reação do organismo a mudanças ocorridas no mundo, afetando direta ou indiretamente os seres que habitam uma comunidade. Em sua pesquisa foi constatado que a maioria dos casos de estresse relacionados ao trabalho está associado ao gerenciamento do trabalho e a necessidade de ter poder e autoridade sobre o trabalho.

De acordo com Simões (2009), toda a sustentabilidade do SUS foi conseguida através da criação do PACS e consolidada com o PSF, tendo sua base alicerçada na figura do ACS, que reorienta o modelo de atenção básica. O ACS é responsável pela ligação entre equipe e USF, facilitador do acesso dos usuários ao serviço de saúde, além das inúmeras atividades realizadas por ele, como visitas domiciliares, cadastramento de famílias, ações de promoção a saúde, entre outras. Durante todas essas atividades, o ACS lida com conflitos de família, com entraves burocráticos que atrapalham o relacionamento com a comunidade, com a falta de higiene e moradia de muitos usuários, cobranças excessivas, desvios de funções, etc., situações essas que acarretam sofrimento no trabalho e estresse, além de outros fatores geradores de estresse como baixa remuneração salarial, falta de estrutura física e de materiais para a realização do trabalho, falta de apoio da equipe, entre outros. Faz-se necessário, portanto, reavaliar as condições de trabalho dos ACS, dando suporte material e psíquico e criando estratégias para o enfrentamento desses problemas.

A cefaleia/enxaqueca e a irritação ocular foram citados com porcentagem de 33,3 % e 30% respectivamente, tanto como um problema de saúde provocado pelo trabalho, como também sem relação com o trabalho e no caso da cefaleia/enxaqueca também agravada pelo trabalho. Segundo Pinto et al. (sd), a cefaléia é uma condição prevalente, incapacitante, algumas vezes sem diagnóstico e tratamento adequado que afeta mais mulheres e são responsáveis por 9% das consultas por problemas agudos em atenção primária e em boa parte desses pacientes ocorre a prevalência de enxaqueca. A enxaqueca é desencadeada por vários fatores, de ordem extrínseca e intrínseca, devido ao indivíduo ter limiar baixo a certas exposições como, por exemplo, a exposição solar diária pelos ACS (PAHIM; MENEZES; LIMA, 2006).

A irritação ocular foi outro problema de saúde identificado nos ACS. Balogh et al. (2011) afirmam que o uso de óculos escuro é essencial para a exposição prolongada ao sol, prevenindo os diversos danos oculares provocados pela radiação ultravioleta, como cataratas, fotoconjuntivites e perda da visão.

Outros problemas de saúde também provocados pelo trabalho identificado em quantidade significativa de participantes foram: transtorno do sono (20,0%), que também possui relação direta com o nível de estresse, uma vez que o convívio direto com cobranças excessivas da população e a falta de recursos para resolver os problemas geram esse transtorno, o edema nos MMII (20,0%) e artrose nos joelhos (20,0%) também ligados às caminhadas excessivas para a realização das visitas, assim como pela irregularidade das ruas e calçadas. Alguns participantes, inclusive, relataram que após o dia de trabalho não conseguem colocar os pés no chão, de dor e inchaço.

O distúrbio do sono referido por alguns dos entrevistados possui a sua relação com o trabalho cansativo do ACS e as suas preocupações diárias com a comunidade. A exaustão física e emocional somada com o estresse também gera a ocorrência desse distúrbio. A insônia referida por alguns dos ACS é a queixa mais comum nos adultos, podendo ainda ser sintomas de outras doenças como depressão ou um transtorno primários do sono e estando associada a sintomas diversos como dificuldade de concentração e memorização, alterações no humor e estresse. Sua característica fundamental é a manutenção de um sono de má qualidade, sintomas diurnos de fadiga, baixo rendimento no trabalho, que contribuem para o comprometimento do bem-estar físico e mental (HASAN et al.,2009).

Cheavegatti (2008), em entrevistas com ACS da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste do município de São Paulo, identificou que o perfil de cargas fisiológicas (esforço físico e mental) e mecânicas (irregularidade nos meios de trabalho) encontra-se interligados,

pelo fato das cargas mecânicas serem decorrentes da manutenção dos meios de produção (calçadas e ruas irregulares) e as fisiológicas decorrentes da maneira como se realiza a atividade ocupacional. Quando o ACS é submetido a situações de esforço físico somado as condições de ruas e calçadas onde realiza o seu trabalho, isso reflete no desenvolvimento de problemas de saúde como dor lombar, fadiga e queixas osteoarticulares, assim como foi encontrado nesta pesquisa.

De acordo com a presente pesquisa houve a ocorrência de problemas de saúde sem relação com o trabalho, onde os mais prevalentes foram: dor lombar, gastrite, problemas endócrinos, hipertensão arterial, irritação ocular, cefaleia/enxaqueca, estresse e dores musculares, todas com 6,7%, justificados pela existência anterior ou após o trabalho ou não percebida a relação com o trabalho pelos entrevistados. Por outro lado, a dor lombar (10%), o estresse (6,7%), a dor nos MMII (6,7%) e a gastrite (6,7%) foram alguns dos problemas de saúde citados pelos participantes como sendo agravados pelo trabalho, ou seja, pré-existentes ao trabalho como ACS. Esse dado confirma mais uma vez o desgaste físico e emocional oriundo dessa profissão, enfatizando assim a importância de estratégias preventivas que amenizem esse agravamento à saúde.

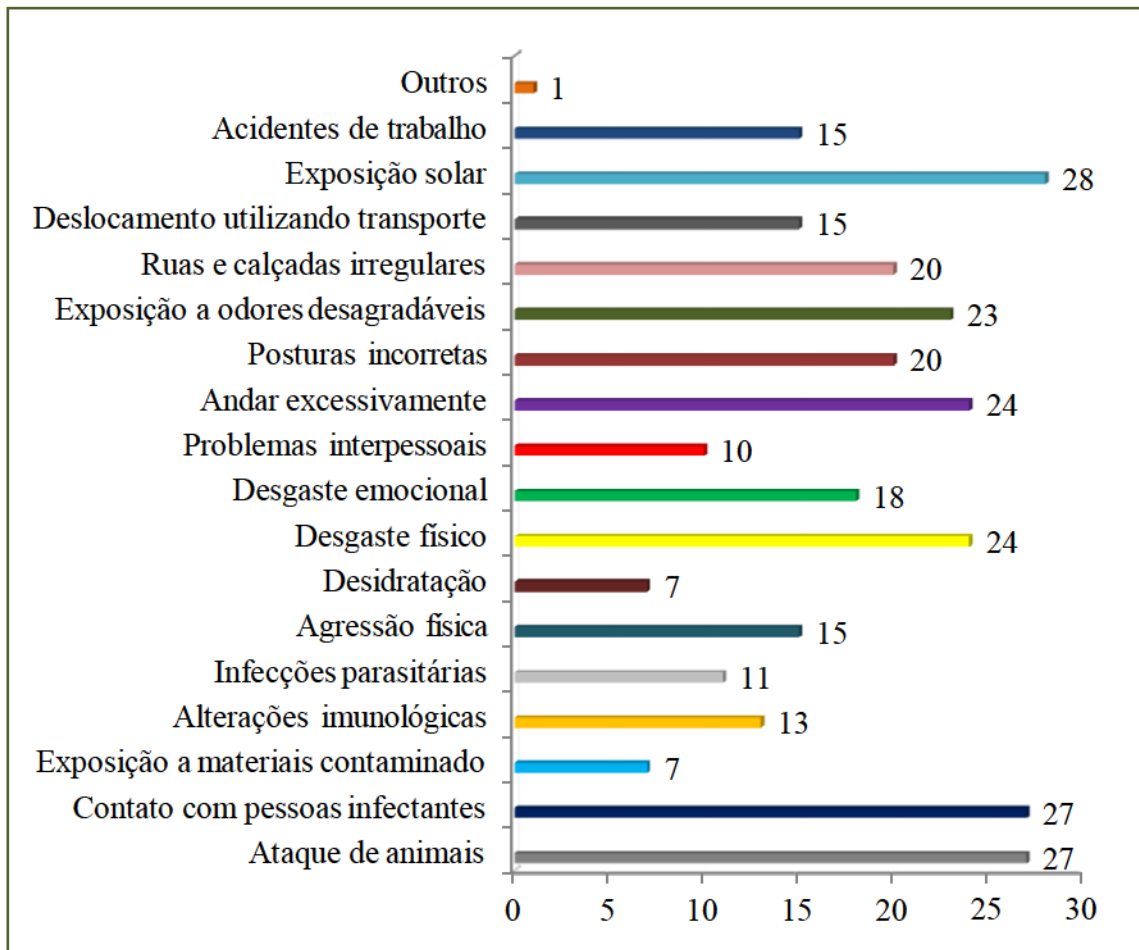
Existiam na tabela outros problemas de saúde, mas que não foram mencionados pelos ACS como: Síndrome de *Burnout*, anemias, câncer e alcoolismo crônico. Tanto a Síndrome de *Burnout* quanto o alcoolismo Crônico são oriundos de trabalhos que exigem carga horária excessiva de trabalho, tornando o ACS profissional susceptível a sua aquisição. Isso mostra o resultado positivo da pesquisa, pois se observa que mesmo com a falta de recurso, o desgaste físico e emocional, os problemas de saúde e os riscos ocupacionais oriundos desse trabalho, os participantes se encontram longe dos graves problemas de saúde citados anteriormente.

Para Carlotto e Palazzo (2006), a Síndrome de *Burnout* é um fenômeno psicossocial relacionado com a situação laboral do trabalhador, onde o mesmo busca constituir-se como sujeito através do seu trabalho não se realizando de forma individual, mas se materializando num espaço social.

O alcoolismo segundo Barros et al. (2009) constitui-se em uma das maiores causas no envolvimento com acidentes de trabalho, além de prejudicar o desempenho profissional, levando-o a baixa produtividade, incapacidade de assumir a responsabilidade por determinadas tarefas, trabalho mal realizado, excesso de acúmulo de funções, insatisfação, desmotivação, entre outras. O consumo de álcool muitas vezes é considerado uma defesa no combate a outros sofrimentos, ou seja, como uma estratégia de defesa no trabalho, pois quando o

trabalhador não possui defesas mentais suficientes, ele se utiliza de um modo mais simples como a bebida alcoólica.

Gráfico 1 - Exposição de ACS a riscos ocupacionais. Cuité/PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

No que diz respeito à exposição dos ACS aos riscos ocupacionais, verifica-se no Gráfico 1, a prevalência destes conforme as respostas mencionadas. O risco ocupacional mais citado foi a exposição solar, referida por 28 (93,3%) de um total de 30 participantes, fato este totalmente coerente quando se compara com a maior prevalência de dermatite solar entre os problemas de saúde. Com base nessas considerações é nítido o benefício e a necessidade do uso de protetor solar, óculos escuros, boné e roupas que permitam a cobertura total do corpo. Todos esses itens são indiscutivelmente essenciais cotidianamente, pois, por mais que haja a aplicação constante de protetor solar, este sozinho não é suficiente para evitar os problemas decorrentes da exposição solar que também pode levar a outro risco que é a desidratação, citada por 7 dos agentes entrevistados, além do câncer de pele.

Foi possível constatar através da pesquisa que 100% dos entrevistados realizam as visitas, inclusive, em horários críticos, entre 10 da manhã e 15 da tarde, não sendo possível evitar pela carga horária de 8 horas diárias com intervalo de 2 horas para o almoço. Essa exposição solar também leva a ocorrência de outros problemas de saúde como o estresse, irritação ocular, cefaleia, enxaqueca, entre outros.

Lima et al.(2010) em um questionário aplicado com sete ACS do município de Ribeirão das Neves identificaram que todos os entrevistados exerciam suas atividades nos horários de sol intenso, fato considerado por estes como estressor do trabalho, por terem que caminhar bastante tempo sob o sol, problema que se agrava em regiões mais quentes com temperaturas elevadas, situação agravada pela época de seca que também atinge o município de Cuité e apesar de tudo isso sua atividade ainda não é considerada insalubre.

O Gráfico 1 também expõe que 27 agentes afirmaram contato com pessoas infectantes e ataques de animais como riscos ocupacionais. Segundo relatos, o contato com pessoas infectantes é inevitável por não ter como deixar de visitar algum membro da família doente e precisando de acompanhamento por apresentar alguma doença infecciosa como a tuberculose, o que é comum no trabalho do ACS. Destarte, o risco de contaminação não é totalmente considerável pelo fato dos profissionais não precisarem entrar em contato diretamente com o indivíduo doente.

O risco de ataque de animais é constante, pois em boa parte das casas visitadas tem cachorro ou outro tipo de animal que por instinto de defesa podem atacar o ACS caso a família não interfira. Santos (2010) destaca o ataque de animais como carga psíquica, pois está relacionado como trabalho perigoso pelo medo de ser atacado.

Andar excessivamente e o desgaste físico foram citados por 24 dos agentes, um número considerável quando se considera a ligação direta entre esses dois riscos, haja vista a obrigatoriedade de ter que andar excessivamente para realizar as visitas. Os 06 entrevistados que não mencionaram tais riscos afirmaram possuir algum meio de transporte que facilita os deslocamentos. A necessidade de andar excessivamente gera, a médio ou longo prazo, muitos problemas de saúde citados anteriormente como: artrose nos joelhos, edema nos MMII, dor nos MMII, estresse, dores musculares, entre muitos outros problemas.

O desgaste físico é muitas vezes inevitável no trabalho como ACS, pois andar excessivamente, ter que copiar muitas coisas referentes ao trabalho, usar muito a voz, são fatores que somados contribuem para esse desgaste. A exposição contínua a sol forte, principalmente na época de seca, a desvalorização do trabalho, as caminhadas em ruas e

calçadas irregulares, a falta de material para o trabalho e a exposição a odores desagradáveis, quando associados ou não geram desgaste físico (TRINDADE et al., 2007).

A exposição a odores desagradáveis também apresentou um número considerável, sendo referida por 23 participantes, muitos dos quais trabalham em áreas extremamente carentes, sem saneamento básico e cujos moradores não apresentam condições satisfatórias de higiene, seja corporal, seja do ambiente residencial, podendo ser citada com propriedade a área territorial próxima a um lixão a céu aberto da cidade, o que contribui para a exposição a esses odores. Trindade et al. (2007), consideram a exposição a odores desagradáveis como carga física, provenientes de esgoto, de animais domésticos e do lixo, como já havia sido referido anteriormente.

Ruas e calçadas irregulares e posturas incorretas foram marcadas por 20 dos entrevistados. Como a maioria dos participantes não possui meio de transporte, acabam tendo que caminhar em meio a buracos, ruas sem pavimentação, calçadas altas e baixas, problemas esses enfrentados por quem também possui transporte como a bicicleta. As posturas incorretas como sentar em lugares inadequados e escrever sem ter um apoio adequado também contribuem para o adoecimento.

Trindade (2007) afirma que as pressões ligadas ao cotidiano de trabalho têm por alvo principal o corpo do trabalhador ocasionando desgaste e doenças somáticas que além do desgaste físico acarreta sofrimento psíquico, pois todo o indivíduo é portador de projetos e desejos. Segundo o autor o desgaste emocional advém da insatisfação e do desânimo no trabalho somado com o estado de cansaço e fadiga do trabalhador, além do fato de pertencerem à comunidade, visitar parentes, vizinhos e até mesmo pessoas com quem tem atritos pessoais. O trabalho monótono do agente de saúde, a falta de liberdade para realizar novos projetos e a constante tentativa de organização do seu trabalho também aumentam a carga psíquica do profissional. Tais assertivas confirmam os resultados da pesquisa onde 18 dos agentes referiram o desgaste emocional como risco ocupacional.

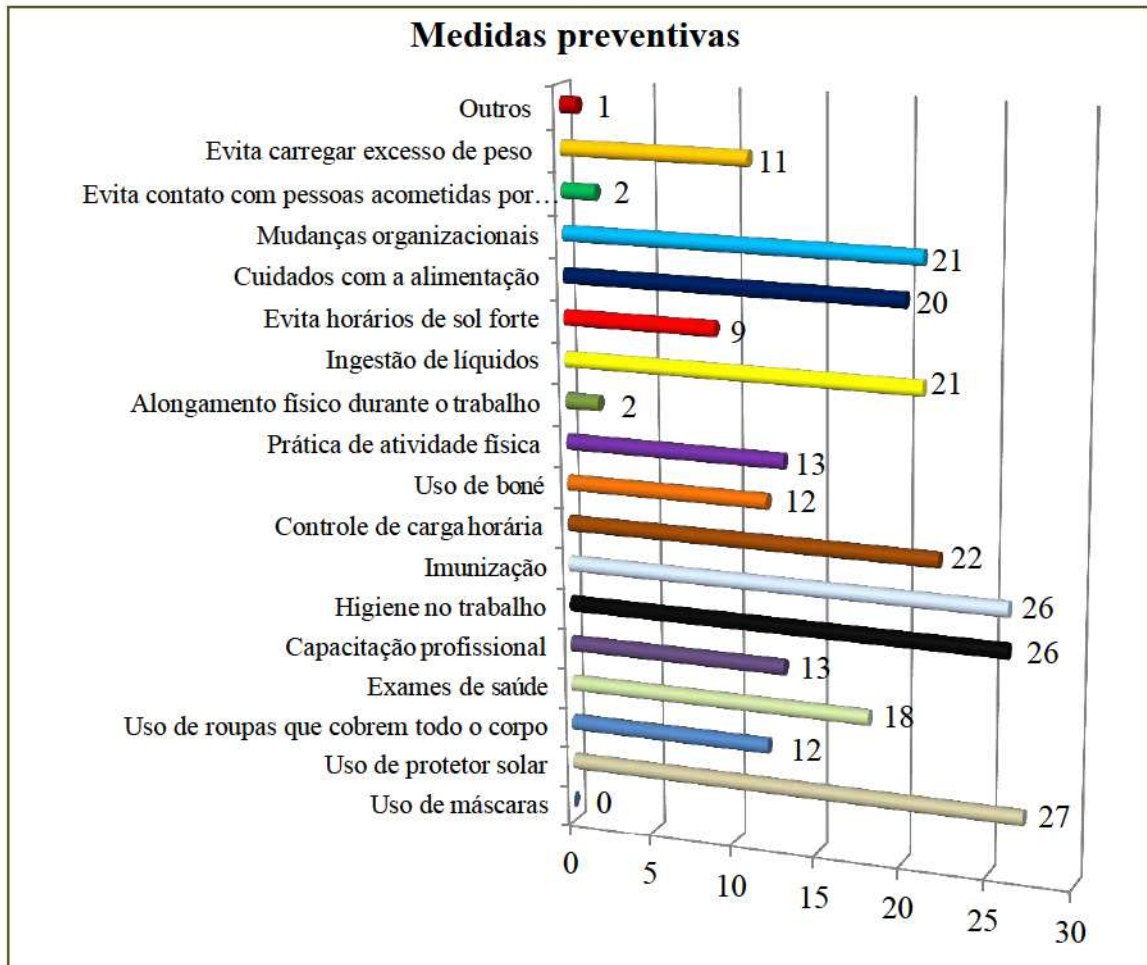
Metade dos ACS considerou agressão física, acidentes utilizando transporte e acidentes de trabalho como riscos ocupacionais. Os dois últimos estão associados principalmente aos que utilizam bicicleta, carro ou moto como meio de transporte para o trabalho, pois ruas irregulares, com buracos ou até mesmo a insegurança no trânsito favorecem o risco de acidentes, inclusive os de trabalho. Como o trabalho do agente está intimamente ligado com o contato e a interação com a comunidade, a necessidade de criação de um elo para alcançar a confiança da comunidade pode, muitas vezes, resultar no risco da agressão física, seja por algum membro da família que ache desnecessário e inconveniente o

trabalho do ACS, seja pela existência de usuários com transtornos mentais em fase de agressividade. Salienta-se que a agressão verbal também foi referida pelos agentes.

Outros riscos ocupacionais citados também pelos participantes da pesquisa foram: problemas interpessoais (10), desidratação (7), infecções parasitárias (11), alterações imunológicas (13) e exposição a materiais contaminados (7). Segundo Way (2007), a relação interpessoal dos agentes com os usuários é destacada sobre dois fatores de sobrecarga, a primeirarelativaaao desrespeito do usuário com relação aos horários de trabalho do ACS, mesmo com orientações, os quais chegam em horário inoportuno nas casas dos mesmos, destacando a dificuldade desses trabalhadores em colocar limites. A segunda refere-se ao fato de muitos da comunidade utilizar a Unidade de Saúde da Família como um Posto ou Centro de Saúde, não percebendo sua mudança de curativista para preventiva.

Isso é demonstrado quando os usuários muitas vezes não recebem os ACS em casa, quando não participam das atividades da USF ou quando há resistência e a interferência dos usuários em aceitar as orientações ditas pelos ACS, o que dificulta o trabalho dos ACS e a criação de vínculo com os mesmos. Em sua pesquisa a autora também identifica os problemas interpessoais com a equipe como a dificuldade nas reuniões, na determinação de prioridades para a equipe e quando a equipe prioriza outras ações contrárias as dos ACS, sentindo-se excluído e indiferente.

Gráfico 2 - Medidas preventivas tomadas para minimizar os riscos do adoecimento. Cuité/PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Como pode ser observado no Gráfico 2, 27 (90%) participantes indicaram o uso de protetor solar, sendo esta a medida preventiva mais lembrada. A importância do uso de protetor solar já foi anteriormente descrita quando se enfatizou que evita a exposição excessiva aos raios ultravioletas e protege a pele, órgão externo e de grande importância, dos problemas como câncer, dermatite solar, queimaduras, entre outros. Vários Projetos de Lei já foram elaborados tentando responsabilizar o SUS pela distribuição de protetor solar, mas nunca chegaram a ser aprovados. Essa seria uma vitória para esta classe de trabalhadores que estão expostos constantemente a sol forte. A maioria dos ACS pesquisados reclama que recebe protetor solar poucas vezes ao ano, o que deveria ser no mínimo um repasse mensal. Para o uso rotineiro do protetor solar, os próprios ACS custeiam a compra.

Duas outras medidas preventivas também obtiveram destaque, a imunização e a higiene no trabalho, mencionadas por 26 participantes cada. Manter a vacinação atualizada é

de suma importância no trabalho do ACS, pois diariamente estão expostos a diversas doenças infectocontagiosas necessitando de um programa vacinal ampliado. Segundo Rezende et al. (2002), a decisão de quais vacinas incluir no programa de imunização leva em consideração a probabilidade de exposição do trabalhador bem como as consequências da não imunização e o tipo de trabalho realizado pelo profissional. Afirmam que o uso adequado das vacinas reduz a incidência do afastamento do trabalho desnecessário, uma vez que o programa vacinal dos funcionários promove a diminuição do absenteísmo e o aumento da produtividade, ficando satisfeitos empregado e empregador.

Com relação à higiene no trabalho, Pereira (2006) afirma ser uma medida preventiva no sentido de evitar que os trabalhadores se ausentem do trabalho por doenças profissionais, buscando reduzir os efeitos que prejudicam o trabalho e prevenindo doenças e lesões, mantendo assim a saúde dos trabalhadores para uma maior produtividade.

Seguindo a ordem decrescente do número de respostas dos participantes, 22 afirmaram que tentam controlar a carga horária de trabalho que são de 8 horas diárias e 40 horas semanais como medida preventiva de doenças ocupacionais. Os demais agentes relataram ser impossível o controle da carga horária, pois o fato de residir no território do ambiente de trabalho facilita o acesso dos usuários e interfere nos horários de descanso. Por outro lado, algumas vezes os ACS precisam realizar visitas em seus horários de descanso haja vista a compatibilidade de seus horários de trabalho com os dos usuários.

Com o número de visitas diárias e a quantidade de tempo em exposição solar é de grande importância a ingestão de líquidos, o cuidado com a alimentação e as mudanças organizacionais, que também foram citados respectivamente por 21%, 20% e 21% dos participantes. A exposição solar diária nas visitas e esse período de seca os obrigam sempre a ingerir muito líquido e ter um cuidado especial com a alimentação, pois o excesso de peso atrapalha aos que não possuem meio de transporte para realizar as visitas e precisam andar muito. O correto seria ter sempre água potável disponível, porém muitos participantes revelam não andar com água pelo fato de ficar quente e de não tomar água em alguns domicílios por questões de higiene, o que pode ocasionar desidratação. Muitos também revelam fazer exames de saúde rotineiramente objetivando sempre se manter saudável para o trabalho.

O uso de roupas que favorecem a cobertura total do corpo e o uso de boné também são medidas importantes, mas que só foram citados por menos da metade dos agentes (12), e quando questionados o motivo de não usar alguns responderam que o município não disponibiliza, outros por preferência individual. Infelizmente, muitas vezes os ACS não

usam por não saber da sua real importância e o que a exposição solar ocasiona sem essa proteção, mesmo com o uso de protetor solar. Os agentes relataram que sempre reforçam a gestão a necessidade da distribuição de calçados adequados, blusas de mangas compridas, calça, boné e protetor solar, materiais estes que ajudariam bastante na sua proteção. Segundo o Guia Prático de Proteção no Trabalho (2001), todo risco de acidente ocupacional pode ser evitado com o uso de medidas e tecnologias de proteção coletiva ou neutralizados com o uso de EPI (óculos, máscaras, roupas especiais) e que todos devem ser fornecidos pelo empregador.

Tentar evitar o excesso de peso, o contato com pessoas acometidas por infecção e horários de sol forte são medidas preventivas tomadas pela minoria dos agentes, 11%, 2% e 9% respectivamente. Segundo os participantes são situações que não podem ser evitadas. Para a maioria é quase impossível evitar horários de sol forte, tanto pela carga horária de 8 horas de diárias, quanto pela desvalorização profissional que obriga boa parte a buscar outra renda familiar. O contato com pessoas acometidas por infecção também é muito difícil no trabalho como agente, uma vez que não se pode deixar de realizar a visita a algum morador da área por ser acometido de determinada doença infectante, como no caso tuberculose, que na maioria dos casos quem acompanha todo o tratamento e o uso da medicação é o agente de saúde. Por este e outros motivos é necessária a manutenção atualizada da imunização, assim como o uso obrigatório de máscara, que segundo a pesquisa não é medida preventiva tomada usada por nenhum dos entrevistados, além de outros EPIs.

A prática de atividade física foi marcada por 13 dos entrevistados, medida esta que contribui para o seu trabalho, pois fortalece os músculos, ajuda no funcionamento do organismo e contribui para a realização das visitas domiciliares por proporcionar uma maior disposição física.

A capacitação profissional contínua é essencial no trabalho do ACS. Embora a maioria tenha apenas o ensino médio completo, a falta de capacitação para o trabalho como agente é um relato da maioria, onde somente 13 entrevistados marcaram ter a capacitação como forma de prevenção. Os ACS com mais de 10 anos de trabalho relataram que tiveram uma semana introdutória de capacitação quando iniciaram e os mais novos relatam ainda não terem nenhuma capacitação e que por isso sentem dificuldade na realização do trabalho, pois não se encontram atualizados para exercer a profissão de forma correta colocando em risco muitas vezes a sua saúde.

Segundo Nunes et al.(2002), os ACS precisam cada vez mais melhorar suas funções e para isso necessitam de capacitação e treinamentos adequados, que envolvam desde o

processo técnico (aferição de peso e altura das crianças) até o desenvolvimento de atividades preventivas e educativas junto à população, além de ensinamentos para ajudar na transmissão de forma popular e cultural alguns saberes que envolvam o contexto global da saúde.

5 Considerações Finais

O presente estudo buscou, a partir da ótica dos Agentes Comunitários de Saúde, identificar processos no âmbito da saúde e do trabalho configurados como riscos e doenças ocupacionais, além das medidas preventivas tomadas por eles. É oportuno destacar que a saúde ocupacional garante a qualidade de vida no trabalho e protege a saúde dos trabalhadores, prevenindo os acidentes e as doenças a partir da diminuição de risco. Como observado no decorrer da pesquisa os problemas ocupacionais são originados da condição de trabalho desempenhada pelo trabalhador ou até situações pessoais do indivíduo que possam atrapalhar as suas funções.

Mediante a compreensão teórico-conceitual da saúde ocupacional foi possível constatar que todos os ACS participantes da pesquisa estão expostos a riscos ocupacionais e conhecendo sua importância na Estratégia Saúde da Família percebe-se a relevância da pesquisa realizada, uma vez ser direito do trabalhador a diminuição dos riscos para a saúde e uma condição segura e saudável de trabalho.

Concordando com a hipótese elaborada nos resultados da pesquisa, os ACS estão mais expostos a risco ergonômicos do que biológicos, mas de forma positiva conhecem os riscos ocupacionais aos quais estão expostos e as medidas preventivas que devem ser utilizadas. Tal verdade pode ser influenciada pelo grau de instrução destes, que influencia positivamente na sua condição ocupacional, pois a maioria possui ensino médio completo, que embora não seja um elevado nível de escolaridade é suficientemente satisfatório para a posição que ocupam no mercado de trabalho.

Verificou-se também que a maior parte dos participantes é do sexo feminino, fato justificado pelo objetivo da criação do elo entre equipe e comunidade no trabalho do ACS, atraindo desta forma mais mulheres para o trabalho, além da prevalência ainda superior das mulheres na área da saúde de modo geral. A maioria dessas pessoas possui mais de 10 (dez) anos de profissão, o que favorece e fortalece a criação desse vínculo com a equipe profissional e principalmente com a comunidade, gerando confiança do usuário e contribuindo para a qualidade e eficiência das suas atribuições.

Outro achado importante está na desvalorização do trabalho do ACS visto que a maioria dos entrevistados ganha em média 01 (um) salário, o que influencia diretamente na falta de motivação para o trabalho. A defasagem salarial muitas vezes desestimula a busca por uma capacitação contínua, essencial para a qualificação das ações desenvolvidas e para o aprimoramento das relações sociais próprias do serviço, visto a necessidade do contato com o usuário em seu domicílio.

Considerando a visita domiciliar como a principal atividade do ACS, esta exige a exposição solar diariamente, acarretando ou agravando alguns problemas de saúde como, por exemplo, a dermatite solar referida pela maioria dos entrevistados, minimizada pelo uso de protetor solar pela maioria dos entrevistados. Os resultados obtidos na pesquisa mostram que o número de famílias assistidas e de visitas domiciliares por dia é superior ao determinado pelo Ministério da Saúde e em decorrência da carga horária diária de 8 horas os participantes da pesquisa afirmam não ter como evitar andar sob sol forte.

Tendo em vista que sua profissão requer que os ACS andem excessivamente a pé, o que gera um grande desgaste físico, alguns problemas de saúde são provocados por esta exigência, como a dor nos MMII, artrose nos joelhos, dores musculares e estresse. Estresse este decorrente da insatisfação e desânimo com o trabalho, oriundo da falta de recursos e incentivo financeiro. Embora esta realidade perpassasse o contexto ocupacional dos ACS no Programa Saúde da Família, estes realizam seu trabalho de forma satisfatória. Este achado determina que capacitações profissionais continuassão essenciais para minimizar os riscos e as doenças oriundas do trabalho, ratificando deste modo que a saúde do trabalhador requer mais atenção por parte do município e do Ministério da Saúde.

Tendo em vista todos os riscos ocupacionais e os problemas de saúde identificados e citados pelos ACS, é oportuno propor estratégias que visem assegurar melhores condições de trabalho para estes profissionais, como, por exemplo, a realização de reuniões mensais para planejamento e avaliação das ações; identificação de dificuldades, fragilidades e necessidades do trabalho; atividades de aperfeiçoamento dos ACS voltado para as suas atribuições, assim como para o autocuidado, sobretudo quanto às medidas preventivas a serem tomadas e aos problemas de saúde que podem ser adquiridos caso não haja essa proteção; e solicitar junto ao município EPIs e materiais de trabalho usualmente utilizados pelos ACS.

Espera-se que esta pesquisa venha adicionar atributos na busca por uma melhor qualidade na saúde do trabalhador, seja este ACS ou de qualquer outra profissão, pois é um tema que há pouco tempo começou a ser debatido, carecendo de mais atenção por parte dos pesquisadores e estudiosos do campo da saúde.

Referências

ALCHORNE, A. O. A.; ALCHORNE, M. M. A.; SILVA, M. M. Dermatoses Ocupacionais. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v. 85, n. 2, p. 137-147, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S036505962010000200003&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 20 mar. 2013.

ALVIM, M. B. A relação do homem com o trabalho na contemporaneidade: uma visão crítica fundamentada na Gestalt-Terapia. **Estudos e pesquisas em psicologia**.v. 6, n. 2, p. 122-130, 2006. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a10.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BALOGH, T. S. et al. Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v. 86, n. 4, p. 732-42, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n4/v86n4a16.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

BARROS, D. R. et al. Alcoolismo no contexto organizacional: uma revisão bibliográfica. **Psicologia & m foco**. v. 2, n. 1, p. 48-57, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_120215_ARTIGO5-Alcoolismocontextoorganizacionalumarevisaobibliografica.pdf>. Acesso em: 01 abril 2013.

BASTOS G. L. I. **Os agentes comunitários de saúde força de trabalho essencial no SUS: os riscos e dificuldades no exercício da profissão.**[S.I.], 2009. Disponível em:<<http://www.webartigos.com/artigos/os-agentes-comunitarios-de-saude-forca-de-trabalho-essencial-no-sus-os-riscos-e-dificuldades-no-exercicio-da-profissao/26784/>>. Acesso em: 15 mar. 12.

BORGES, Z. O significado do trabalho. Uma reflexão sobre a institucionalização do trabalho na empresa integrada e flexível. **Revista eletrônica de gestão em negócios**. v. 3, n. 1, p. 121-143, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.unisantos.br/mestrado/gestao/egesta/artigos/98.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/psfstm/guia-prtico-do-agente-comunitrio-de-sade>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Consulta Pública do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acs_rel-versao_25.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2012.

_____. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Guia prático de proteção no trabalho.** Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/567034/1/doc44.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 459, de 15 de março de 2012. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde. **Brasil-SUS,** Brasília, 15 março 2012. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/112523-459.html>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 100, de 28 de Junho de 2010. Secretaria de Atenção a Saúde, Brasília, 28 jun. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/hfa/2010/prt0100_28_06_2010.html>. Acesso em: 28 mar. 2012

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006. **Secretaria de Atenção à Saúde,** Brasília, 10 outubro 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-750.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3.908-98 - **NOST-SUS** - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1998.

_____. Lei nº 10.507, de 10 de Julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Congresso Nacional,** Brasília, 10 jul. 2002. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/leis/lei_10507_02>. Acesso em: 25 mar. 2012.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Casa**

civil, Brasília, 5 out. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>. Acesso em: 13 mar. 2013.

_____. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Casa Civil**, Brasília, 18 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 21 mar. 2012.

CALDEIRA, P. D. G. **A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família**. 2010. 51f. Dissertação (Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Montes Claros. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1020.pdf>>. Acesso em 21 mar. 2012.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de *Burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n. 5, p.1017-1026, maio, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/14.pdf>>. Acesso em: 01 abril de 2013.

CARREIRO, G. S. P. **O impacto do trabalho na saúde mental dos profissionais da estratégia saúde da família**. 2010. 99f. Dissertação (Mestrado em Atenção a Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, João Pessoa. Disponível em: <http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_arquivos/18/TDE-2011-05-24T123040Z-1041/Publico/arquivototal.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.

CASTRO, A. G.; et al. Estresse no trabalho. **Secretariado Executivo**. p. 12-20, 2009. Disponível em: <http://www.iessa.edu.br/cursos/secretariado/revista_eletronica.pdf#page=12>. Acesso em: 18 mar. 2013.

CERQUEIRA, M. B. R.; et al. “**O processo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde pela ETS/UNIMONTES: diagnóstico e acompanhamento**”. 2009. 65f. Relatório - Universidade Estadual de Montes Claros, Escola Técnica de Saúde, Montes Claros. Disponível em: <http://www.estacaopesquisa.unimontes.br/projetos/rel_acs.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

CHEAVEGATTI, D. **Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste do Município de São Paulo**. 2008. 140f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/sistema/ck/files/agentes/Tese%20Denise_Cheavegatti%5B1%5D_Trabalho%20e%20adoecimento%20ACS_SP.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos: fundamentos básicos**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 194 p.

CIBORRA, C.; LANZARA, G.F. **Progettazione della Nuove Tecnologie e Qualità del Lavoro**. 2 ed. Milano: Franco Angeli, 1985.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311/2007**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

COSTA, A. M. S. **A capacitação do Agente Comunitário de Saúde**: uma busca na literatura. 2011. 32f. Dissertação (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Governador Valadares. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2640.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

DEJOURS, C. **O fator humano**. 5 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

DREHER, M. A. **Apostila Parte I: - Conceitos e Fundamentos**. 2004. 28f. Disciplina: Higiene e Segurança do Trabalho - Universidade do Sul de Santa Catarina, Curso Superior de Tecnologia em Manutenção Industrial, Tubarão. Disponível em: <<http://www.sjt.com.br/tecnico/gestao/arquivosportal/file/HIGIENE%20E%20SEGURAN%C3%87A%20DO%20TRABALHO%20-%20SENAC.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

DONNANGELO, M. C. F. **A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70**. 2 ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1983.

ESCORSIM, S.; KOVALESKI, J. L.; PILATTI, L. A.; CARLETTO, B. A evolução do trabalho no homem no contexto da civilização: da submissão à participação. In: X simpósio internacional processo civilizador, 2005, Ponta Grossa, Paraná. **Tecnologia e Civilização**. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais9/artigos/mesa_debates/art26.pdf>. Acesso em: 25 mar. 12.

ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C. C. Agentes comunitários de Saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. v. 18, n. 1, p. 43-51, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.cidadesp.edu.br/old/arquivos/publicacoes/revista_odontologia/agentes_comunitarios.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a26.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMEZ, C. M.; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno Saúde Pública**. v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

ISSY, A. D.; SAKATA, R. K. Como diagnosticar e tratar dor músculo-esquelética. **Revista de Brasileira de Medicina**. v. 67, n. 01, p. 3-11, jun. 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4334>. Acesso em: 01 abril 2013.

HASAN, R. et al. Transtornos do sono. **Revista Brasileira de Medicina**. p. 31-40, 2009. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=4191&fase=imprime>. Acesso em 20 mar. 2013.

JARDIM T. A. **Morar e trabalhar na comunidade**: a realidade dos agentes comunitários de saúde. Dissertação (Mestrado). 2007. 106 f- Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde-11122007-161633/pt-br.php>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p.151-161, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7086.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

LIMA, A. G. et al. Fotoexposição solar e fotoproteção de agentes de saúde em município de Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 478-82, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6156/7865>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

LIMA, J. C.; MOURA M. C. trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado, Brasília**. v. 20, n. 1, p. 103-133, jun./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v20n1/v20n1a06.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

LINO, M. M. et al. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**. v. 17, n. 1, p.57-64, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/26375/17568>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Caderno de Saúde Pública**. v. 13, n. 2, p. 33-45, 1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13s2/1362.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. C. Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Revista brasileira Saúde ocupacional**. v. 36, n. 123, p. 93-102, 2011. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20123%20S%C3%ADndrome%20de%20Burnout%20em%20agentes%20comunit%C3%A1rios.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2012.

MARX, K. Os economistas. **Editora Nova Cultural Ltda**, 1996.v. 1, n. 1, 496 p. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/ocapital-1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2012.

MAURO, M. Y. C. et al. Riscos Ocupacionais em Saúde. **Revista de Enfermagem**. v. 12, p. 338-345, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a14.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

MEDEIROS, S. M.; SOUZA, O. T.; MACEDO, F. L. M. **Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado**: o olhar dos trabalhadores de enfermagem. 2005. 40f. Pesquisa Integrante do Plano Diretor 2004/2005 Rorehs/Ms/Opas - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Natal. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Condicoes_trabalho_riscos.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2012.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**. v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

MENDES, J. M. R. et al. **A dimensão social do acidente de trabalho na família**: uma perspectiva de investigação no campo da proteção social. 2009. 26f. [S.I]. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11728/000612156.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde coletiva**. v. 5, n.1, p. 07-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v. 43, n.2, p. 358-364, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a15v43n2.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

MOREIRA, T. R.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E. L. N. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 44, n. 2, p. 332-338, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n2/14.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2012.

MOURA, S. M. et al. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 1, p. 1487-1495, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700061&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 mar. 2013.

NADIR, H. C. **Saúde do trabalhador**. In. CATANNI, A.D. Porto Alegre: Editora Vozes, 2002.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Caderno Saúde Pública**. v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/11.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

NOSELLA, P. **Trabalho e educação**. In. GOMEZ, C. M. São Paulo: Editora Cortez, 1989.

- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno Saúde Pública**. v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2013.
- PAHIM, L. S.; MENEZES, A. M. B.; LIMA, R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. **Revista Saúde Pública**. v. 40, n. 4, p. 692-698, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n4/20.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2013.
- PEREIRA, C. V. **Qualidade de vida no trabalho**. 2006. 37f. Monografia (Conclusão de Curso)- Universidade Candido Mendes, Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Recursos Humanos, Rio de Janeiro. Disponível em:<<http://www.avm.edu.br/monopdf/23/V%C3%8DVIAN%20CORTINES%20PEREIRA.pdf>>. Acesso em 3 abr. 2013.
- PINTO, M. E. B.; et al. **Diagnóstico e Tratamento das cefaleias em adultos na Atenção Primária à Saúde**. [SI]. Disponível em: <<http://fesfsus.web350.kinghost.net/bibliofesf/DiagnosticoeTratamentodascefaleiasemadultosnaAtencaoPrimariaaSaude.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- PUPIN, V. M.; CARDOSO, C. L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**. v. 13, n. 2, p. 157-163, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.
- REZENDE, F. M. et al. **Vacinas de interesse ocupacional**. 2002. 36f. Dissertação (Conclusão de Curso) - Sociedade Universitária Estácio De Sá, Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, Campo Grande. Disponível em: <http://www.geocities.ws/mcdobies/seguranca_trab/vacina.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2013.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- RIBEIRO, M. C. S. **A nocividade do trabalho: os riscos à saúde do trabalhador**. In: RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari, 2008. Cap. 1, p. 35-42.
- SANTOS, L. F. B. **O estresse no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde**. 2010. 131f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/tde_arquivos/20/TDE-2011-06-30T101825Z-1555/Publico/Texto_unificado_11_1_10.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.
- SATO, L. **Qualidade de vida**. São Paulo: Mimeo, 1999.
- SCHWAB, S.; STEFANO, S. R. Acidentes no trabalho e programas de prevenção nas indústrias de médio e grande porte. **Revista Eletrônica Lato Sensu**. 6º ed. 2008, p. 01-15. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/11semead/resultado/trabalhosPDF/192.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

SILVA A. T. C.; MENEZES P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista Saúde Pública**. v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6933.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

SILVA, J. A.; DAMALSO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – comunicação, saúde, educação**. v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.registro.unesp.br/museu/basededados/arquivos/00000186.pdf>> Acesso em: 07 abr. 2012.

SILVA, M. H.; SANTOS, M. R. Perfil de atividades dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte de juiz de fora. **Revista APS**. v. 8, n. 2, p. 109-117, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/perfil.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

SIMÕES, A. R. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da Família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Revista Saúde Pública**. v. 2, n.1, p. 6-21. jan./jul. 2009. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/37/61>>. Acesso em: 07 abr. 2012.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do trabalhador**. 2007. 103f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Mestrado em Enfermagem, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13057/000635282.pdf?sequence=1>> Acesso em: 07 abr. 2012.

TRINDADE, L. L. et al. Cargas de trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 28, n. 4, p. 473-479, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23586/000628516.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Comunicação, Saúde, Educação**. v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/08.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

WAI, M. F. P. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismo de enfrentamento**. 2007. 120f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-08082007-104445/pt-br.php>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título Avaliação da saúde ocupacional de agentes comunitários de saúde do município de Cuité – PB e está sendo desenvolvida pela aluna Ângela Gabrielly Quirino Freitas do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, cujos objetivos são: avaliar a condição de saúde ocupacional de Agentes Comunitários de Saúde do município de Cuité – PB; caracterizar os participantes do estudo enquanto aspectos sociodemográficos; caracterizar os participantes do estudo enquanto aspectos laborais; identificar os riscos ocupacionais aos quais os ACS estão expostos; identificar medidas preventivas utilizadas pelos ACS no contexto da saúde ocupacional.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer a condição de saúde ocupacional dos agentes comunitários de saúde, a fim de obter resultado que possibilitem a elaboração de estratégias de promoção à saúde dos agentes comunitários.

Dessa forma, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma e informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia de desistir da mesma, que você não sofrerá nenhum risco e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação.

Os dados serão coletados através de um questionário contendo perguntas objetivas e de fácil preenchimento, podendo também ser utilizado gravador nas entrevistas, e posteriormente farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e posteriormente publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Informamos ainda que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, você não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, essa decisão será respeitada e acatada.

Estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição para o engrandecimento do conhecimento científico.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Cuité – PB, _____/_____/2013.

Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

Ângela Gabrielly Quirino Freitas
Pesquisadora Participante

Participante da Pesquisa/Testemunha

Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.
Sítio Olho d'água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 3372-1900

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUAC:

Rua Dr. Carlos Chagas s/n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone: (83) 2101-5545

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS**

*** Dados relacionados à caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes**

Questionário nº: _____

Idade: _____

Gênero:

Masculino Feminino

Estado Civil:

Solteiro Casado Viúvo União consensual Divorciado

Escolaridade:

Ensino Fundamental incompleto

Ensino Fundamental completo

Ensino Médio incompleto

Ensino Médio completo

Ensino superior

Renda Familiar:

até 1 salário mínimo

de 1 a 2 salários mínimos

acima de 3 salários mínimos

Tempo de atuação como Agente Comunitário de Saúde:

de 3-5 anos de 6-9 anos de acima de 10 anos

Reside na micro-área em que atua?

Sim Não

Possui Curso de Formação para Agentes Comunitários de Saúde?

Sim Não

Carga horária semanal de trabalho: _____

Número de famílias assistidas: _____

Número aproximado de famílias visitadas por dia: _____

*** Dados relacionados aos objetivos propostos na pesquisa**

Assinale abaixo os problemas de saúde que você tem ou já apresentou:

PROBLEMAS DE SAÚDE	SEM RELAÇÃO COM O TRABALHO	PROVOCADO PELO TRABALHO	AGRAVADO PELO TRABALHO
Dor lombar			
Dor nos MMII			
Estresse			
Transtorno do sono			
Doença de pele			
Infecção respiratória			
Edema nos MMII			
Intoxicação por poeira			
Intoxicação por fumaça			
Lesões por esforço repetitivo			
Hipertensão arterial			
Dermatite solar			
Dores musculares			
Alcoolismo crônico			
Episódios depressivos			
Síndrome de Burnout			
Anemias			
Câncer			
Problemas cardiocirculatórios			
Gastrite			
Parasitoses			
Artrose nos joelhos			
Cefaleia e enxaqueca			
Problemas endócrinos			
Irritação ocular			
Acuidade auditiva diminuída			
Outras			

Assinale os riscos ocupacionais que você está exposto no seu trabalho:

1. Ataque de animais		7. Desidratação		13. Exposição a odores desagradáveis	
2. Contato com pessoas infectantes		8. Desgaste físico		14. Ruas e calçadas irregulares	
3. Exposição a materiais contaminados		9. Desgaste emocional		15. Deslocamento utilizando transporte	
4. Alterações imunológicas		10. Problemas interpessoais		16. Exposição solar	
5. Infecções parasitárias		11. Andar excessivamente		17. Acidente de trabalho	
6. Agressão física		12. Posturas incorretas		18. Outros	

Assinale as medidas preventivas tomadas para minimizar os riscos de adoecimento:

1. Uso de máscaras		7. Imunização		13. Evita horários de sol forte	
2. Uso do protetor solar		8. Controle da carga horária		14. Cuidados com a alimentação	
3. Uso de roupas que cobrem todo o corpo		9. Uso de boné		15. Mudanças organizacionais	
4. Exames de saúde		10. Prática de atividade física		16. Evita contato com pessoas acometidas por infecções	
5. Capacitação profissional		11. Alongamento físico durante o trabalho		17. Evita carregar excesso de peso	
6. Higiene no trabalho		12. Ingestão de líquidos		18. Outras	

Obrigado pela participação.

Anexas

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Gentil Venâncio Palmeira Filho, Secretário de Saúde do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada "*Avaliação da Saúde Ocupacional de Agentes Comunitários de Saúde do município de Cuité – PB*", no mês de janeiro de 2013, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. Os responsáveis pela pesquisa são: Matheus Figueiredo Nogueira – pesquisador responsável (Orientador da pesquisa e Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Ângela Gabrielly Quirino Freitas – pesquisadora participante (Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, 07 de outubro de 2012.



Dr. Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde

Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde
Cuité – PB