

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Doutorado em Enfermagem



Tese

Estresse em Agentes Comunitárias de Saúde do extremo sul do Brasil

Sonia Regina da Costa Lapischies

Pelotas, 2018

Sonia Regina da Costa Lapischies

Estresse em Agentes Comunitárias de Saúde do extremo sul do Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (Área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, Linha de pesquisa Saúde Mental e Coletiva, Processo de Trabalho, Gestão em Educação em Enfermagem e Saúde), como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

L313e Lapischies, Sonia Regina da Costa

Estresse em agentes comunitárias de saúde do extremo sul do Brasil / Sonia Regina da Costa Lapischies ; Vanda Maria da Rosa Jardim, orientadora. — Pelotas, 2018.

158 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Estresse ocupacional. 2. Trabalho. 3. Saúde do trabalhador. 4. Agentes comunitários de saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Jardim, Vanda Maria da Rosa, orient. II. Título.

CDD : 610.73

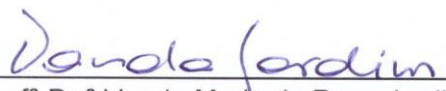
Sonia Regina da Costa Lapischies

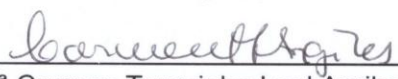
Título: Estresse em Agentes Comunitárias de Saúde do extremo sul do Brasil

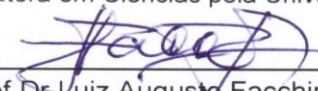
Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

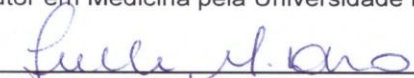
Data da Defesa: 18.10.2018

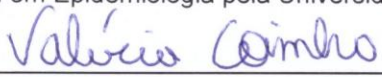
Banca examinadora:

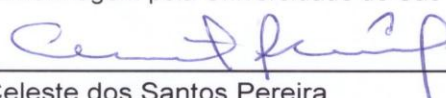

Profª Dr.ª Vanda Maria da Rosa Jardim (Orientadora)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina


Dr.ª Carmen Terezinha Leal Argiles
Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas


Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini
Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul


Profª Dr.ª Suele Manjourany Silva Duro
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas


Profª Dr.ª Valéria Cristina Christello Coimbra
Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto


Profª. Dr.ª Celeste dos Santos Pereira
Doutora em ciências pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof.ª Dr.ª Roxana Isabel Cardozo Gonzales
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

Dedico este estudo às trabalhadoras e aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e, especialmente, às Agentes Comunitárias de Saúde que tornaram este trabalho possível.

Agradecimentos

Gratidão é um sentimento que aprendi a valorizar cada vez mais com o passar do tempo.

Sou grata ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel que acolheu a trabalhadora da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde e a mãe de três filhas que tentei equilibrar com a doutoranda durante o processo.

Sou grata especialmente à minha amiga e orientadora Vanda Jardim, que além do apoio, compreensão e generosidade, oportunizou-me fazer parte do projeto *Processo de Trabalho e seus Impactos na Condição de Saúde de Agentes Comunitários de Saúde na Região Sul do Rio Grande do Sul*, e dessa forma retomar estudos sobre temática com a qual havia trabalhado na conclusão da graduação, em 1986.

Sou grata à Laíne B. Aldrigui por sua dedicação e profissionalismo imprescindíveis à realização deste estudo. Assim como, agradeço a parceria que construímos nesse processo.

Sou grata às professoras e aos professores que com suas diferentes expertises contribuíram para a qualificação deste estudo, assim como para minha qualificação como pesquisadora, desde o projeto até seu resultado final: Luciane Prado Kantorski, Luiz Fernando Fachini, Celeste dos Santos Pereira, Suele M. Duro, Bruno Pereira Nunes, Carmen T. L. Argiles e Valéria C. C. Coimbra.

Sou grata às estudantes de graduação, bolsistas e voluntárias do projeto de pesquisa, em especial à Paloma S. Lorenzato e Mariana D. De Almeida, com as quais trabalhei mais diretamente, por terem viabilizado esta pesquisa sem financiamento institucional.

Sou grata à minha família, Olívia, Sofia, Helena e Gilberto, por fazerem parte da minha vida. Ter vocês ao meu lado foi fundamental.

Sou grata aos trabalhadores da UBS Balsa, com os quais compartilho o meu dia a dia na Atenção Básica e que acreditam no Sistema Único de Saúde.

Enfim, sou grata a todas e todos que contribuíram de alguma forma para que esta tese se concretizasse.

*“O ato do trabalho funciona como uma escola, ele mexe com a
nossa forma de agir e pensar no mundo.
Nos formamos no trabalho.”*

Mehry, 1998.

Resumo

LAPISCHIES, Sonia Regina da Costa. Título: **Estresse em Agentes Comunitárias de Saúde do extremo sul do Brasil**. 2018. 159f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

O objetivo do estudo foi investigar o estresse e examinar sua associação com fatores individuais e relacionados ao trabalho de Agente Comunitária de Saúde nos municípios da 21ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Para tal foi desenvolvida uma pesquisa com abordagem epidemiológica e desenho transversal, entre março de 2016 e abril de 2017, com questionário auto aplicado para 599 Agentes Comunitárias de Saúde de 21 municípios do Rio Grande do Sul - Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu. O volume é composto por três partes: Projeto de pesquisa, qualificado em 21 de junho de 2018; Relatório de pesquisa; e Dois artigos. O primeiro artigo, *“Estresse e Fatores associados em Agentes Comunitárias de Saúde de municípios do extremo sul do Brasil”*, identifica a prevalência de estresse entre as trabalhadoras com o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP e avalia suas associações com características individuais e do contexto do trabalho de ACS com análise hierarquizada em três níveis com regressão de Poisson e ajuste robusto da variância. Foi identificada a prevalência de estresse de 48,5% (IC 95% 44,5-52,5), e na análise multivariada o estresse foi significativamente maior entre as ACS do sexo feminino, que fazem uso frequente de medicamento, que não participaram de capacitação introdutória, que sofrem violência no contexto do trabalho, com problemas com o conteúdo do trabalho, sem boa relação interpessoal no trabalho, sem feedback no trabalho e com sobrecarga de trabalho. O segundo artigo *“Dimensões de Estresse no trabalho de Agente Comunitária de Saúde de 21 municípios do extremo sul do Brasil”*, avaliou o estresse a partir da percepção do estresse vivenciado no trabalho e suas possíveis dimensões, e analisa a associação do estresse identificado com características individuais das trabalhadoras e de seu trabalho. O estresse foi mensurado com os instrumentos Nível Global de Stress e Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde, adaptados para o trabalho de Agente Comunitária de Saúde; as médias de estresse identificadas foram comparadas utilizando o *t*-Teste, ANOVA e teste Kruskal-Wallis, quando necessário. De acordo com a análise do Estresse Global, para 39% das Agentes Comunitárias de Saúde seu trabalho era altamente estressante e para 40% moderadamente estressante. Apresentaram-se superiores ao estresse global o estresse em lidar com usuários; e com carreira e remuneração, e inferiores, o estresse com excesso de trabalho, com relações profissionais, com ações de educação em saúde, e com problemas familiares. O estresse global e suas dimensões apresentaram menor associação com as características individuais da trabalhadora do que com o seu trabalho. Os achados apontam para a necessidade de redesenhar o processo de trabalho das equipes de ESF, com foco nos fatores de risco psicossociais, redução da carga de trabalho e prevenção do estresse.

Palavras-chave: estresse ocupacional; trabalho; saúde do trabalhador; agentes comunitários de saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

LAPISCHIES, Sonia Regina da Costa. Title: **Stress in Community Health Workers in the extreme South of Brazil**. 2018. 159f. Thesis (Doctorate) - Program Graduate Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas.

The aim of the study was to investigate the stress and examine its association with individual factors and related to the work of Community Health Workers in the cities of the 21st Health Region of Rio Grande do Sul. With this purpose it was developed a research using the epidemiological approach and cross-sectional study, between March of 2016 and April of 2017, with self-applied questionnaire to 599 Community Health Workers of 21 cities in Rio Grande do Sul - Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu. This volume is composed of three parts: the Research Project, qualified in June 21st 2018; the Research report; and Two articles. The first article "*Stress and factors related to Community Health Workers of cities in the extreme South of Brazil*", identifies the prevalence of stress between the workers with Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults and evaluates their associations to the work context and individual characteristics of CHW with a hierarchical analysis in three levels with Poisson regression and robust adjustment of variance. It was identified the prevalence of stress in 48,5% (IC 95% 44,5-52,5), and in the multivariate analysis the stress was significantly higher between the female CHW, that make constant use of medication, that did not participate in the introductory training, that suffer violence in the work context, that have problems with the work content, that do not have good interpersonal relationships at work, with no feedback at work and with work overload. The second article "The Dimensions of stress in the work of Community Health Workers of 21 cities in the extreme South of Brazil", evaluated the stress from the perception of the stress experienced at work and its possible dimensions, analyzes the association of the stress identified with individual characteristics of the workers and of their job. The stress was measured with the tools Global Level of Stress and Stress Questionnaire in Health Professionals, adapted to the work of the Community Health Worker; the identified stress averages were compared using the t-Teste, ANOVA and Kruskal-Wallis test, when it was necessary. According to the analysis of Global Stress, to 39% of Community Health Workers, their job was highly stressful and to 40% it was moderately stressful. The stress in dealing with users; and with career and remuneration was superior than global stress, and inferior than the stress related with work overload, with professional relationships, the actions in health education and the familiar problems. The global stress and its dimensions presented lesser association with the worker's individual characteristics than with their job. The findings point to the necessity of remodeling the work process of ESF teams, focusing on psychosocial risk factors, workload reduction and stress prevention.

Keywords: occupational stress; work; occupational health; community health worker; family health strategy; primary health care.

Sumário

I – PROJETO DE PESQUISA.....	10
II – RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO.....	104
III – ARTIGOS.....	110
ARTIGO 1 - ESTRESSE E FATORES ASSOCIADOS EM AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DO BRASIL.....	111
ARTIGO 2 - DIMENSÕES DE ESTRESSE NO TRABALHO DE AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE DE 21 MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DO BRASIL.....	131

I – PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Doutorado em Enfermagem



Projeto de Pesquisa

Estresse em Agentes Comunitárias de Saúde do extremo sul do Brasil

Sonia Regina da Costa Lapischies

Pelotas, 2018

Listas de Figuras e Quadros

Figura 1	Síndrome Geral da Adaptação.....	33
Figura 2	Fluxograma da busca nas bases de dados.....	40
Figura 3	Modelo Teórico.....	48
Figura 4	Macrorregiões de Saúde/RS.....	51
Figura 5	Municípios da Região Sul de Saúde/RS.....	52
Figura 6	Quadro de Variáveis Dependentes.....	55
Figura 7	Quadro de Variáveis Independentes Sociodemográficas.....	56
Figura 8	Quadro de Variáveis Independentes Situação de Saúde e Inserção no Trabalho.....	57
Figura 9	Quadro de Variáveis Independentes do Processo de Trabalho.....	57
Figura 10	Quadro do cronograma.....	61
Figura 11	Quadro do Orçamento.....	62

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABS - Atenção Básica em Saúde
ACS - Agente Comunitário(a) de Saúde
ACB - Agente de combate às Endemias
APS- Atenção Primária à Saúde
BDTD - Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
DAB - Departamento de Atenção Básica
ERI - EffortRewardImbalance
ESF - Estratégia Saúde da Família
FUNASA -Fundação Nacional de Saúde
IC - Intervalo de Confiança
ISSL - Inventário de Sintomas de Stress em Adultos
JCQ - Job ContentQuestionnaire
JSS - Job Stress Scale
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NGS - Nível Global de SressOMS Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PACS - Programa de Agentes comunitários de Saúde
PSF - Programa Estratégia Saúde da Família
PSS - Perceived StressScale
PubMed - Publisher Medline
QSPS - Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde
SGA - Síndrome Geral de Adaptação
SRQ 20 - Self ReportQuestionnaire 20
SUS - Sistema Único de Saúde
TMC - Transtorno Mental Comum
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFPeI - Universidade Federal de Pelotas
WHO - World Health Organization

Definição de Termos

Trabalhadores de Saúde: são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde em estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (MACHADO,2008).

Agentes Comunitários de Saúde: exercem atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (LEI Nº 11.350,2006).

Atenção Primária à Saúde: atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação (OMS,1978).

Estresse no Trabalho: estresse relacionado ao trabalho é um padrão de reações que ocorre quando os trabalhadores recebem demandas de trabalho que não são compatíveis com seus conhecimentos, destreza ou habilidade e que desafiam sua capacidade de lidar (WHO,2007).

Sumário

1 Introdução.....	17
1.1 Justificativa.....	20
2 Revisão da Literatura.....	22
2.1 Processo de Trabalho em Saúde.....	22
2.2 Agente Comunitária de Saúde – Uma Trabalhadora da Atenção Primária.....	24
2.2.1 A Agente Comunitária de Saúde no Brasil.....	26
2.3 Estresse.....	32
2.3.1 Estresse no Trabalho.....	34
2.4 Revisão Sistemática.....	37
2.4.1 Resultados.....	38
2.5 Quadro Teórico – Estresse no Trabalho da Agente Comunitária de Saúde.....	44
3 Objetivos e Hipóteses.....	49
3.1 Objetivo Geral.....	49
3.2 Objetivos Específicos.....	49
3.3 Hipóteses.....	49
4 Metodologia.....	50
4.1 Delineamento.....	50
4.2 População em estudo.....	50
4.3 Medidas e Instrumentos.....	52
4.3.1 Variáveis de Dependentes.....	52
4.3.2 Variáveis Independentes.....	55
4.4 Logística.....	58
4.5 Controle de Qualidade.....	59
4.6 Processamento e Análise de Dados.....	59
4.7 Aspectos Éticos.....	59
4.8 Divulgação dos Resultados.....	60
5 Cronograma.....	61
6 Orçamento.....	62
Referências.....	63

Apêndices..... 73
Anexos..... 79

1 Introdução

O trabalho em cuidados de saúde está entre os que mais afeta a saúde mental de seus trabalhadores, pois apresenta exigências físicas e principalmente psicológicas ao lidar com pessoas em variedade de situações de sofrimento. Os estudos que se dedicam a estudar o processo de trabalho em saúde, sua implicação na produção de estresse e repercussão na saúde desses profissionais não são muito numerosos.

O presente estudo se propõe a estimar a prevalência de estresse nos Agentes Comunitários de Saúde que trabalham na 21ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, e examinar se fatores individuais e fatores do processo de trabalho apresentam associação com a presença de estresse nesses trabalhadores. A identificação das prováveis associações fornecerá subsídios para discutir a organização do trabalho, com possíveis adequações no caminho da redução do estresse e implicação na melhoria da saúde dos trabalhadores, assim como na qualidade do cuidado dispensado por esses profissionais.

No contexto brasileiro o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um trabalhador identificado institucionalmente como profissional da equipe de saúde há menos de 3 décadas, mas que tem contribuído positivamente para a saúde da população brasileira há pelo menos 70 anos, considerados os visitantes sanitários e/ou malaeiros (guardas da malária) vinculados ao SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), atual Fundação Nacional de Saúde, que atuaram desde a década de 1940 (BRASIL, 2004), como precursores do atual ACS. O fazer desse trabalhador está diretamente associado à sua identificação com o território no qual atua e a sua capacidade de articular o usuário e trabalhador do serviço que nele está representado.

Os ACS em atividade, com raras exceções, estão inseridos em equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), nas quais se somam a técnicos/auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas. As equipes ESF são basilares da Atenção Básica no Brasil e onde acontece o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Uma equipe ESF constituída por quatro a seis ACSs, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico e um cirurgião dentista é responsável pelas ações de saúde para uma população de três a quatro mil moradores de uma área preestabelecida (BRASIL, 2006).

Face ao quantitativo dos trabalhadores nas equipes ESF, os ACS representam a grande maioria dos profissionais em atividade na Atenção Básica brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde, em março de 2018 os ACS somavam 283.031 trabalhadores em todo país, enquanto que entre as demais categorias a mais numerosa é de enfermeiros, com 41.332 profissionais lotados nas equipes ESF (BRASIL, 2018). Atualmente os ACS representam 64,3% do total dos profissionais de saúde das ESF.

Quanto à distribuição geográfica, a região brasileira com maior concentração de ACS é a Nordeste, com 106.574 trabalhadores, seguida da Sudeste com 88.432, as regiões Sul e Norte apresentam quantitativo bem menor de ACS, 35.320 e 32.706 respectivamente, e a Centro-Oeste com o menor número de ACS entre as regiões, com 20.089 ACS em março de 2018 (BRASIL, 2018). Esse panorama pode ser explicado devido ao pioneirismo do Nordeste brasileiro na implantação do Plano Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991 que deu origem ao Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1992.

Analisando estudos que investigaram os ACS e seu trabalho é possível dizer que esta é uma profissão de mulheres, visto que apresenta proporções superiores a 84% de trabalhadoras do sexo feminino: 84,2% (SANTOS; FARIAS FILHO, 2016), 84,5% (MASCARENHAS, C.H.M. et al, 2013), 85,3% (SANTOS, AMUS et al, 2017), 85,5% (SANTOS, I. E. R. et al, 2014), 87,8% (MOTA, C. M. et al, 2014), 88,6% (FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C., 2005), 89,3% (KNUTH, B. S. et al, 2015). Sendo o gênero elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e sendo que é o primeiro campo no qual o poder se articula (SCOTT, 1990), a inserção do ACS na equipe de saúde e nas relações no território está vinculada ao que se institui ser mulher em nossa sociedade. Face a característica quantitativa de gênero, passaremos a identificar essas trabalhadoras no gênero feminino, **as Agentes Comunitárias de Saúde**.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, é esperado que o trabalho das ACS englobe atividades que vão desde ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com foco em atividades educativas de saúde, nos domicílios e comunidades, contribuindo para a ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de saúde, na perspectiva da promoção social e de proteção da cidadania (BRASIL, 2004b). A fim de que as ações preconizadas sejam

desenvolvidas, o conhecimento e identificação com as pessoas que vivem no território é fundamental, e residir na comunidade na qual trabalham é uma exigência para ser ACS (BRASIL, 1999).

No fazer da ACS o espaço de trabalho que é público se confunde com o espaço do viver e conviver, que deveria ser privado, mas que, nesse caso, também se torna público. Essa hiperexposição e sobreposição da vida privada e da vida pública criam situações de extrema porosidade, e causam sofrimento psíquico adicional (JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. 2009). A condição de ser morador do território e poder ser interpelado a qualquer hora do dia e da noite, nos espaços sociais que compartilha com a comunidade, expõe a ACS, constantemente, ao assédio das pessoas.

Observa-se que o trabalho da ACS é, por um lado, integrado pela lógica do modelo hegemônico estruturado sobre os núcleos especializados de saber profissional; e por outro assume formas inventivas e criativas de cuidar, conseguindo transitar entre modelos, trabalhando às vezes de um jeito e outras vezes de outros diferentes (FERREIRA, V. S. C. et al, 2009; RIQUINHO, D. L. et al, 2018). Contudo, seu trabalho não tem potência suficiente para influenciar o processo de trabalho da equipe, face ao comprometimento desta com as práticas hegemônicas de cuidado, centradas em procedimentos e burocratizadas (FERREIRA, V. S. C. et al, 2009). O saber-fazer da ACS é cooptado pelas normas, protocolos e ações de prevenção e promoção prescritas, voltadas para doença, é também absorvido na hierarquia presente na equipe.

Os desafios diários e a complexidade das demandas no trabalho podem não estar compatíveis com os conhecimentos, destreza ou habilidade da ACS, acarretando um desequilíbrio, que suscite respostas emocionais, fisiológicas, cognitivas e comportamentais compatíveis com reações de estresse (WHO, 2007). O estresse no trabalho pode desencadear problemas de saúde permanentes e irreversíveis, como fadiga crônica, problemas musculoesqueléticos, doenças cardiovasculares, e prejudicar o sistema imunológico, resultando em doença e ausência do trabalho e incapacidade laboral.

Acrescido ao contexto do trabalho no território, também impactam no cotidiano da ACS as mudanças nas políticas de saúde que orientam o SUS. Destaca-se a mais recente Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017) que flexibiliza a conformação das equipes e de certa forma estimula a substituição de

equipes Estratégia Saúde da Família já implantadas por equipes de Atenção Básica: equipes sem ACS. Esta nova equipe não tem parâmetro de cobertura, de composição e a carga horária é definida por categoria profissional e não por trabalhador, desta forma o vínculo, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado podem ser comprometidos. A nova PNAB permite ao gestor municipal demitir a ACS se este julgar necessário, criando um ambiente de grande instabilidade quanto a manutenção do emprego dessa trabalhadora.

1.1 Justificativa

As investigações que abordam especificamente o estresse no trabalho das ACS são poucas e os resultados são pouco específicos. Estudos brasileiros têm apontado que as ACS estão entre as categorias da Atenção Básica/ESF com maiores prevalências de repercussões psicossociais negativas relacionadas ao trabalho: Silva, et al (2016) identificaram que as ACS são mais propensas a ter sintomas depressivos e provável depressão maior do que médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem ($p < 0,001$), na capital de São Paulo. Em cidade no interior do mesmo estado, a média de Estresse Percebido (EP) das ACS foi de = 4,0, inferior aos enfermeiros (EP=5,5) e superior aos médicos (EP=3,4), assim como as ACS mostraram menor satisfação com a vida ($\beta = -7,9$, $p < 0,001$) do que enfermeiros e médicos (ATANES, A.C.M. et al, 2015); e níveis elevados de EP aumentaram as chances do relato de problemas crônicos de saúde por trabalhadores da ESF (LEONELLI L.B. et al, 2017).

A presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) pode estar relacionada com a exposição ao estresse no trabalho e tem sido avaliada em estudos com ACS. Investigação com 196 ACS, na capital de Minas Gerais estimou a prevalência de 26,5% de TMC (ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A.A., 2016), em São Paulo estudo com 141 ACS, a prevalência de 43,3% foi identificada (SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. 2008) e estudo com trabalhadores da atenção básica do Sul e Nordeste brasileiro identificou a prevalência de 18,4% de TMC entre as 1.536 ACS investigadas, superior à de 16% do total dos trabalhadores (DILÉLIO, A.S. et al, 2012).

Em Aracaju/SE foi avaliado o estresse vivenciado pelas ACSs, com o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSA), e identificada uma prevalência

de 61,4%, com predomínio de sintomas físicos (51,7%) e as situações consideradas mais estressantes foram: sentir-se pouco ou não valorizado (61,5%), cuidar de um número de famílias acima do preconizado (55,0%), indisponibilidade de equipamentos e materiais (53,6%), realizar tarefas em pouco tempo (46,8%) e desenvolver atribuições fora de sua competência (43,0%) (SANTOS, IER, 2014). Outros trabalhadores de saúde que foram investigados quanto a presença de estresse com o ISSL apresentaram prevalências superiores à 55%: 55,8% em equipe de enfermagem hospitalar (MIQUELIM, J.D.L. et al, 2004), 58% em profissionais de nível superior em unidade ambulatorial, 62,0% em trabalhadores de unidades ESF (CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S., 2004) e 74% em recepcionistas de UBS (GUIMARÃES, R.N.M.; SILVA, F.R.; AYALA, A.L.M, 2010); contudo foram estudos realizados com amostras inferiores à 100 participantes.

Ampliar a compreensão dos mecanismos que contribuem para produção de estresse ocupacional e consequente possibilidade de adoecimento das ACSs fornece elementos para discutir o trabalho na Atenção Básica brasileira na perspectiva de consolidação do modelo que se contrapõe ao centrado em procedimento e na figura do profissional médico.

Nessa perspectiva pretende-se responder a seguinte questão: Qual é a relação do trabalho como Agente Comunitária de Saúde e o estresse entre essas trabalhadoras?

2 Revisão da Literatura

2.1 Processo de Trabalho em Saúde

Estudos brasileiros sobre o processo de trabalho em saúde tiveram início na década de 1970 por Maria Cecília Ferro Donnangelo (1975, 1976), direcionados à profissão médica, os quais apontavam para medicina como prática técnica e social. Referenciais teóricos da sociologia foram utilizados para analisar a relação entre a saúde e a sociedade, rompendo com concepções de que a prática médica seria independente da vida em sociedade (MOTA, SILVA, SCHARAIBER, 2004), assim como foram referência para analisar as mudanças nas práticas de enfermagem por Maria Cecília Puntel de Almeida na década de 1980 (SILVA, G.B. et al, 1984). Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, colaborador de Donnangelo, elaborou o conceito de processo de trabalho em saúde, a partir de premissas do materialismo histórico, do estruturalismo genético (AYRES, 2015) e do trabalho médico.

Mendes Gonçalves (1992) emprega o materialismo histórico e dialético em sua construção do processo de trabalho, que compreende os meios de produção (objeto de trabalho e meios de trabalho – instrumentos) e a capacidade operária de produção (a força de trabalho) que representa as forças subjetivas da produção; e explica as relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho. O autor considera o trabalho como organizador da vida social, mas, igualmente espaço de resistência e do fazer histórico.

O processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de sociabilidade, de gênese histórica; no qual estão contidas, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nele desembocam e toda constituição viva do futuro (MENDES GONÇALVES, 1994).

Mendes Gonçalves (1992) afirma que, por meio das relações entre si, os homens-indivíduos-trabalhadores “entram” nos processos de trabalho, essas relações não são apenas “subjetivas”, mas se objetivam em relações com os objetos e os instrumentos de trabalho, e quando o processo termina deve haver como resultado, ao mesmo tempo: produtos, re-produção ampliada das forças naturais dominadas, reprodução das relações sociais referida aos objetos e aos instrumentos e, dentro e através disso tudo, reprodução dos próprios indivíduos-trabalhadores.

Ao analisar como o trabalho em saúde está inserido nas sociedades capitalistas, Mendes Gonçalves (1992), destaca que esse historicamente é utilizado como meio de controlar a doença em ampla escala social, assim como para recuperar a força de trabalho na mesma escala e, não menos importante, com objetivo de ampliar o direito e o consumo das classes com menor acesso aos bens produzidos. O referido autor faz considerações relevantes a respeito das mudanças que ocorreram no trabalho médico no ocidente em meados do século XIX, quando este deixa de ser derivado de saberes experimentais, e passa a ser identificado com as ciências positivas e, em consequência, conceber seu objeto de trabalho como verdadeiro e único, marginalizando e reduzindo ao charlatanismo os demais saberes (MENDES GONÇALVES, 1994).

Além dos estudos de Donnangelo (1975, 1976), Maria Cecília Puntel de Almeida (1984, 1991, 2000) e Mendes Gonçalves (1992, 1994), o estudo de Denise Pires (PIRES, 2008), realizado em 1996, é referência na análise dos processos de trabalho no setor saúde. A autora estudou as mudanças provocadas pela introdução de tecnologias de ponta no trabalho em saúde, especificamente em dois hospitais, com foco no trabalho de enfermagem. Pires afirma que “... as mudanças no trabalho industrial e nos serviços estão influenciando o setor saúde, destacando-se o uso de equipamentos de tecnologia de ponta e a terceirização” (PIRES, 2008, p. 19).

Em seu estudo, Pires (2008) salienta que o trabalho em saúde, apesar de não ter as características do trabalho industrial, sofreu influência das organizações produtivas arquitetadas a partir do taylorismo e do fordismo, e hegemônicas no Modo de Produção Capitalista. Entre as conclusões do estudo de Pires (2008), podemos destacar: houveram avanços nas políticas públicas de saúde no Brasil partir dos anos 80, com ampliação de direitos no caminho da universalização da assistência, mediante intensas disputas com o setor privado, que defende a regulação pelo mercado, sem abrir mão dos recursos públicos, seja pelo financiamento direto, seja por isenção de impostos. Os interesses privados apresentam-se como obstáculo a implementação dos princípios constitucionais (PIRES, 2008).

Pires (2008) também concluiu que o processo assistencial é centralizado pelo médico: o diagnóstico; os exames complementares; a terapêutica, o uso dos equipamentos de tecnologia de ponta, a internação e a alta hospitalar, são definidos pelo médico. Outros profissionais, em decorrência desse controle, dependem do

trabalho médico para que o seu trabalho possa ser realizado. Há ainda a transferência de atividades de menor complexidade a trabalhadores de nível médio ou elementar. O cuidado que resulta nesse panorama é fragmentado. E os trabalhadores e as instituições identificam a organização do trabalho em saúde praticada hoje como cristalizada e sem possibilidade de ser questionada, reavaliada e redefinida a partir das necessidades dos usuários e dos trabalhadores (PIRES, 2008).

A referida autora também constata que o positivismo é o paradigma científico de maior influência na produção de conhecimentos em saúde e na organização do trabalho assistencial, dificultando a percepção do ser humano como totalidade individualizada, com história de vida, emoções, interesses e inserção social, o que lhe confere possibilidades diversas de adoecer e acessar o sistema de saúde (PIRES, 2008).

Para Emerson Elias Merhy (2013), estudioso da temática, a estruturação e a gestão dos processos de trabalho são temas frequentes e problemáticos na organização de um sistema de saúde para todos, como pretende ser o sistema brasileiro. O processo de trabalho é considerado um nó crítico em distintas propostas e experiências com objetivo de mudança para um modelo comprometido com a melhoria da situação de saúde dos cidadãos.

O modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, precisa ser modificado, indo ao encontro do resgate aos preceitos constitucionais do SUS para garantir o direito efetivo à saúde a todos os brasileiros (CARVALHO; CUNHA, 2009).

2.2 Agente Comunitária de Saúde – Uma Trabalhadora da Atenção Primária

A inclusão de pessoas da comunidade que desenvolvam atividades de cuidado à saúde ou que exerçam alguma liderança nos cuidados primários é considerada um fator potencializador, pois aproxima a equipe de profissionais de saúde das necessidades da comunidade. Há registros da participação de trabalhadores com essas características há pelo menos 50 anos, em vários lugares, com peculiaridades quanto as atividades desenvolvidas, vínculo institucional, remuneração e nomenclatura. A participação de uma pessoa da cultura local nos cuidados de saúde tem sido utilizada em programas de pequena escala, restrito à

comunidade, município até escalas nacionais como no caso do Brasil (WHO, 2007).

O termo “agente comunitário de saúde” (ou CommunityHealthWorker) abrange uma variedade de auxiliares de saúde da comunidade selecionados, treinados e que trabalham nas comunidades onde vivem. Uma definição amplamente aceita foi proposta por um Grupo de Estudo da Organização Mundial de Saúde:

Os agentes comunitários de saúde devem ser membros das comunidades onde trabalham, devem ser selecionados pelas comunidades, devem responder às comunidades por suas atividades, devem ser apoiados pelo sistema de saúde, mas não necessariamente parte de sua organização, e devem ter treinamento mais curto do que trabalhadores profissionais (WHO,1989, p.8).

Outra definição também utilizada é a de Lewin e colaboradores (2005):

[...] qualquer trabalhador de saúde que desempenhe funções relacionadas com a prestação de cuidados de saúde; treinados de alguma forma no contexto da intervenção; e que não possui formação profissional formal ou para profissional certificada ou licenciada (LEWIN S.A. et al, 2005, p.12).

Contudo neste estudo será considerada a caracterização presente na Lei 11.350 de 2006, para qual são ACS aqueles profissionais que:

[...] exercem atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (LEI Nº 11.350, 2006).

A inclusão de pessoas com a caracterização de ACS nas equipes de saúde da Atenção Primária em diversos países remonta da década de 1970, que apresentam diversidade de objetivos e características de atuação ao longo do tempo. A fim de apresentar este panorama a OMS publicou ampla revisão que investigou viabilidade e eficácia de programas com ACS, essa incluiu publicações desde o final da década de 1970.

As conclusões da referida revisão apresentam desafios comuns aos programas de Trabalhadores Comunitários de Saúde (ou CHW) em todo o mundo:

problemas com a apropriação da comunidade, demandas por treinamento, remuneração e suprimentos, falta de supervisão e atitudes negativas dos serviços formais de saúde. No entanto, em vez de abandonar os programas, parece haver uma grande determinação em visualizar e abordar esses desafios no contexto de um desenvolvimento mais amplo dos recursos humanos e dos sistemas (OMS, 2007).

A contribuição efetiva das ACS está relacionada à possibilidade de serem cuidadosamente selecionadas, adequadamente treinadas e adequadas e continuamente apoiadas. Sistemas de CHW de larga escala requerem aumentos substanciais no suporte para treinamento, gerenciamento, supervisão e logística (OMS, 2007).

2.2.1 A Agente Comunitária de Saúde no Brasil

O processo de municipalização dos serviços de saúde iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, ampliado com a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 (MATTA G.C., 2008) evoluiu ao atual Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS representa uma conquista democrática do movimento social organizado em torno da Reforma Sanitária brasileira, marco do desenvolvimento de uma nova forma de pensar e fazer saúde no país, assim como da formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde. O movimento em questão, além da dimensão ideológica, na qual se disputaram concepções, valores e práticas, incorporou a dimensão das relações existentes entre a saúde e economia, trabalho, educação, salário, habitação, saneamento, transporte, terra, meio ambiente, lazer, liberdade e paz (BRASIL, 1986).

O projeto construído pela Reforma Sanitária está entrelaçado com a perspectiva de reforma social, com a construção de um Estado democrático, para além de uma reforma setorial, que ao ampliar o referencial teórico e o campo de análise das relações entre saúde e condições de vida e trabalho, recoloca a saúde como prática social e não apenas como fenômeno biológico. (PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F., 2008).

A Reforma Sanitária brasileira, com seus eixos presentes no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, contempla reconhecimento da dinâmica do fenômeno saúde-doença em toda a sua extensão por meio dos indicadores de saúde, da organização das instituições que atuam no setor, da produção de medicamentos e

equipamentos, e da formação dos trabalhadores de saúde. A proposta construída trouxe o grande desafio do perfil dos trabalhadores para viabilizar a premissa constitucional de que a *saúde é um direito de todos e dever do Estado*, baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, o que pressupõe, entre outros, repensar a formação profissional dos trabalhadores da saúde (PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F., 2008).

Além de repensar a formação e o processo de trabalho dos profissionais que tradicionalmente faziam parte das equipes de saúde, como auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, outros profissionais foram inseridos nas equipes com objetivo de viabilizar um novo modelo de atenção à saúde, como, por exemplo, as ACS. A inserção de pessoas da comunidade, sem uma educação formal na área da saúde, mas com treinamento breve, a fim de ampliar e aproximar os cuidados de saúde à comunidade foi recomendada no Relatório da Conferência de Alma Ata (1978) e sofreu grande expansão no Brasil a partir do final da década de 1980.

O crescimento numérico desse trabalhador na Atenção Básica brasileira, bem como o incremento do PSF/ESF podem ser significativos por duas lógicas diferenciadas: de um lado, uma política que busca romper com o modelo hospitalocêntrico, a fim de reconfigurar a forma de atenção à saúde no país, no caminho da concretização do SUS; de outro lado, uma política de focalização direcionada a grupos populacionais em estado de extrema pobreza, resposta às políticas neoliberais aprofundadas a partir da década de 1990 (FONSECA, 2007). Tanto no caminho da mudança de modelo como para amenizar os resultados das opções econômicas do governo, conferem às ACS um caráter de grande complexidade.

O Ministério da Saúde brasileiro, desde 1943, formou pessoal auxiliar por intermédio da Fundação Especial de Saúde Pública, os quais eram denominados de *visitadores sanitários, guardas da malária, auxiliares de saneamento*, com objetivo de ampliar as atividades das unidades de saúde para áreas fora de seu alcance (BASTOS *apud* FERRAZ; AERTZ, 2005). As atividades desenvolvidas por esses trabalhadores apresentavam similaridades com o fazer das atuais ACS.

A inserção da ACS nos serviços de saúde no Brasil foi uma das iniciativas adotadas pelo Ministério da Saúde para viabilizar a mudança do modelo assistencial em saúde de acordo com pressupostos da Atenção Primária à Saúde, modelo de

atenção concebido na década de 1970. A Atenção Primária, ou Cuidados Primários à Saúde, foi considerada pela Organização Mundial de Saúde a chave para que a meta “*Saúde para todos no ano 2000*” fosse alcançada (OMS,1978).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde brasileiro foi inspirado na exitosa experiência desenvolvida no estado do Ceará. Neste estado do nordeste brasileiro, em 1987, iniciou-se como “frente de trabalho” em uma conjuntura de seca, um programa estadual com recursos de fundos de emergência oriundos do governo federal, envolveu principalmente mulheres que após duas semanas de treinamento, realizavam ações básicas de saúde em 118 municípios do interior do Ceará (BRASIL,2002).

Após a suspensão dos recursos federais ao programa, o tesouro estadual passou a mantê-lo a partir de setembro de 1988. Nessa segunda fase o programa não tinha mais o caráter emergencial que lhe deu origem, almejava ampliar a cobertura e interiorizar as ações de saúde. Foram contemplados 45 municípios do interior do estado em ações dos agentes comunitários de saúde com o objetivo de “melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da sua própria saúde”, valendo-se de visitas domiciliares regulares às famílias que cada um era responsável (SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W.,2002).

A partir dos bons resultados com diminuição dos índices de mortalidade infantil no Ceará foi criado, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS, o qual inicialmente detinha como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Em 1992 o PNACS foi transformado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS pelo Ministério da Saúde.

No estado do Rio Grande do Sul experiências anteriores ao PNACS com *agentes de saúde* ou *auxiliares de saúde*, aconteceram no noroeste do estado nos municípios de Ajuricaba, Braga e Tenente Portela, entre outros, sendo que no primeiro datando de 1982. A atuação desses trabalhadores era vinculada inicialmente à cooperativa de produtores rurais, sindicatos ou mesmo prefeituras com investimento próprio. As agentes de saúde eram escolhidas pelas comunidades onde residiam e iam trabalhar, e a instrumentalização para as atividades propostas se dava por treinamentos teórico-práticos que variavam de 360 à 250 horas, sob coordenação de enfermeiras com participação de outros profissionais da equipe de saúde (LAPISCHIES S.R.C., 1986). A inserção das Agentes de Saúde sofreu

expansão para outras regiões do estado, e em 1990 vinte municípios contavam com a atuação dessas trabalhadoras (KANTORSKI L.P., 1990).

Em 1994, o PACS foi integrado ao Programa de Saúde da Família – PSF, atual Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo, a primeira regularização da atividade de Agente Comunitária de Saúde (ACS) aconteceu somente em 1999, com o Decreto 3.189/99 que define a configuração de trabalho de ACS:

Art. 1º Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.

Art. 2º São consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação:

- utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação;
- executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;
- registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade devida;
- realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade devida;
- desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde.

Parágrafo único. As atividades do ACS são consideradas de relevante interesse público.

Art. 3º O ACS deve residir na própria comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade e preencher os requisitos mínimos a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 4º O ACS prestará seus serviços, de forma remunerada, na área do respectivo município, com vínculo direto ou indireto com o Poder Público local, observadas as disposições fixadas em portaria do Ministério da Saúde.

Contudo a formalização da profissão de ACS aconteceu em 2002 com a Lei nº 10.507, de 10 de julho, que definiu seu exercício como exclusivamente no âmbito do SUS e sob a supervisão do gestor local em saúde.

A profissional ACS desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como foco as atividades educativas em saúde, em domicílios e coletividades, contribuindo para a ampliação do acesso da população às ações e

serviços de saúde, na perspectiva da promoção social e de proteção da cidadania (BRASIL,2004b).

Como decorrência da Lei 10.507/2002, foi estabelecida a Ementa nº 51/2006 indicando a contratação da ACS por meio de processo seletivo público e a Lei nº11.350/2006 estabeleceu o regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho para esses profissionais.

Com o Perfil de Competências Profissionais da ACS, elaborado em 2003, a ACS foi reconhecida como uma trabalhadora de interface no campo da saúde e da ação social, integrando a *Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*. No ano seguinte, 2004, foi estabelecida Portaria que viabiliza essa formação para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A fim de viabilizar o processo de formação da ACS, e sob articulação entre os Ministério da Educação e da Saúde, foi elaborado o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – Área Profissional Saúde (MARTINS, 2012; BARROS et al., 2010).

O curso de Técnico em Agente comunitário de Saúde em sua proposta curricular é composto por três etapas com carga horária de 1.200 horas e com referência no ensino por competências, conforme recomendações da Leis de Diretrizes e Bases da Educação e da Resolução nº04/99 da Câmara de Educação Básica (BARROS et al., 2010). Cursos nessa modalidade foram desenvolvidos por diversas instituições, como por exemplo Institutos Federais de Educação e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), contudo não se constituem em pré-requisito para admissão como ACS.

Não obstante os avanços apresentados, a formação das ACS é um desafio. Uma formação gradual, permanente e realizada pelos estados e municípios em parceria com as Escolas Técnicas do SUS e que considere o contexto de trabalho das ACS, observando as demandas locais, é almejada. A formação é responsabilidade do gestor e não deve estar vinculada a um profissional, sendo que a corresponsabilização no acompanhamento e reorientação das ações é de todos os profissionais da equipe de saúde da família, apesar de, historicamente, o enfermeiro ter assumido um papel central nessa formação (BRASIL, 2016).

Desconexo ao processo em andamento para que as ACS recebam formação para as atividades que estão previstas na legislação do SUS, em janeiro 2018 foi instituído pelo Ministério da Saúde, com a portaria nº83/2018, o Programa de

Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS), que regulamenta a oferta de curso de formação técnica em enfermagem para as categorias de ACS e Agente de Combate à Endemias (ACE). O referido programa, além de ampliar e diversificar a formação e a educação permanente, prevê a ampliação do escopo das práticas na atenção básica.

A referida proposta de formar de ACS e ACE como técnica(o)s de enfermagem vai ao encontro das mudanças expressas na última Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017) que flexibiliza a conformação das equipes assim como quanto a exigência de ACS, 40 horas semanais e área adstrita com cobertura de ACS não são mais pré-requisitos para que repasses financeiros sejam efetuados. Além de que a trabalhadora contratada como ACS ou ACE e com formação em técnico de enfermagem poderá ser determinado que exerça atividades das duas funções. Profissionais que são protagonistas na formação das ACS, como a professora Regina Nogueira da EPSJV/Fiocruz, afirmam que as mudanças se traduzem em “aumento das atribuições desses trabalhadores e a descaracterização do perfil profissional” (NEVES, J.,2018).

No decorrer do tempo as análises do processo de trabalho das ACS sofreram algumas mudanças, se nos anos iniciais de incorporação dessa trabalhadora nas equipes da atenção básica os temas mais abordados eram o grande potencial de educador como agente de mudança (BRASIL, 2006) e capacidade de ser o “elo” entre a equipe e a comunidade, nos últimos anos a burocratização e fragmentação do trabalho, assim como o afastamento das famílias, com perda da identidade com a comunidade são mais presentes (RIQUINHO,D.L. et al, 2018; COSTA et al, 2011; GALAVOTE H.S. et al,2011;FERREIRA,V.S.C. et al, 2009; FERRAZ L.; AERTS D.R.G.C.,2005).Alguns fatores possivelmente estão relacionados a esse processo como a mudança na metodologia do processo seleção das ACS, a expansão de atividades de vigilância em saúde e a informatização de registros e fluxos na rede de saúde.

No contexto da ESF a ACS organiza seu processo de trabalho no território de acordo com um cronograma, identificado com o modo tradicional de organização do processo de trabalho nas unidades de saúde e focado em ações programáticas determinadas por outras instâncias do sistema, que classifica os agravos mais comuns na área e indica os dias em que serão atendidos os usuários portadores

destes agravos. O processo de trabalho da ACS no domicílio está sendo comandado mais pelo critério programático do que pela necessidade do usuário e sua família (FERREIRA, V.S.C. et al, 2009).

Os conflitos entre o saber técnico e o saber popular, entre fazer parte da equipe e fazer parte da comunidade estão marcados no processo de trabalho das ACS. O contraditório faz parte do cotidiano dessa trabalhadora, manifesto no relacionamento com as famílias do território, onde as demonstrações de carinho, preocupação e compreensão com o sofrimento e articulação de estratégias diferenciadas de cuidado a partir da singularidade de cada caso estão presentes; assim como na relação com a equipe, tensa e caracterizada pelo não reconhecimento da sua capacidade técnica de trabalho e por não legitimar ou mesmo questionar a ação do ACS naquilo que ele inova (FERREIRA,V.S.C. et al, 2009).

O fazer da ACS está direcionado para o apoio aos indivíduos e coletivos sociais, por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos, com ações educativas e de acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos, mobilizando práticas de promoção da vida na coletividade e de desenvolvimento de interações sociais. Estas características apontam para uma singularidade e especificidade profissional, que a situa na interface intersetorial da saúde, ação social, educação e meio ambiente (MARQUES & PADILHA, 2004). A complexidade de atividades e responsabilidades assumidas por essas trabalhadoras ao serem identificadas como ACS pode ser motivo de satisfação e reconhecimento, contudo, exposição a situações estressantes, cansaço e frustração também podem fazer parte do cotidiano dessa atividade, constituindo fatores de risco psicossociais.

2.3 Estresse

O precursor dos estudos sobre o estresse foi Hans Selye, que desenvolveu pesquisas na área da biologia nas décadas de 1930-50 e reconheceu a Síndrome Geral de Adaptação, mais tarde denominada por ele de “*stress response*”: a tríade de glândulas adrenais alargadas, atrofia ganglionar e tímica e úlceras gástricas. A partir das descobertas de Selye, Leonard Levi distinguiu o estresse “positivo” e “negativo” (SZABO S.; TACHE Y.; SOMOGYI A.,2012): “Estresse é o estado no qual extensas regiões do organismo desviam-se da condição normal de repouso” (SELYE

H, 1946; 1977, p.313).

Estresse não é o fator que atua sobre o organismo, mas a resposta do organismo provocado pela ação desse fator, ou alarmógeno. Compreende as premissas:

- Qualquer estresse desenvolve uma síndrome com manifestações gerais e essencialmente similares;
- Esta síndrome contribui para a adaptação;
- A adaptação pode causar doença (SZABO S, TACHE Y, SOMOGYI A, 2012).

A Síndrome Geral de Adaptação (SGA) consiste em um conjunto de reações inespecíficas e gerais, contra estímulos persistentes causadores de estresse. Esta torna-se patológica quando as reações fisiológicas de defesa se ampliam e intensificam e assumem um curso anormal devido a interferências patológicas ou quando perdem relação com a intensidade do alarmógeno. A SGA apresenta três fases:

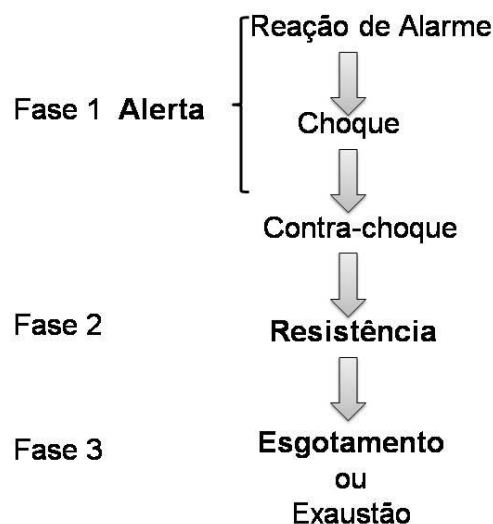


Figura 1 – Síndrome Geral da Adaptação

A Fase de Resistência apresenta manifestações gerais que se assemelham à fase de alerta, mas a adaptação não consegue mais ser mantida.

A Fase de Esgotamento acontece quando o estresse persiste enfraquecendo a adaptação ou resistência adquirida pelo organismo que, aos poucos chega ao cansaço e se descompensa.

Síndrome Geral de Adaptação é definida como a somatória das reações sistêmicas não específicas do corpo que se seguem à exposição continuada ao estresse. Quando, no início do século passado, Selye identificou a SGA também cogitou sua conexão com várias doenças devido à quebra do mecanismo de adaptação hormonal (LIPP, 2015).

A teoria do estresse elaborada por Selye teve sua perspectiva ampliada ao incorporar novos elementos com a expansão do conceito de ambiente físico e microbiológico para o ambiente social (CASSEL, 1974) e para a dimensão psicológica por Lazarus e Folkman (1984). Com essa perspectiva, as elaborações de Selye forneceram bases teóricas para investigações sobre fontes de estresse, insatisfação e tensão no ambiente de trabalho (ARAÚJO, 2011)

Lazarus e Folkman (1984) destacaram a importância da avaliação cognitiva da situação (o fator estressor) como determinante na definição de porquê e quando a situação é estressora e também para mobilizar o esforço de enfrentamento diante do estressor. Os mesmos autores introduzem o conceito de coping que identifica o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para avaliar e gerenciar as exigências externas e/ou internas. As respostas ao fator estressor se darão a partir das experiências pessoais e das especificidades do estímulo (novidade, previsibilidade, intensidade) (JACQUES, 2003).

2.3.1 Estresse no Trabalho

Os estudos sobre estresse no mundo do trabalho têm aumentado a partir da década de 90, principalmente sobre seus impactos na saúde do trabalhador e na gestão. O interesse para os efeitos de riscos psicossociais e do estresse relacionado ao trabalho também tem crescido entre pesquisadores e lideranças políticas (WHO, 2007).

A prática de segurança e saúde no trabalho com foco nos riscos ocupacionais mais conhecidos, como mecânicos, físicos, biológicos, químicos, expandiu seu interesse para os riscos psicossociais no trabalho. A abordagem tradicional foi ampliada para incorporar a saúde comportamental, psicologia da saúde ocupacional e bem-estar social, reconhecendo dessa forma a necessidade dos trabalhadores em conduzir uma vida economicamente produtiva e saudável. Uma vida saudável é resultante de uma variedade de fatores (BRASIL, 1986) influenciados por fenômenos

socioeconômicos globais.

Entendendo a globalização como um fenômeno socioeconômico (Harvey, 1993) identifica-se a desregulamentação das relações de trabalho como um de seus efeitos, e que pode ser traduzida em menor proteção aos direitos dos trabalhadores, particularmente benefícios de saúde e aposentadoria, bem como menor segurança no emprego. Como resultado, há um aumento do desemprego e do subemprego e a aceitação de empregos inadequados (WHO, 2007). No Brasil esse processo foi agudizado institucionalmente pela desestruturação da legislação trabalhista por meio da Lei Nº 13.467, de 13 de julho de 2017, que fez alterações na Consolidação das Leis Trabalhistas, assim como por outras “reformas” que reduzem direitos de trabalhadores de instituições públicas.

As situações de trabalho são vivenciadas como estressantes quando percebidas envolvendo demandas de trabalho que não estão bem adaptadas aos conhecimentos e habilidades (competências) dos trabalhadores ou suas necessidades, especialmente quando esses trabalhadores têm pouco controle sobre o trabalho e recebem pouco apoio no trabalho (COX T, 1993).

O estresse relacionado ao trabalho foi definido pela OMS como:

[...] um padrão de reações que ocorre quando os trabalhadores recebem demandas de trabalho que não são compatíveis com seus conhecimentos, destreza ou habilidade e que desafiam sua capacidade de lidar (WHO, 2007.p.13).

A fim de especificar as abordagens de estresse no mundo do trabalho, o termo *estresse ocupacional* é utilizado, visto que a palavra estresse é empregada em variedade de situações; desde identificar um estressor, estratégias de coping, resposta ao estresse, estresse biológico, psicológico, social ou ambiental; ou até mesmo para identificar situações de irritação, ansiedade ou casos graves de adoecimento mental (ARAÚJO,2011).

Entre os estudos brasileiros que avaliam exposição ao estresse crônico e o sofrimento oriundo dessa exposição em trabalhadores da saúde e da educação, a Síndrome de Burnout, caracterizada como reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com seres humanos em situações problemáticas, tem sido utilizada para análise. Essa abordagem incorpora o trabalho como fator determinante do sofrimento psíquico (JACQUES,2003).

Contudo é dada pouca importância ao processo de trabalho, aos aspectos ambientais e organizacionais nos estudos derivados da teoria do estresse, acarretando propostas de intervenções limitadas no ambiente de trabalho (ARAÚJO, 2011).

De uma forma geral, sem identificar particularmente a atividade desenvolvida pelo trabalhador, o estresse relacionado ao trabalho pode ser desencadeado por variedade de situações, tais como:

[...] alto ritmo de trabalho, pressão de tempo; falta de controle (sobre o ritmo e riscos físicos); baixa participação; pouco apoio de colegas e supervisores; carreira precária ou inexistente; insegurança no trabalho; longas horas de trabalho; baixo salário; assédio sexual e/ou psicológico; interface trabalho-família/casa; conflito de responsabilidades e papéis, particularmente para mulheres; trabalhar em casa; família exposta a riscos relacionados ao trabalho; violência doméstica, agressão física, estupro; dificuldades na logística da vida diária (WHO, 2007. p.19).

O estresse relacionado ao trabalho pode levar a diversos problemas de saúde que afetam a saúde fisiológica e psicológica, bem como a cognição e os comportamentos do trabalhador; os riscos psicossociais e organizacionais não são danosos apenas para a saúde psicológica (COX T., 1993). Ausência ao trabalho devido a problemas de saúde mental, musculoesqueléticos ou cardiovasculares pode ser o resultado do estresse relacionado ao trabalho, e, eventualmente, a incapacidade para o trabalho ou morte poderá ser a consequência (WHO, 2007).

Quando existe um desequilíbrio percebido entre demandas e recursos ambientais ou pessoais, as reações podem incluir: respostas fisiológicas ao estresse, tais como aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão sanguínea, aumento da tensão muscular, transpiração; aumento da produção e secreção de adrenalina e cortisol e respiração superficial em frequências mais altas; respostas emocionais, por exemplo, irritação, ansiedade; respostas cognitivas tais como, redução ou limitação da atenção e da percepção, esquecimento; e reações comportamentais que podem incluir, diminuição da produtividade e cometer erros (WHO, 2007).

As preocupações com o bom desempenho e o medo das consequências resultantes de falhas despertam emoções negativas, ansiedade, irritação e raiva. A experiência de estresse é intensificada se nenhum suporte ou ajuda estiver disponível em colegas ou supervisores. Portanto, o isolamento social e a falta de

cooperação aumentam o risco do estresse prolongado no trabalho, bem como os resultados negativos relacionados à saúde e ao aumento do risco de acidentes (WHO, 2007).

O monitoramento de forma contínua e consistente da organização e do local de trabalho para causas de estresse relacionado ao trabalho, juntamente com outros riscos para a saúde contribui para acompanhar as mudanças nos fatores envolvidos. Em pesquisas e outras ações de coleta de dados deve ser dada atenção às circunstâncias que caracterizam a natureza do trabalho e a vida quotidiana dos trabalhadores (WHO, 2007).

A abordagem para as investigações do estresse relacionado ao trabalho pode utilizar diferentes formas de medidas, de acordo com Cohen e Williamson (1983), que identificaram três possibilidades para fazê-lo: avaliar a presença de agentes estressores específicos; mensurar a percepção de estresse individual de forma global, independente dos agentes estressores; e avaliar o nível de estresse por meio de escalas que quantificam o impacto de eventos estressores específicos.

Existem diversos instrumentos empregados para avaliar estresse e estresse relacionado ao trabalho, elaborados a partir de referências teóricas diferentes. No Brasil estão entre os utilizados com trabalhadores da saúde o Estresse Percebido, o modelo Demanda-Controle, a escala ERI (EffortRewardImbalance), o Inventário de Sintomas de Stress em Adultos (ISSL). A prevalência de estresse identificada com o ISSL foi de 67,1% em professores de escolas públicas (MARTINS, 2007), 66,66% em enfermeiros hospitalares (PAFARO et al, 2004), 55,4% em equipe de enfermagem hospitalar (FERREIRA et al, 2009), 49,7% em estudantes de medicina (AGUIAR, 2009) e 36% em profissionais da Saúde Mental (SANTOS et al, 2010).

2.4 Revisão Sistemática

Foi realizada uma revisão sistemática com buscas em bases eletrônicas a fim de identificar artigos sobre estresse no trabalho e sua associação com fatores relacionados ao trabalho como Agente Comunitária de Saúde na Atenção Básica. A busca efetivou-se nos meses de novembro de 2017 a janeiro de 2018, e rastreou estudos publicados sem limitação temporal, no Brasil ou exterior em que o estresse foi variável analisada a partir de sua conexão com a atividade das Agentes Comunitárias de Saúde.

As bases de dados utilizadas para rastreamento dos artigos foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo.org, Web ofScience e PubMed (Publisher Medline), por meio da combinação das palavras chave: "*primaryhealthcare*", "*healthpersonnel*", "*communityhealthworkers*", "*occupationalhealth*", "*occupational stress*", "*burnout*", "*professional*", "*mentalhealth*", e suas respectivas versões em português, limitados a publicações em português, inglês e espanhol. A produção de teses sobre a temática foi rastreada na Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações. Também foram analisadas as listas de referências dos artigos selecionados e verificados os elegíveis. Os processos de seleção e avaliação de artigos foram realizados por pares.

Os critérios de inclusão utilizados na seleção dos estudos foram: - estudos quantitativos; - participantes trabalham em APS, - amostra inclui ACS, - dados do ACS são discriminados e analisados em separado de outros trabalhadores, - análise do estresse e suas possíveis associações.

A primeira fase da análise foi realizada com base nos títulos e resumos de todos os artigos que preenchiam os critérios de inclusão ou que não permitiam se ter certeza de que deveriam ser excluídos. Após análise dos resumos, todos os artigos selecionados foram obtidos na íntegra e posteriormente examinados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

2.4.1 Resultados

Um total de 396 artigos foram obtidos por meio do primeiro rastreamento: 94 estudos na Biblioteca Virtual em Saúde, 53 no Scielo.org, 44 na Web ofScience e 205 no PubMed; e oito teses foram rastreadas.

A partir de uma primeira avaliação foram excluídos artigos que não se relacionavam ao trabalho em Atenção Primária à Saúde, artigos de revisão e de metodologias qualitativas (280), e também duplicados (118) restando assim 19 estudos na Biblioteca Virtual em Saúde, 16 no Scielo.org, 11 na Web ofScience e 36 artigos do PubMed, conforme figura 1. Uma leitura mais acurada dos resumos identificou outros artigos para exclusão em razão de se tratarem de: outro nível de atenção à saúde, profissionais outros de Atenção Primária à Saúde (não ACS), dados globais da equipe, revisões de literatura e os estudos que utilizaram exclusivamente metodologias qualitativas, totalizando 43 excluídos e 44 estudos

considerados relevantes ao contexto da revisão, sendo dois na forma de tese.

Através da leitura dos artigos completos, foram excluídos aqueles cuja temática não atendia ao objetivo estabelecido, tais como: dados de trabalhadores das equipes analisados em bloco; trabalhadores de APS sem ACS e identificados 10 artigos e duas teses para análise e síntese.

As listas de referências dos artigos selecionados foram revisadas e recuperado um artigo para ser incluído na revisão. Foi realizada busca a fim de rastrear artigos oriundos das duas teses selecionadas, com o rastreamento dos artigos que atendiam aos critérios de inclusão os mesmos foram incluídos e as respectivas teses excluídas. Incluído também um artigo oriundo de busca livre nas bases de dados indexadas.

Um quadro inicial foi construído com as informações metodológicas relevantes de todos os artigos incluídos na revisão (Apêndice A), no qual estão contempladas informações sobre autoria, objetivos, metodologia e principais resultados.

As ACS fazem parte das equipes de Atenção Básica no Brasil desde 1991 (BRASIL, 2004) quando foi instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) contudo, com a realização de buscas, sem limitação temporal, de estudos quantitativos com amostras representativas de trabalhadores brasileiros que investigaram estresse no trabalho, foram identificadas oito publicações a partir de 2013, as quais tiveram como local de coleta principalmente os estados de: São Paulo (LEONELLI, L.B. et al, 2017; SILVA, A.T.C.; LOPES, C.S.L.; ATANES, A.C.M. et al, 2015), Minas Gerais (ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A.A., 2016; HAIKAL, D.A.S., 2013), Sergipe (MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, P.S., 2014 e SANTOS, I.E.R., 2014) e Rio Grande do Sul (KNUTH, B.S. et al, 2015).

Na maioria dos estudos selecionados outras categorias profissionais que compõem as equipes de Atenção Primária à Saúde foram também investigadas (LEONELLI, L.B. et al, 2017; SILVA A.T.C., LOPES C.S.L., MENEZES P.R., 2016; ATANES, A.C.M. et al, 2015; KNUTH, B.S. et al, 2015; HAIKAL, D.A.S., 2013) sendo que apenas três estudos avaliaram exclusivamente as ACS (ALCÂNTARA, M.A. & ASSUNÇÃO, A.A., 2016, MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, P.S., 2014 e SANTOS, I.E.R., 2014). Tamanhos das amostras estudadas também foram diversos: acima de 1.000 ACS (SILVA A.T.C., LOPES C.S.L., MENEZES P.R., 2016), entre 200 e 500 ACS (HAIKAL, D.A.S., 2013; LEONELLI, L.B. et al, 2017; ATANES,

A.C.M. et al, 2015; SANTOS, I.E.R., 2014; MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, P.S., 2014, entre 100 e 200 ACS (ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A.A., 2016 e KNUTH, B.S. et al, 2015).

Os estudos selecionados utilizaram quatro escalas diferentes para avaliar estresse no trabalho, quais foram: a Job Stress Scale - JSS (MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, P.S., 2014), o JobContentQuestionnaire - JCQ (ALCÂNTARA, MA & ASSUNÇÃO, AA, 2016; SILVA ATC, LOPES CSL, MENEZES PR, 2016) a Perceived Stress Scale - PSS (LEONELLI, LB et al, 2017 e ATANES, ACM et al, 2015), o EffortRewardImbalance – ERI (HAIKAL, DAS, 2013) e o Inventário de Sintomas de Stress em Adultos - ISSL (KNUTH, BS, 2014 e SANTOS, IER, 2014). A utilização de escalas e métodos de análise diferentes para avaliação do estresse no trabalho apresentado pelas ACS dificulta a comparação de seus resultados, dessa forma seus resultados serão apresentados de maneira descritiva.

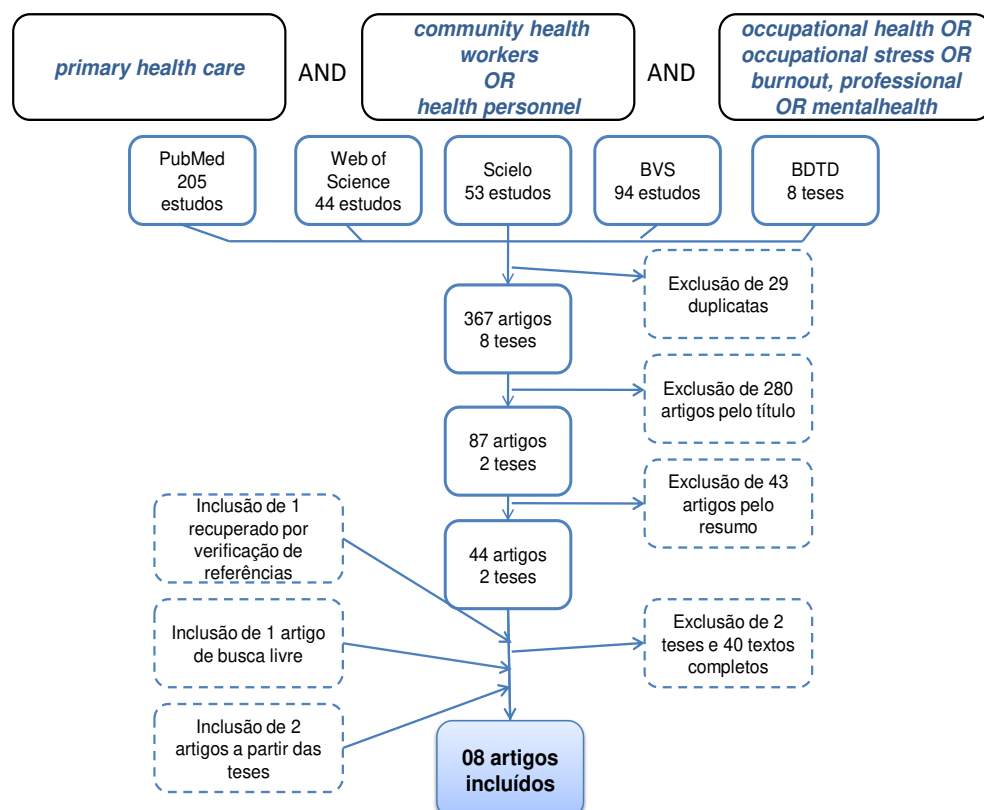


Figura 2 - Fluxograma da busca nas bases de dados, da exclusão e seleção dos artigos.

Na capital do Sergipe, Aracaju, foi realizado estudo com 222 ACS a fim de investigar a Síndrome de Burnout e suas associações com o trabalho. Essa amostra

era formada por mulheres em sua grande maioria, 87,8%, na faixa etária de 30 a 49 anos, 69%, “pardas”, 64%, com ensino médio completo, 58,5%, com companheiro, 48,2% e com filhos, 56,3%. O JSS identificou 57,2% de trabalho ativo (intermediário ao estresse), 15,3% em trabalho de alta exigência (considerado estressor), e que não apresentaram correlação com a Síndrome de Burnout, identificada em 29,3% das ACS. Quanto ao apoio social, 75,6% referiram alto apoio social (MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, P.S., 2014).

Estudo (ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A.A., 2016) com 196 ACS da capital de Minas Gerais, identificou uma prevalência de TMC de 26,5% e associação significativa com de altas demandas psicológicas: $RP=1,77$, $IC=1,14 - 2,76$ após ajustes. O trabalho das ACS dessa amostra foi caracterizado, de acordo com a modelo demanda/controle, com demanda física alta= 44,4%, demanda psicológica alta = 32,7%, controle sobre o trabalho baixo = 62,7% e apoio social baixo = 41,8%.

Silva A.T.C., Lopes C.S.L. e Menezes P.R. (2016) realizaram investigação na cidade de São Paulo/SP a fim de identificar o estresse, sintomas depressivos e provável depressão maior em equipes de atenção básica. Em uma amostra de 2.940 trabalhadores, com 90,5% (2.661) do sexo feminino, 36,6% (1075) com tempo de trabalho de 2 a 6 anos e (60,2%) 1.770 de ACS, foi identificado que as ACS apresentavam maior proporção de trabalhadoras com baixo controle sobre o trabalho do que os demais participantes, enquanto médicas e enfermeiras, maior proporção de trabalho de alta demanda. As ACS apresentaram 11,7% de trabalho ativo (intermediário ao estresse ocupacional), 21,8% com trabalho de alta exigência, considerado estressor, e apresentaram a maior prevalência de provável depressão maior, 18% ($p \leq 0,001$). Sintomas depressivos e provável depressão foram significativamente associados com baixo apoio social ($OR = 3,01$; $IC\ 95\% = 2,20, 4,12$). Os ACS eram mais propensos a ter sintomas e provável depressão maior do que médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem ($p < 0,001$). Trabalhadores com 2 anos ou mais no PSF tiveram OR maiores para sintomas depressivos e provável depressão maior do que aqueles que trabalham por menos tempo (tendência $p < 0,001$). Participantes que relataram não receber feedback de seu supervisor apresentam maior chance ter sintomas depressivos ($OR = 1,40$; $IC95\% = 1,13, 1,73$) e provável depressão maior ($OR = 1,90$; $IC95\% = 1,44, 2,51$). Não encontrada associação entre trabalhar em área carente e depressão.

No estudo de Haikal, D.A.S. (2013) com 752 trabalhadores da APS de Montes Claros/MG, entre as quais 470 ACS, foram investigados qualidade de vida, satisfação com o trabalho, presença de transtornos psíquicos e atividade física. O modelo ERI foi utilizado para avaliar esforço, recompensa e comprometimento no trabalho e sua implicação na condição de saúde dos trabalhadores. De acordo com o ERI, as ACS apresentaram maior proporção de desequilíbrio esforço/recompensa, 71,1%, e comprometimento excessivo, 3,7% do que os demais profissionais. O desequilíbrio esforço/recompensa foi significativamente superior do apresentado pelos profissionais de nível superior e de nível médio. A maioria das categorias profissionais apresentou ausência de comprometimento excessivo.

A média de estresse percebido (EP) das ACS, $42,9 \pm 14,1$, foi superior à média de todos profissionais das UBS de São Paulo avaliados ($42,2 \pm 13,9$), inferior apenas à média das enfermeiras (LEONELLI, L.B. et al, 2017) em estudo com 570 profissionais da estratégia saúde da família (ACS, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e médicas). Os autores procuraram explicar o EP utilizando três modelos de análise: modelo 1= com dados sociodemográficos dos indivíduos, características profissionais, UBS e equipe dentro de UBS; modelo 2= características individuais, efeitos de UBS e de equipe dentro de UBS; modelo 3= modelo 2 mais proporção de equipes incompletas, isto é, proporção de equipes sem médicos das UBS. Com a análise do modelo 1 não foram significativamente associadas as variáveis escolaridade, renda, idade, capacitação específica para atuar na ESF e praticar atividades antiestresse com EP. No modelo 2 não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre EP de médicos, enfermeiros e agentes comunitárias de saúde, mas os auxiliares de enfermagem apresentaram menor pontuação média de EP em relação aos demais profissionais ($p = 0,041$). Notou-se uma tendência de maior EP nos sujeitos do sexo feminino ($\beta = 5,8$; $p = 0,067$), e diferenças entre as médias de EP quanto ao estado civil de viuvez ($\beta = -10,7$; $5,8$; $p = 0,027$), tempo de trabalho maior ou igual a um ano ($\beta = 5,9$; $p = 0,002$), não prática de credo religioso ($\beta = 3,1$; $p = 0,032$) e UBS ($p = 0,041$). Com a análise do modelo 3 foram observadas maiores médias de estresse no gênero feminino ($\beta = 6,2$; $p = 0,042$); tempo de trabalho igual ou superior a um ano de serviço ($\beta = 5,2$; $p = 0,003$); nas categorias profissionais envolvendo médicos, enfermeiros e ACS ($p = 0,033$); e não praticantes de credos religiosos ($\beta = 3,8$; $p = 0,004$); e menor escore médio de estresse em viúvos ($\beta = -9,8$; $p = 0,033$).

Observou-se também que, quanto maior for a proporção de equipes incompletas em cada unidade de saúde, maior é o EP ($\beta = 4,2$; $p = 0,047$). Com efeito UBS compostas somente de equipes incompletas têm em média 4,2 pontos de acréscimo no EP em relação às UBS com todas as equipes completas.

Atanes, A.C.M. e colaboradores (2015) investigaram estresse percebido (EP) e atenção plena entre trabalhadores da Atenção Básica e identificaram que as pontuações mais altas das médias de EP estavam entre as enfermeiras (5,5) seguidas pelas ACS (4,0). As ACS apresentaram menor satisfação com a vida comparadas aos auxiliares de enfermagem. Trabalhadores que estavam na atividade há 1 ano ou mais, em comparação com 6 meses ou menos, apresentaram menor satisfação com a vida e maiores diferenças no estresse. Enfermeiros e ACS apresentaram baixos níveis de bem-estar subjetivo e níveis mais baixos de efeito positivo e significativo efeito negativo = ambas categorias estão sobtensão.

O estudo de Knuth, B.S. et al (2015) tinha como objetivo verificar fatores associados ao estresse e aos níveis de salivares de cortisol nas ACS do município de Pelotas/RS. Esse analisou dados de 131 trabalhadoras, com expressiva maioria de mulheres, 89,3% e tempo de trabalho superior a 12 meses, 71,8%. De acordo com a escala ISSL foi identificado que 30,5% encontra-se em fase de alerta, 71,0% em fase de resistência e 32,8% em fase de quase exaustão. A maior prevalência da fase de alerta foi entre as mais velhas ($p=0,005$), que utilizou medicação no último mês ($p=0,024$), que consultou nos últimos 90 dias ($p=0,047$), que sofreu acidente de trabalho ($p=0,005$) e percebeu alterações na saúde devido ao trabalho ($p=0,005$). A fase de resistência foi mais prevalente naquelas que consumiram medicamentos no último mês ($p=0,007$) e naquelas que consultaram nos últimos 90 dias ($p=0,032$). E fase de exaustão foi mais prevalente entre mulheres ($p=0,014$), em ACS que consultaram nos últimos 90 dias ($p=0,024$) e sofreram acidente de trabalho ($p=0,001$).

Santos, I.E.R. (2014) investigou 236 ACS de Aracaju/SE, a fim de verificar a ocorrência de estresse no trabalho, suas fases e sintomas referidos, assim como estressores laborais e sua relação com o desempenho das trabalhadoras. A amostra estudada era composta por 85,6% de mulheres e com 8 ($\pm 7,37$) anos de média de tempo de trabalho como ACS. Entre as ACS, 61,4% referiram alguma manifestação de estresse, e entre essas 84% encontram-se na fase de resistência, 9,6% na fase de quase-exaustão, 5,5% na fase de alerta e 0,7% na fase de exaustão. Entre as

que manifestaram estresse, 52,4% referem sintomas físicos de estresse, 37,2% sintomas psicológicos e 10,3% referem ambos, físicos e psicológicos. Entre os sintomas físicos os mais referidos foram: 17,8% tensão muscular, 15,5% sensação de desgaste físico e 12,9% cansaço constante. Os sintomas psicológicos mais citados foram: 10,9% insônia, 9,4% sensação de cansaço excessivo e 7,2% irritabilidade.

Estresse não apresentou correlação à gostar ou não do trabalho como ACS, contudo foram considerados **altamente estressantes** para 61,1% sentir-se pouco ou não valorizado; para 55,1% cuidar de um número maior de famílias do que o preconizado; para 53,6% a indisponibilidade de equipamentos e materiais; para 46,8% realizar tarefas em pouco tempo; para 43,1% das ACS desenvolver atividades fora de suas atribuições; para 41,2% assumir responsabilidades sem preparo adequado e para 39, 5% a estrutura física inadequada(SANTOS, I.E.R., 2014).

2.5 Quadro Teórico - Estresse no trabalho da Agente Comunitária de Saúde

Marx confere um sentido trans-histórico ao trabalho pois afirma: “*o trabalho é a essência da humanidade dos homens*”; é o ponto de partida para a humanização do ser social, sentido dado por Marx ao afirmar, em *O Capital*:

Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, vida humana (MARX, 2011, p.212).

Evocando Marx, Antunes (2005) reafirma:

[...] na longa história da atividade humana, em sua incessante luta pela sobrevivência, pela conquista da dignidade, humanidade e felicidade social, o mundo do trabalho tem sido vital. Foi por meio do ato laborativo, que Marx denominou *atividade vital*, que os indivíduos, homens e mulheres, distinguiram-se dos animais [...]. Se, por um lado, necessitamos do trabalho humano e reconhecemos seu potencial emancipador, devemos também recusar o trabalho que explora, aliena e infelicitiza o ser social. Essa dimensão dúplice e dialética presente no trabalho é central quando se pretende compreender o labor humano. (ANTUNES, 2005, p. 13-14, grifo do autor)

O processo de trabalho na sua acepção marxista – entendido como o cenário primário da exploração e da confrontação de classe -, quando adotado em toda sua extensão teórica, tem um elevado poder explicativo da gênese dos agravos a sua saúde em coletivos diferenciados de trabalhadores (MINAYO GOMEZ, 2011).

Analisar os processos de trabalho nos quais estão inseridos os trabalhadores implica em articular sua inserção social, econômica, política e cultural que definem as relações que emergem nos espaços de trabalho, com as características do processo de trabalho com potencial repercussão na saúde, inclusive na subjetividade dos trabalhadores (MINAYO GOMEZ, 2011). Sob esta ótica as relações de poder que se instauram entre as diferentes categorias profissionais (reproduzindo, em muitos casos, as diferenças de classes ou de poder corporativo) são um elemento conflitante na dinâmica das equipes mesmo em modelos como o do Programa Saúde da Família, centrados no multiprofissionalismo e na interdisciplinaridade.

As teorias de estresse estão entre as abordagens mais utilizadas para estudar a inter-relação entre trabalho e o processo de saúde/doença dos trabalhadores, outras abordagens também utilizadas tem como referência a psicodinâmica do trabalho, a epidemiologia e os estudos de subjetividade e trabalho (JACQUES, M.G.C., 2003).

A dimensão biológica do estresse identificada e designada por Selye (1936) como Síndrome Geral da Adaptação com ampliação e incorporação do ambiente social por Cassel (1974) e a dimensão psicológica por Lazarus R.S. e Folkman S. (1984) fornecem bases teóricas para investigação do estresse relacionado ao trabalho.

De acordo com o Lazarus R.S. (1991), o estresse não é uma propriedade do indivíduo ou do ambiente, mas reside na interação entre os dois. Vários aspectos podem caracterizar tanto o indivíduo quanto o meio ambiente, contudo a experiência dinâmica do estresse é melhor compreendida quando ambos os fatores são analisados em conjunto.

Eventos estressantes desempenham um papel importante na adaptação humana ao estresse. Esses não constituem uma entidade estática antes de processos de avaliação cognitiva ou esforços de enfrentamento que são assumidos pelo indivíduo para lidar com o estresse, são em oposição a interação dinâmica

estabelecida entre o indivíduo e a situação. Isso significa que o evento estressante desempenha um papel importante durante todos os processos de adaptação humana ao estresse, mudando sua natureza de acordo com os esforços contínuos feitos pela pessoa para lidar com o estresse ao longo desse processo de adaptação (GOMES,2014).

Para Lazarus R.S. (2000), em pesquisas sobre o estresse no local de trabalho além de descrever as fontes de estresse que podem promover o funcionamento humano negativo (por exemplo, a abordagem do estímulo), é importante analisar a maneira como cada indivíduo avalia a situação de estresse e a maneira como ele gerencia a situação. No entanto, o autor também reconhece a importância de considerar e descrever as condições de trabalho (por exemplo, pressões de tempo, sobrecarga de trabalho, falta de controle decisional) pois essas podem ser estressantes o suficiente para um grande número de trabalhadores.

Essa perspectiva interativa do estresse dá atenção ao processo que está implicado na relação entre o ambiente e o indivíduo, considerando a dinâmica entre esses dois fatores e o significado pessoal que cada indivíduo constrói diante de um evento estressante (GOMES,2014). O estresse é visto como uma transação entre o conjunto de demandas implicadas em cada evento de estresse e os recursos pessoais individuais; desta maneira, a tensão resulta de um desequilíbrio entre esses dois aspectos (COX T.,1993; LAZARUS R.S.,1991).

A fim de estabelecer as conexões entre o processo de trabalho das ACSs e a produção de estresse, o construto *cargas de trabalho* será utilizado, visto que “são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico” (FACCHINI, 1993, p.180) e permite interpretar de forma particular o processo de trabalho (LAURELL e NORIEGA, 1989; FACCHINI, 1993).

As cargas de trabalho às quais o trabalhador está exposto são classificadas segundo sua natureza e sua característica básica em: cargas físicas (ex.: ruídos, temperatura, umidade, ventilação, iluminação), cargas químicas (ex.: substâncias químicas, pós/poeiras, fumaças, gases, vapores, líquidos), cargas orgânicas (ex.: bactérias, vírus, fungos, parasitas), cargas mecânicas (ex.: movimentos repetidos, ergonomia dos equipamentos), cargas fisiológicas (ex.: esforço físico e visual, deslocamentos e movimentos exigidos pela tarefa, espaço de trabalho, horas extras de trabalho, intensificação do trabalho, turnos rotativos e noturnos) e cargas

psíquicas (decorrentes da organização e divisão do trabalho) (FACCHINI, 1993; RIGOTTO, 1993).

De acordo com a materialidade que assumem em relação ao corpo do trabalhador, as cargas de trabalho poderão ainda ser classificadas em cargas com materialidade externa, aquelas que podem ser identificadas independentes do corpo do trabalhador, e em cargas de materialidade interna, identificadas exclusivamente através do corpo do trabalhador (LAURELL e NORIEGA, 1989; FACCHINI, 1993). As cargas de materialidade externa são as físicas, químicas, orgânicas e mecânicas enquanto que as cargas de materialidade interna são as fisiológicas e psíquicas.

O foco dessa investigação é a trabalhadora, a ACS, dessa forma as cargas de materialidade interna, identificadas através do corpo da trabalhadora, serão utilizadas para desenhar o processo de trabalho, integrando o modelo de análise do desfecho – estresse relacionado ao trabalho. A identificação das cargas psicofisiológicas se dará com apoio na literatura e na apreciação prévia dos instrumentos respondidos.

Cargas Fisiológicas: espaço de trabalho na UBS; deslocamentos excessivos; consciência de periculosidade da tarefa (risco de vida, risco de violência, falta de segurança, falta de ferramentas); tecnologia deficitária/informatização.

Cargas Psíquicas: respeito ao período de férias; supervisão c/ pressão/controle; cobrança de metas; ritmo intenso de trabalho; número maior de famílias do que o preconizado; dar cobertura às microáreas sem ACS; falta de controle sobre o trabalho (escolhas individuais, escolhas coletivas, atividades de organização); participar do processo de tomada de decisões; participar da implementação de programas/atividades novas; participar do processo de avaliação das atividades/programas; sua opinião ser considerada; desvio de função.

Visto que os recursos pessoais e individuais influenciam na forma como cada pessoa avalia e gerencia a situação de estresse, consideramos que a condição de saúde da trabalhadora, identificada no modelo como morbidade auto referida e uso frequente de medicamento, impacta na produção e na resposta à situação de estresse de forma mais proximal do que o processo de trabalho.

Para avaliar a prevalência de estresse serão empregadas duas medidas: o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos, que utiliza 53 itens, e o Nível Global de Estresse do Questionário de Stress de Profissionais de Saúde que utiliza uma única questão para esta medida.

Modelo Teórico a ser utilizado para análise de estresse em ACS.

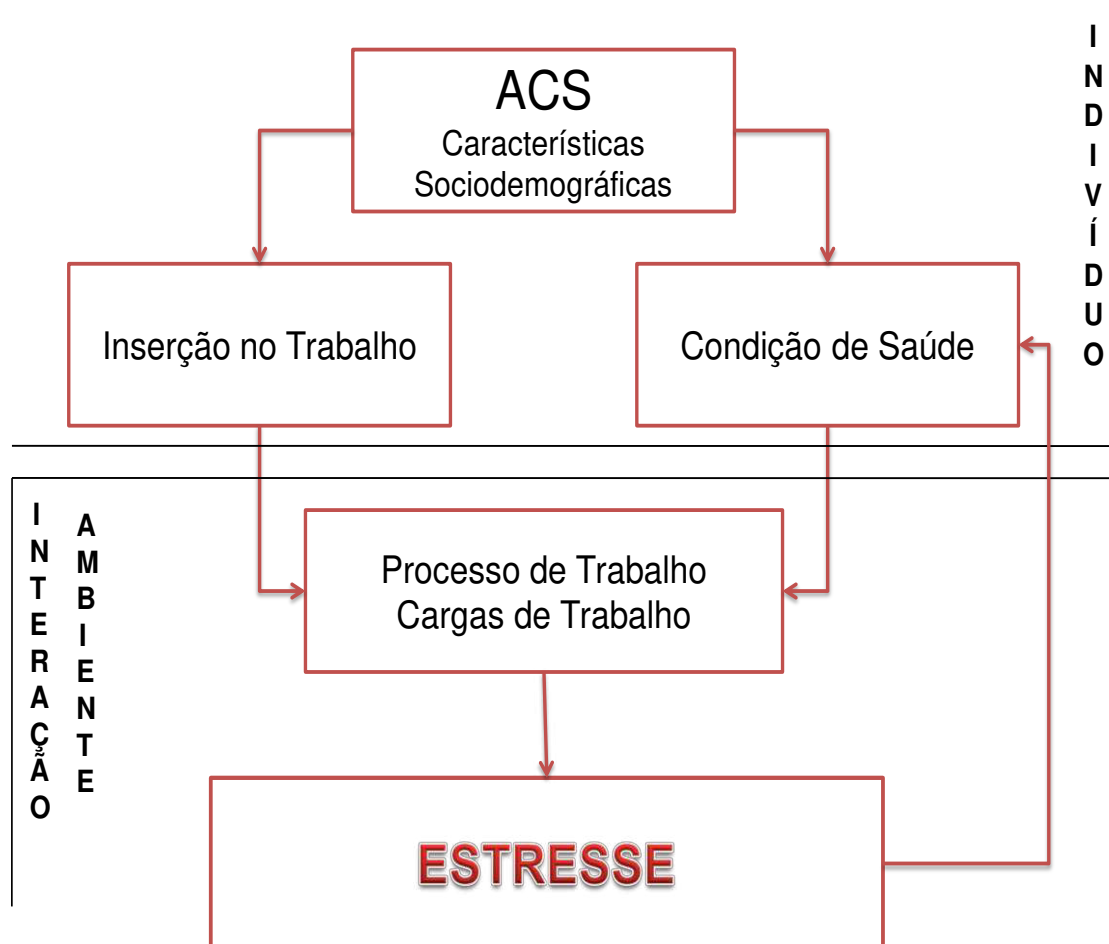


Figura 3 – Modelo Teórico

3 Objetivos e Hipóteses

3.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência de estresse e examinar sua associação com fatores individuais e relacionados ao trabalho de Agente Comunitária de Saúde nos municípios da 21ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul.

3.2 Objetivos específicos

Examinar o estresse de acordo com características das ACS nos municípios da 21ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul.

Analisar a associação do estresse com as características individuais da ACS, condição de saúde, inserção no trabalho e processo de trabalho entre as trabalhadoras nos municípios da 21ª região de saúde do RS.

Identificar os sintomas de estresse predominantes: físicos e/ou psicológicos entre as ACS nos municípios da 21ª região de saúde do RS.

Conhecer a percepção global de estresse entre as ACS.

Distinguir as dimensões de estresse no trabalho que mais impactam as ACS que trabalham nos municípios da 21ª região de saúde do RS.

3.3 Hipóteses

A prevalência de estresse nas ACS nos municípios da 21ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul será superior à 50%.

A prevalência de estresse será maior entre as ACS do sexo feminino (LEONELLI, LB et al,2017) e com maior tempo de trabalho na função.

Variáveis relacionadas à organização do trabalho estarão associadas à presença de estresse (SANTOS IER, 2014)

Os sintomas físicos de estresse serão predominantes em relação aos sintomas psicológicos (SANTOS IER, 2014).

A maioria das ACS percebem seu trabalho como muito estressante.

As dimensões de estresse relacionadas ao excesso de trabalho e às relações profissionais produzem mais estresse nas ACS.

4 Metodologia

4.1 Delineamento

Para investigar a ocorrência de estresse no trabalho e suas associações entre as Agentes Comunitárias de Saúde em atividade no extremo sul do Brasil optou-se por realizar um estudo transversal, no qual as medidas de causa e efeito são realizadas ao mesmo tempo, e possibilita avaliar a situação de saúde da população (BONITA R., 2010).

Este trabalho é um recorte da pesquisa intitulada *Processo de Trabalho e seus Impactos na Condição de Saúde de Agentes Comunitários de Saúde na Região Sul do Rio Grande do Sul* (JARDIM, VMR, 2013). O mesmo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem - UFPel, parecer nº1.381.733 e pelo COCEPE - UFPel, parecer nº8.229.

4.2 População em estudo

Foram convidadas a participar da pesquisa todas as Agentes Comunitárias de Saúde em atividade nos municípios da 21ª Região de Saúde do RS, a qual está inserida na Macrorregião Sul de Saúde (Figura 1), que é constituída por 22 municípios, quais são: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu; sua sede é o município de Pelotas (Figura 2). Vale ressaltar que um dos municípios, Capão do Leão, não possuía nenhuma ACS cadastrada no período em que a pesquisa foi desenvolvida.

A 21ª Região de Saúde possui uma população de 878.559 habitantes, ou seja 7,76% da população do estado do RS (11.322.895 hab), sendo que entre os municípios que a compõem, três deles possuem população inferior à 5.000 habitantes, oito entre 5.000 e 10.000 habitantes, nove entre 10.000 e 60.000 hab., e dois entre 200.000 e 350.000 hab. Cabe ressaltar que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em todos os municípios da região é inferior ao IDH do estado do RS (0,746), variando de 0,623 (São José do Norte) à 0,744 (Rio Grande), assim como a taxa de Mortalidade Infantil tem uma variabilidade expressiva, de 3,48 no município

de Canguçu à 44,12 em Santana da Boa Vista (IBGE, 2014), sendo que a Mortalidade Infantil no estado no mesmo período foi de 10,65(Rio Grande do Sul. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019), indicadores que expressam a vulnerabilidade das pessoas que nascem e residem na região sul do Rio Grande do Sul.



Figura 4 - Macrorregiões de Saúde/RS. Fonte: Rio Grande do Sul. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019.

Com objetivo de identificar o quantitativo de ACS em atividade na 21ª Região de Saúde, foram consultadas fontes de dados do Ministério da saúde: no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) a macrorregional sul conta com 771 ACS; no Departamento de Atenção Básica (DAB), esse número é de 807 ACS nos municípios da referida região. De acordo com os dados do DAB, esse número representa 38% do teto de ACS para a região e 7,8% do total do estado em atividade (MS/SAS/DAB).

Contudo em contato com as gestões municipais foram identificadas 767 ACS em atividade na 21ª Região, e destas foram entrevistadas 599 trabalhadoras. Não participaram da pesquisa aquelas que estavam em férias, licenças funcional, maternidade, paternidade ou de saúde, assim com aquelas que não estavam presentes no encontro para realização da coleta ou no local de trabalho no dia da coleta, quando esta foi realizada na UBS.

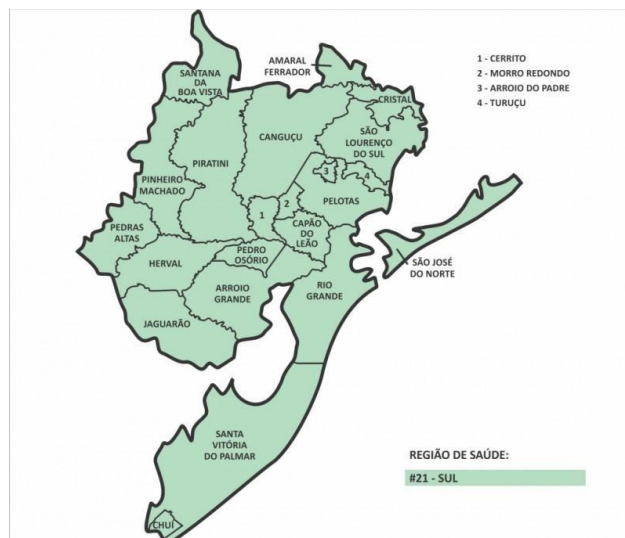


Figura 5: Municípios da Região Sul de Saúde/RS. Fonte: <http://www.saude.rs.gov.br>

4.3 Medidas e Instrumentos

4.3.1 Variáveis de Dependentes

Avaliação de Estresse, assim como suas fases e sintomatologia apresentada será avaliado com o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp.

O Inventário de Sintomas de Stress em Adultos – ISSL de Lipp validado por Lipp e Guevara em 1994, será utilizado para identificar a presença e a fase de estresse que se encontra o trabalhador.

A) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Constituído por uma lista de sintomas físicos e psicológicos que permitem identificar se a pessoa tem estresse, em que fase do processo se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e se sua sintomatologia é mais típica da dimensão física ou da psicológica. Estrutura-se em três quadros referentes às quatro fases de estresse: o quadro 1 avalia a fase de alerta (Q1); o quadro 2, a fase de resistência e a fase de quase exaustão(Q2); o quadro 3, a fase de exaustão (Q3), que permite o diagnóstico do estresse. O respondente é solicitado a indicar se tem apresentado o sintoma de estresse especificado em cada quadro em 24 horas (Q1), uma semana (Q2) ou um mês(Q3). A avaliação é feita em termos das tabelas percentuais do teste. A presença de estresse pode ser constatada se qualquer dos escores brutos atingir os limites determinados (maior que seis no Q1, maior que três no Q2, maior que oito no

Q3).

O ISSL avalia as respostas às situações de estresse, as divide em respostas físicas e psicológicas, e classifica em qual fase de estresse encontra-se a pessoa. A ISSL foi desenvolvida a partir dos estudos de Selye (1984) com animais, quando este identificou que o organismo tenta sempre se adaptar ao evento estressor e neste processo ele utiliza grandes quantidades de energia adaptativa, assim como estratificou o processo de stress em três fases: alerta, resistência e exaustão.

Na “fase de alerta” o organismo se prepara para a reação de luta ou fuga, que é essencial para a preservação da vida. Os sintomas presentes nesta fase se referem ao preparo do corpo e da mente para a preservação da própria vida. Se o stress continua presente por tempo indeterminado, a “fase de resistência” e o organismo procura adaptar-se devido à sua tendência a buscar a homeostase interna. Na “fase de resistência”, as reações são opostas àquelas que surgem na primeira fase e muitos dos sintomas iniciais desaparecem, dando lugar a uma sensação de desgaste e cansaço. Se o estressor é contínuo e a pessoa não possui estratégias para lidar com o stress, o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa e a “fase de exaustão” manifesta-se, com o adoecimento do organismo.

O ISSL destina-se ao público jovem e adulto e tem sido utilizado em pesquisas e trabalhos clínicos na área do estresse. É de fácil aplicação e visa identificar a presença de sintomas físicos ou psicológicos relacionados ao estresse e a fase do estresse: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão. Os sintomas listados são os típicos de cada fase. No total, o ISSL inclui 34 itens de natureza física ou somática e 19 de natureza psicológica.

Nível Global de Stress (NGS) é representado por um único item que avalia a percepção dos participantes face ao nível geral de estresse experienciado em seu trabalho como ACS (GOMES, A.R. et al, 2009). A resposta se apresenta em escala Likert de cinco pontos: 0 = Nenhum estresse; 1= Pouco Estresse; 2= Moderado Estresse; 3= Bastante Estresse; 4 = Elevado Estresse, e indica a percepção da trabalhadora acerca do estresse em sua atividade.

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) (GOMES, A.R. et al, 2009; GOMES A.R.; TEIXEIRA P.M., 2016) - Instrumento que avalia as potenciais fontes de estresse no exercício da atividade dos profissionais de saúde. O

questionário compreende duas partes distintas. Em uma parte inicial, propõe aos profissionais a avaliação do nível global de estresse que experienciam na sua atividade através de um único item (0 = Nenhum Estresse; 1= Pouco Estresse; 2= Moderado Estresse; 3= Bastante Estresse; 4 = Elevado Estresse). A segunda parte, é constituída por 25 itens relativos às potenciais fontes de estresse no trabalho, esses distribuídos em seis subescalas tipo Likert de cinco pontos (0 = Nenhum Estresse; 1= Pouco Estresse; 2= Moderado Estresse; 3= Bastante Estresse; 4 = Elevado Estresse). As seis subescalas avaliam seis dimensões de estresse, quais sejam:

A. Lidar com os usuários: estresse relacionado com as pessoas para quem os profissionais prestam serviços;

B. Excesso de trabalho: estresse relativo à excessiva carga de trabalho e de horas de serviço trabalhadas;

C. Carreira e remuneração: estresse relacionado com a falta de perspectivas de desenvolvimento da carreira profissional e insatisfação com o salário recebido;

D. Relações profissionais: estresse relativo ao ambiente de trabalho bem como à relação com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos;

E. Ações de formação: estresse relacionado com situações nas quais os profissionais devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas; e

F. Problemas familiares: estresse relacionado com problemas familiares e falta de apoio por parte de pessoas significativas. Os valores mais elevados significam maior percepção de estresse em cada um dos campos avaliados.

Para esta investigação foram feitas algumas adaptações na terminologia da escala, à fim de adequar ao fazer das ACS, assim como de facilitar a compreensão das questões.

Variáveis Dependentes		Característica	Tipo
Sintomas de Estresse - ISSL			
Fase de Alerta	Sintomas Físicos	1-12	Categórica Ordinal
	Sintomas Psicológicos	13-15	Categórica Ordinal
Fase de Resistência	Sintomas Físicos	1-10	Categórica Ordinal
	Sintomas Psicológicos	11-15	Categórica Ordinal
Fase de Exaustão	Sintomas Físicos	1-12	Categórica Ordinal
	Sintomas Psicológicos	13-23	Categórica Ordinal
Nível Global de Estresse - NGS		0-4	Categórica Ordinal
Questionário de Estresse nos Profissionais de Saúde - QSPS			
Dimensões de Estresse	Lidar com Usuários	0-4	Categórica Ordinal
	Excesso de trabalho	0-4	Categórica Ordinal
	Carreira e remuneração	0-4	Categórica Ordinal
	Relações profissionais	0-4	Categórica Ordinal
	Ações de Formação	0-4	Categórica Ordinal
	Problemas Familiares	0-4	Categórica Ordinal

Figura 6 - Quadro de Variáveis Dependentes

4.3.2 Variáveis Independentes

Sociodemográficas: sexo; idade; situação conjugal; escolaridade; filhos e casa própria.

Situação de Saúde: morbidade auto referida e uso frequente de medicamento.

Inserção no trabalho: município; região; tempo no trabalho; capacitação introdutória e atualização.

Variáveis Sociodemográficas	Características	Tipo
Sexo	Masculino/Feminino	Categórica Dicotômica
Idade	Tempo em anos	Numérica Discreta
Situação conjugal	Solteiro/Casado/c/Companheiro/ Separado/divorciado/Viúvo	Categórica Nominal
Escolaridade	Fundamental/Médio/Técnico/ Graduação/Pós-Graduação	Categórica Nominal
Filhos	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Casa Própria	Sim/Não	Categórica Dicotômica

Figura 7 - Quadro de Variáveis Independentes Sociodemográficas

Variáveis do Processo de Trabalho:

Cargas Fisiológicas: espaço de trabalho na UBS; deslocamentos excessivos; consciência de periculosidade da tarefa (risco de vida, risco de violência, falta de segurança, falta de ferramentas) e tecnologia deficitária/informatização.

Cargas Psíquicas: respeito ao período de férias; supervisão c/ pressão/controle; cobrança de metas; ritmo intenso de trabalho; número maior de famílias do que o preconizado; dar cobertura às microáreas sem ACS; falta de controle sobre o trabalho (escolhas individuais, escolhas coletivas, atividades de organização); participar do processo de tomada de decisões; participar da implementação de programas/atividades novas; participar do processo de avaliação

das atividades/programas; sua opinião ser considerada e desvio de função (recepção, higienização, mensageira).

Variáveis de Situação de Saúde e de Inserção no Trabalho	Características	Tipo
Morbidade Auto Referida	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Uso Freqüente de Medicamento	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Município	Pequeno e Médio Porte/ Rio Grande/Pelotas	Categórica Nominal
Região	Urbana/Rural	Categórica Dicotômica
Tempo de Trabalho	Tempo em meses	Numérica Contínua
Capacitação Introdutória	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Cursos de Atualização	Sim/Não	Categórica Dicotômica

Figura 8 - Quadro de Variáveis Independentes Situação de Saúde e Inserção no Trabalho.

Variáveis do Processo de Trabalho	Características	Tipo
Cargas Fisiológicas		
Espaço de Trabalho na UBS	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Deslocamentos Excessivos	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Consciência de Periculosidade	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Falta de Ferramentas	Sim/Não	Categórica Dicotômica

Tecnologia Deficitária	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Cargas Psíquicas		
Respeito ao período de férias	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Supervisão/Pressão/Controle	0-10	Categórica Ordinal
Cobrança de Metas	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Ritmo Intenso de Trabalho	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Número Maior de Famílias	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Cobertura para outras áreas	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Falta de controle sobre Trabalho	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Participação em decisões	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Participação Implementação Programas	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Processo de Avaliação/Feedback	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Opinião considerada	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Desvio de Função	Sim/Não	Categórica Dicotômica

Figura 9 - Quadro de Variáveis Independentes do Processo de Trabalho.

4.4 Logística

Para proceder a coleta de dados, encontros com os ACS foram programados com as Secretarias Municipais de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de lotação destes. Esses encontros foram coordenados por oito coletadores, os quais expuseram sucintamente os objetivos e a metodologia da pesquisa, e convidaram os ACS a responder o instrumento auto aplicado. As coletas aconteceram no período

de março de 2016 a abril de 2017.

O questionário estruturado apresenta questões que abordam o perfil do trabalhador, processo de trabalho, satisfação com o trabalho, sobrecarga e informações sobre condições de saúde.

4.5 Controle de Qualidade

O controle de qualidade ocorreu por meio de checklist pelos coletadores na entrega do questionário respondido, e na duplicação de 5% das entrevistas. Questões abertas foram tabuladas e agrupadas, seguidas de codificação. Também a fim de garantir a qualidade dos dados, será realizada dupla digitação em planilha Excel, por dois digitadores independentes

4.6 Processamento e Análise de Dados

Os dados sofreram dupla digitação por digitadores independentes em planilha Excel. A limpeza dos dados ocorrerá por comparação dos dois arquivos e avaliação de erros de amplitude e consistência. A base de dados será utilizada para as correções necessárias.

As análises serão realizadas no software STATA 11.1, incluindo análise univariada e bivariada. A análise univariada deverá fornecer a descrição das variáveis quantitativas através de medidas de tendência central e de dispersão e no caso de variáveis categóricas serão utilizadas medidas de proporção com intervalo de confiança.

A identificação de associação, inicialmente deverá ocorrer através da análise bivariada entre os desfechos de interesse e cada variável independente, conforme modelo teórico hierarquizado (Figura 03). Utilizando-se um ponto de corte de 0.2 para a seleção de variáveis a serem incorporadas na análise multivariada. Com vistas ao controle dos fatores de confusão o mesmo ponto de corte será considerado para a manutenção das variáveis no modelo (valor $p=0.2$).

4.7 Aspectos Éticos

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado, pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem - UFPel, parecer nº 51684015.1.0000.5316 e pelo

COCEPE – UFPel (Anexo I), seguindo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução CNS 196/96. Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento livre e esclarecido, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do anonimato do entrevistado.

4.8 Divulgação dos resultados

Os resultados irão integrar a tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Os achados serão apresentados em periódicos de divulgação científica de circulação nacional e internacional, além da divulgação em eventos científicos da área e na imprensa local.

5 Cronograma

	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	
Construção do Projeto	X	X				
Limpeza de Dados	X	X	X			
Qualificação do Projeto				X		
Análise de Dados				X	X	
Redação de Artigos				X	X	
Organização volume da Tese					X	X
Pro Formas						X
Defesa da Tese						X

Figura 10 - Quadro do cronograma

6 Orçamento

RECURSO	QUANTIDADE	UNIDADE	TOTAL
Lápis	10	R\$ 1,00	R\$ 10,00
Borracha	03	R\$ 0,50	R\$ 1,50
Caneta	05	R\$ 2,00	R\$ 10,00
Escala ISSL	01	R\$ 170,00	R\$ 170,00
Papel A4 (pacote de 500f)	02	R\$ 30,00	R\$ 60,00
Impressões (folhas)	1.500	R\$ 0,10	R\$ 150,00
Encadernações simples	10	R\$10,00	R\$ 100,00
Encadernação capa dura	06	R\$ 50,00	R\$ 300,00
Revisor Português	01	R\$ 300,00	R\$ 300,00
Revisor Espanhol	01	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Revisor Inglês	01	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Total despesas	--	--	R\$ 1.301,50

Figura 11 - Quadro do Orçamento.

Referências

- ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A.A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **RevBrasSaudeOcup**, v.41,n.e2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e2.pdf>
- ALMEIDA M.C.P.; MELLO D.F.; NEVES L.A.S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Rev. bras. enferm.**, v.44, n.2, p.64-75, 1991.
- ANTUNES, R.L.C. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo, Boitempo, 2005. 136p.
- ATANES et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. **BMCComplementary and Alternative Medicine**.v.15, n.303, 2015. Disponível em:
- AYRES, J.R.C.M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.905-912, 2015.
- BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010.
- BONITA R.; BEAGLEHOLE R.; KJELLSTRÖM T. **Epidemiologia Básica**. [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos, 2010, 213p.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: O Ministério; 1986. 21p.
- _____. **Lei 8.080**, 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19jun.1990.
- _____. **Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente comunitário de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3189.htm
- _____. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília. 2001.
- _____. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Relatório. Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_seminario_desprecarizacao.pdf

_____. 100 anos de saúde pública. FUNASA em Revista. n.1. jan/2004. Disponível em: https://funasa-my.sharepoint.com/personal/imprensa_funasa_gov_br/Documents/Biblioteca_Eletronica/Especiais_Funasa/revista_01_inter.pdf?slid=ed3d629e-90e9-5000-b8ce-caa03f4455fa

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_familia.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil : uma análise de indicadores selecionados : 1998-2005/2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, p.200. 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão da SAS - 2014**. Ministério da Saúde: Brasília. Abril de 2015, 116p.

_____. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-

DATASUS, Informações de Saúde- Rede Assistencial, CNES – Recursos Humanos a partir de agosto de 2007. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11672&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02> . Acesso em 09 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 38p. Disponível em:

<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>

BRITO, J.; MUNIZ, H. P.; SANTORUM, K.; RAMMINGER, T. O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e ausência de normas. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs). **Trabalhar na Saúde; experiências cotidianas edesafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 216p.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2.ed. - São Paulo: Santos. 2010. 231p.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.1, p.14-21, 2004.

CASSEL, J. AnEpidemiologicalPerspectiveofPsychosocialFactors in DiseaseEtiology. **AJPH** n.11, v. 64. Nov, 1974. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.64.11.1040>

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L.E.N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 7, n. 3, p. 570-582, dez. 2007. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v7n3/artigos/pdf/v7n3a16.pdf>

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of health an social behavior**, v.24, p.385-396, 1983.

CÔRREA, C.; PFEIFFER, C.C.; LORA, A.P. O Agente Comunitário de Saúde - Uma História Analisada. **RUA** [online]. 2010, no. 16. Volume 1 ISSN 1413-2109. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/rua/>

COSTA, S.M.; ARAÚJO, F.F.; MARTINS, L.V.; NOBRE, L.L.R.; ARAÚJO, F.M.; RODRIGUES, C.A.Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.18, v.7, p.2147-2156, 2013. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/604c/f90fb9e236bcfd3231a95d6bc265f445ee3a.pdf>

COSTA M, ACCIOLY JR H, OLIVEIRA J, MAIA E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Rev Panam Salud Publica**. 2007;v.21, n.4, p.217-22. Disponível em: <http://web.b-ebshost-com.ez66.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=9d136ab8-2b61-4514-a6bd-a27a75fc1b20%40sessionmgr120>

COX, T. **Stress Research and stress management: Putting theory to work**. 1993. Sudbury: HSE Books. Disponível em: http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/1993/crr93061.pdf

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-oboré, 1988, 163p.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI E.; JAYET, C. (Orgs). **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1ed. 12 reimp. São Paulo, Atlas, 2011, 145p.

DILÉLIO AS, FACCHINI LA, TOMASI E, SILVA SM, THUMÉ E, PICCINI RX, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.28, n.3, p.503-14, 2012.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo, Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

FACCHINI, LA. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à Saúde do Trabalhador. In: BUSCHINELLI J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1994.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.10, v.2, p.347-355, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000200012&script=sci_abstract&lng=pt

FERREIRA, V.S.C.; ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.898-906, abr, 2009.

GALAVOTE, H.S.; PRADO, T.N.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D. 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, jan, 2011, p231. Disponível em: <http://go-galegroup.ez66.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A244271528&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>

GOMES, A.R. Positive human functioning in stress situations: Na interactive proposal. In A. R. Gomes, R. Resende, & A. Albuquerque (eds.), **Positive human functioning from a multidimensional perspective: Promoting stress adaptation**. v. 1, p. 165-194). New York, Nova Science, 2014. Disponível em: https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=47544
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/28117/1/4-Capitulo-Human%20adaptation%20to%20stress%20situations-An%20interactive%20perspective-A%20R%20Gomes.pdf>

GOMES, A.R. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v.48, n.1, p.129-141, 2014.

GOMES, A.R.; CRUZ, J.F.; CABANELAS, S. Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.3, p.307-318, 2009.

GOMES, A.R., FARIA, S, LOPES, H. Stress and psychological health: testing the mediating role of cognitive appraisal. **Western Journal of Nursing Research**, v.38, n.11, p.1448-1468, 2016.

GOMES, A.R.; TEIXEIRA, P.M. Stress, Cognitive Appraisal and Psychological Health: Testing Instruments for Health Professionals. **Stress and Health**, n. 32, p.167-172, 2016.

GUIMARÃES, R.N.M.; SILVA, F.R.; AYALA, A.L.M. Estresse em agentes de saúde que atuam na recepção de pacientes nas Unidades de Atenção Básica de Joinville, SC. **Arq Ciênc Saúde**, v.17, n.3, p.128-32, 2010.

HAIKAL, D.S.A. et al. Qualidade de vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v.16, n.3, p.301-312, jul/set 2013. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1549/748>

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1992. 349 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População dos Municípios. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/comparamun/compara.php?lang=&coduf=43&idtema=130&codv=v01&search=rio-grande-do-sul%7Crai%7Csintese-das-informacoes->

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Workplace stress: A collective challenge**. p.57.2016. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf

JACQUES, M.G.C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v.15, n.1, p.97-116, jan./jun.2003.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Subjective aspects of living and working within the same community: the realities experienced by community healthcare agents. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a11.pdf>

JARDIM, V.M.R. Coord. Projeto. Processo de Trabalho e seus Impactos na Condição de Saúde de Agentes Comunitários de Saúde na Região Sul do Rio Grande do Sul. 2013.

KNUTH, B.S. et al. Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.8, p.2481-2488, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2481.pdf>

KANTORSKI, L.P., Formação de Agentes de Saúde. 1990.77f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

LAPISCHIES, S. R. C. **Agentes de Saúde: como estão sendo treinados**. 1986.35f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Curso de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

LAURELL, AC. Coord. **Para la investigación sobre la salud de los trabajadores**. OPS, 1993.

LAURELL, AC. Sobre la Concepción Biológica y Social delProcesoSaludEnfermedad. In: **Lo biológico y lo social – suarticulación en la formación del personal de salud**. Washington, D.C. OPS, 1994, p.161.

LAZARUS, R. S. **Emotion and adaptation**. New York: Oxford University Press. 1991.

LAZARUS, R.S. From psychological stress to the emotions: A History of Changing Outlooks. **Annu. Rev. Psycho.**N.44,p. 1-21, 1993.

LAZARUS, R.S. Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping. **Journal of Personality**, v.74, n.1, 2000.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer. 1984.

LEONELLI, L.B. et al. Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Epidemiol**, v.20, n.2, p.286-298, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2017.v20n2/286-298/pt>

Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B, Bosch-Capblanch X, Patrick M (2005). Lay health workers in primary and community health care. **Cochrane Database Syst Rev** (1):CD004015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004015.pub2/epdf/full>

LIPP, M.E.N. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Casa do Psicólogo, 2015. 93p.

LIPP, M.E.N.; GUEVARA, A.J.H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.43-49, 1994.

MASCARENHAS, C.H.M.; PRADO, F.O.; FERNANDES, M.H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v.5, p.1375-1386, 2013. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n5/23.pdf

MATTA, G. C. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. 410 p. Disponível em: <http://www.epsiv.fiocruz.br/sites/default/files/I95.pdf>

MATTOS A.I.S., ARAÚJO T.M., ALMEIDA, M.M.G. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. **Rev Saude Publica**, V.51, n.48, 1-9, 2017.

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

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994, 278p.

MIQUELIM, J.D.L.; CARVALHO, C.B.O.; ELUCIR GIR, E.; PELÁ, N.T.R. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v.16, n.3, p.24-31, 2004.

MINAYO GOMEZ, C. O campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO GOMEZ, C. (Org.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira**. Editora Fiocruz, 2011, 540p.

MOREIRA, I. J. B. et al. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 1, jan. 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6927>

MOTA, A.; SILVA, J.A. & SCHRAIBER, L. B. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: obra de Maria Cacília Donnangelo**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, P.S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.19, v.12, p.4719-4726, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001204719&script=sci_abstract&lng=pt

NEVES, J. - EPSJV/Fiocruz. 17/01/2018. Seria o fim dos agentes de saúde?

Especialistas questionam se o Profags não colocaria em risco a carreira de ACS e ACE. NOGUEIRA, M. professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/seria-o-fim-dos-agentes-de-saude>

NEVES, M.Y.; BRITO, J.; ARAÚJO, J.S.A.; SILVA, E.F. Relações sociais de gênero e divisão sexual do trabalho: uma convocação teórico-analítica para estudos sobre a saúde das trabalhadoras da educação. In: MINAYO GOMEZ, C. (Org.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira**. Editora Fiocruz, 2011, 540p.

ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA MUNDIAL DE LA SALUD & ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud**. 160.a Sesión del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de junio del 2017.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su Relación con la Salud**. Org.: KALIMO, R.; El-Batawi, M.A.; COOPER, C.L. Ginebra, 1988, 94p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. 64 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca**. Brasília: Ministério da saúde, 2008, 130 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde** / Organização Mundial da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:
http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf

PEDUZZI M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, **Educação e Saúde**, v.1, n.1, p.75-91, 2002. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100007

PEDUZZI M. Trabalho em Equipe. In: PEREIRA, I.B. & LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.478. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>

PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>

PEREIRA, HOS, AMARAL, MC, COMIN, FS. Avaliação de sintomas de estresse em professores universitários: considerações sobre a qualidade de vida docente. **Educação: Teoria e Prática**, v.21, n.37, nov.2011, p. 71-91.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo, Annablume, 1998 - 2ª ed 2008. 254 p.

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.
<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>

RIGOTTO, RM. Investigando a relação entre saúde e trabalho. In: Buschinelli JTP, organizador. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1994.

RIQUINHO, D.L.; PELLINI, T.V.; RAMOS, D.T.; SILVEIRA, M.R.; SANTOS, V.C.F. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-182, 2018.

ROCHA S.M.M.; ALMEIDA M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.8, n.6, p.96-101, 2000.

SANTOS A.M.V.S.; LIMA C.A.; MESSIAS R.B.; COSTA F.M.; BRITO M.F.S.F. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.160-168, 2017.

SANTOS-FILHO, SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teóricopolíticos da saúde do trabalhador e do humanizaSUS. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/olhar_sobre_trabalho.pdf

SANTOS, C.W. & FARIAS FILHO, M.C. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1659-1667, 2016.

SANTOS, I.E.R., VARGAS, M.M., REIS, F.P. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v.14, n.3, jul-set 2014, pp . 324-335. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n3/v14n3a08.pdf>

SCOTT J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, n.16, v.2, p.5-22, 1990.

SELYE H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. **Journal of Clinical Endocrinology**, v.6, p.117-231, 1946. In: Citation Classics. n.13, p.313. 1977.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comunitários de saúde. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.5, p.921-9, 2008.

SILVA, A.T.C. et al. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. **Am J**

Public Health.v.106, n.11, p.1990-1997, nov-2016. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org>

SILVA, A.T.C.; PERES, MFT; LOPES, CS; SCHRAIBER, LB; SUSSER, E; MENEZES, PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**.n. 50,1347–1355, 2015.

SILVA, G.B.; ALMEIDA, M.C.P; CARON-RUFFINO, M.; STEAGALL-GOMES, D.L. Introdução a análise das transformações ocorridas na enfermagem no período de 1920 A 1978. **Medicina**, n.1, v.17, p.35-47, 1984.

SILVA, E.S. Uma história de “crise de nervos”: saúde mental e trabalho. In: BUSCHINELLI J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1993.

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

SILVA-ROOSLI, A.C.B. & ATHAYDE, M. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da estratégia saúde da família. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs). **Trabalhar na Saúde; experiências cotidianas edesafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: EditoraFiocruz, 2011. 216p.

SCHEREN, M. D. A.; PIRES, D.; SCHARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde.**Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009.

SZABO, S.; TACHE, Y.; SOMOGYI, A. The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor of Nature. **Stress**, v.15,n.5, p.472–478, 2012.

WORD HEALTH ORGANIZATION **Strengthening the performance of community health workers in primary health care. Report of a WHO Study Group**. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 780),1989. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39568>

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Raising awareness of stress at work in developing countries : a modern hazard in a traditional working environment : advice to employers and worker representatives** / Irene Houtman, Karin Jettinghoff, LeonorCedillo.p.44.2007.Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/publications/raisingawarenessofstress.pdf?ua=1

Apêndices

Apêndice A. Estudos quantitativos sobre estresse, saúde mental (ou demandas psicológicas) e suas associações e no trabalho de Agente Comunitária de Saúde segundo local pesquisado, tamanho da amostra e de trabalhadores estudados.

Estudo	Objetivo	Metodologia	Principais
LEONELLI, L.B.et al. Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família.2017	Avaliar os níveis de Estresse Percebido (EP) entre profissionais que atuam na ESF, e verificar sua associação com as características das equipes às quais estão vinculados. Também foi investigada a associação entre EP e morbidade auto referida nessa população.	Transversal, auto aplicado, bairro de São Paulo/SP, coleta 10/2011 a 02/2012, em 12 UBS administradas pela mesma OS, 60ESF570trabalhadores:343A CS, 118 aux. Enfermagem, 60enfermeiros e 49 médicos Tx resposta 78,9% (450) e nos ACS foi de 86,3% 14 equipes incompletas – ausência de médico - Sociodemográficas; - Escala de Estresse Percebido (EEP ouPSS); - Morbidade autorreferida: diabetes, doença cardíaca, hipertensão, artrite, asma, doença da tireoide, anemia, epilepsia, dor de cabeça ou enxaqueca, doenças neurológicas, dores lombares, ansiedade, depressão e outras “doenças”. - Ocupacionais: categoria, tipo de contrato, capacitação, tempo de trabalho, - “Práticas antiestresse” - Equipe incompleta (“efeito UBS”) Regressão de efeitosfixos Linear: utiliza 3 Modelos	E P → 42,2 ± 13,9 (média geral); 44,3 ± 13,3 Enf ^{as} ; 42,9 ± 14,1 ACS; 40,7 ± 11,8 médicas; 39,0 ± 13,7 auxenf Modelo 2 → tendência de > EP no sexo feminino ($\beta=5,8$; $p=0,067$) Modelo 3 → > médias gênero feminino ($\beta=6,2$; $p=0,042$) tempo W ≥ 1 ano ($\beta=5,2$; $p=0,003$) médicas, enf ^{as} e ACS ($p=0,033$) não prat. credos religiosos ($\beta=3,8$; $p=0,004$) <escore em viúvos ($\beta=-9,8$; $p=0,033$) Qto> proporção de equipes incompletas na UBS,>é EP ($\beta=4,2$, $p=0,047$) 50,2% trabalhadores relataram problemas desaúde EP aumentou as chances de relatar prob. de saúde em 4% ou 1,04 vezes Dores de cabeça (16,9%), ansiedade (15,8%), hipertensão (15,6%) e problemas na coluna lombar(14,0%).

ALCANTARA M.A., ASSUNÇÃO, A.A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. 2016	Investigar associações entre a prevalência de TMC e as condições de trabalho em uma amostra de ACS inseridos nos serviços de atenção básica de Belo Horizonte.	Transversal, autopercebível, Belo Horizonte/MG, coleta 2009 Amostra aleatória proporcional aos distritos sanitários 247 ACS de 1.495 trabalhadores Taxa de resposta = 79,4% (196 ACS) Estimada prevalência de 26,0% para TMC - Sociodemográficas; - Hábitos e estilo de vida; - Saúde mental, SRQ-20≥7; - Características do trabalho (demanda) - Relato de vivência de agressões sofridas nos últimos 12 meses (pelo trabalhador, pelo usuário) e satisfação com as relações pessoais; - JCQ- Job Content Questionnaire - Stata 12.0, Regressão de Poisson, testes e multicolinearidade entre as variáveis do modelo final.	32,7% - alta demanda; 62,7 % - baixo controle; 41,8% - baixo apoio social no trabalho; 83,7% - receberam treinamento para a função; 16,3% - insatisfeitos com as relações pessoais no trabalho; 26,5% Prevalência TMC; "Se a natureza da tarefa não pode ser modificada, é possível prover os serviços de recursos, tanto materiais quanto organizacionais, de maneira a facilitar o desenvolvimento dos modos operatórios executados pelos ACS. O modelo organizacional pode prover os agentes de mais tempo para abordar os casos, garantir mecanismos de formação continuada e ampliar o espaço para a fala sobre os estressores vivenciados."
SILVA A.T.C.; LOPES C.S.L.; MENEZES P.R. Work- Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. 2016	Identificar fatores relacionados ao trabalho associados a sintomas depressivos e provável depressão maior em equipes de atenção primária.	Transversal, n = 2940, ACS, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos) na cidade de São Paulo, Brasil, coleta: 2011-2012 66 unidades estratificadas por região e OAS gestora, entrevistados todos os profissionais dessas unidades - Patient Health Questionnaire (PHQ-9) - Job Strain - versão brasileira do Job Content Questionnaire, de Karasek e Theorell, com 17 itens e 3 seções: - demandas psicológicas, - controle do trabalho, - suporte no trabalho (apoio de colegas e supervisores) - Outras características relacionadas ao trabalho - Variáveis sociodemográficas e eventos estressantes Regressão Logística Multinomial	ACS = 1770 (60.2%) → Baixo controle = 1023 (57.8%); Baixa demanda = 1178 (66.5%); Baixo suporte social = 1014 (57.3%); Sem feedback = 1159 (65.5%) Proporção de tensão no trabalho: Baixa tensão = 30,4%, Trabalho passivo = 36,1%, Trabalho ativo = 11,7%, Alta tensão = 21,8% → Proporção pouco inferior à dos aux de enfermagem, 22,1%, maior das 4 categorias Sintomas depressivos e provável depressão ACS mais propensos a ter sintomas depressivos e provável de pressão maior do que médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem.

ATANES, A.C.M. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. 2015	Explorar associações entre atenção plena e direcionar futuras intervenções em profissionais da atenção básica de diferentes categorias profissionais, levando em consideração o tempo de trabalho na mesma função.	Transversal, distrito 570 trabalhadores: ACS, tec./auxiliar enfermagem, enf^{as}s, médicas de família. 450 responderam - Sociodemográfico; - Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS): 15 itens, likert 6 pontos; - Perceived Stress Scale (PSS): 14 itens, Likert de 4 pontos; - Escala de Bem estar Subjetivo (SWS): 62 itens, 3 sub escalas, Likert 5 pontos. Análise descritiva, multivariada (MANOVA)	94% mulheres; 65,8% ACS (296) Estresse Percebido: enf^{as}s = 5,5; ACS = 4,0; médicos = 3,4; Valores médios mais baixos percebidos nos ACS (-6,5, p=0,02) e enf^{as}s (-6,5, p=0,039) Valores médios mais altos em afeto negativo em enf^{as}s (10,9, p=0,002), seguidos de médicos (7,9, p=0,05) e ACS (6,3, p=0,004). Os ACS apresentaram a menor satisfação com a vida, enquanto médicas e enf^{as}s s/ diferenças significativas comparados c/ aux. enfermagem. Enf^{as}s e ACS apresentaram baixos níveis de bem estar subjetivo e níveis mais baixos de efeito positivo e significativo efeito negativo = ambas categorias estão sob tensão ACS – funcionando sob níveis mais altos de estresse como resultado de “fazer parte de” e “trabalho direto com” uma comunidade vulnerável. A empatia é evidente...
KNUTH, B.S. et al. Transtornos mentais entre trabalhadores da área da saúde no Brasil. 2015	Verificar fatores associados à depressão, ao estresse, percepção de qualidade de vida e aos níveis salivares de cortisol entre ACS do município de Pelotas-RS.	Transversal; todos os ACS do município 181 ACS, 72,4% taxa de resposta → 131 ACS Coleta em encontro para treinamento, questionário autoaplicado. Coleta de saliva para análise de cortisol (2ml) c/ 2 horas de jejum, técnica ELISA - Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), 21 itens referentes à últimos 15 dias, escala de 0 a 3, presença de episódio depressivo quando BDI ≥ 12 pontos. - SRQ – 20 - Inventário de Sintomas de Estresse para adultos de Lipp (ISSL) - World Health Organization Quality of Life Instrument – Brief version – WHOOL – brief: 26 questões, domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada questão pontua de 1 a 5.	89,3% Mulheres; 78,6% < 40 anos; 65,6% Classe Econômica V; 76,3% Ensino Médio Completo ou Sup. Incompleto; 58,8% C/ companheiro; 71,8% Tempo de trabalho > 1 ano; 79,4% S/ outro emprego; 72,1% acreditam que o seu trabalho afeta a saúde; 22,5% sofreram acidente de trabalho; 22,3% falta no mês anterior; 45,0% problema de saúde auto referido; 62,8% pelo menos 1 consulta médica em 90 dias; 56,5% utilizaram alguma medicação nos últimos 30 dias; 78,4% C/ prescrição ISSL: 30,5% Fase de Alerta 71,0% Fase de Resistência 32,8% Fase de Exaustão Fase de Alerta → > prevalência entre os mais velhos (p=0,005), consumido medicação no último mês (p=0,024), consulta médica nos últimos 90 dias (p=0,047), sofreram acidente de trabalho (p=0,005) e

			perceberam alteração da saúde devido ao trabalho ($p=0,005$) Fase de Resistência → Mais frequente naqueles que consumiram medicamentos no último mês ($p=0,007$) e naqueles que consultaram nos últimos 90 dias ($p=0,032$) Fase de Exaustão → Mais prevalente entre as mulheres ($p=0,024$) e naquelas que sofreram acidentes de trabalho. *Marcadores de estresse são escassos na ESF, particularmente para ACS
MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, O.S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde do município de Aracaju, Sergipe, Brasil. 2014	Avaliar a presença da Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde de Aracaju (SE).	Transversal Amostra de 271 de 894 ACS – 222 questionários completos - Questionário autoaplicado; - Socioeconômico e ocupacional; - Job Stress Scale (JSS) versão reduzida (17 itens); - MBI.	87,8% Mulheres; 68,9% 30 a 40 anos; 64% pardos; 58,5% Ensino médio completo; 48,2% c/ companheiro; c/ filhos; 88,7% residem na área que trabalham; 49,5% trabalham há +10 anos como ACS; 98,2% realizaram capacitação introdutória; 11,3% trabalham outro local; 12,2% faltaram ao trabalho por problema de saúde. JSS = 72,5% Alta demanda Psicológica 81,5% Alto controle sobre o trabalho Alta Demanda + Alto controle = 57,2% - Representa exposição intermediária ao estresse ocupacional. 75,6% Alto apoio social MBI = 57,7% Exaustão Emocional moderada à grave 51,8% Despersonalização moderada à grave 59% Envolvimento Pessoal moderado à grave 29,3% com síndrome Não houve correlação entre Burnout e nenhuma das dimensões do JSS.
SANTOS, I.E.R. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. 2014	Verificar a ocorrência do estresse laboral em ACS da cidade de Aracaju (SE); identificar a fase de estresse em que se encontravam os ACS; identificar a predominância de sintomas físicos ou psicológicos nesses sujeitos; caracterizar os estressores laborais e suas possíveis interferências nas	Transversal (survey); Aracaju/SE; 10/2011 236 ACS (Fórmula de Barbetta*) de 650 ACS • n $o=1/Eo2$ n $=N.no/N+$ no - ISSL - Caracterização Profissional	85,5% Mulheres; 35,5 anos ($\pm 3,84$) média de idade; 8 anos ($\pm 3,84$) média de tempo de trabalho; 61,2% possui técnico de enfermagem 61,4% C/ alguma manifestação de estresse 51,7% Fase de resistência, distribuídos em todas as UBS 3 UBS c/ ACS na fase Exaustão, 0,4% da amostra 51,7% predomínio de sintomas físicos (Fase

	atividades desempenhadas por eles.	e sociodemográfica (Inventário adaptado de Coutinho (2009) – Likert de 5 pontos Análise descritiva, SPSS	Resistência) = 17,8% - tensão muscular, 15,5% - sensação de desgaste físico e 12,9% - cansaço constante Sintomas Psicológicos = 10,9% - insônia, 9,4% - sensação de cansaço excessivo e 7,2% - irritabilidade Estresse S/ correlação com gostar ou não gostar do trabalho ACS identificaram como altamente estressante: 43,1% - desenvolver atribuições fora de sua competência; 41,2% - assumir responsabilidade S/ preparo adequado; 46,8% - realizar tarefas em pouco tempo; 55,1% - cuidar de nº de famílias acima do preconizado; 61,5% - sentir-se pouco ou não valorizado; 39,7% - estrutura física da UBS; 53,6% - disponibilidade de equipamentos e materiais.
HAIKAL, D.A.S. Qualidade de vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à saúde. 2013	Investigar qualidade de vida, satisfação com o trabalho, presença de transtornos psíquicos e hábitos de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à saúde de Montes Claros – MG.	Transversal, Montes Claros/MG, em 2009 752 trabalhadores (95% do total), sendo 470 ACS, de Técnicos/Auxiliares Enfermagem 51 de Saúde Bucal, 52 Cirurgiões- dentistas, 71 Enfermeiros e Médicos. - Socioeconômicas; - Satisfação no trabalho – 1 questão; - Qualidade de vida (WHOOL-Bref); - Equilíbrio esforço/recompensa no trabalho (ERI) – 23 itens em 3 escalas unidimensionais = esforço (6 itens), recompensa (11 itens), comprometimento (6 itens), Likert 5 pontos; - Transtornos Psíquicos (QSG – 12); - Nível de atividade Física (IPAQ) – 10 min na última semana. - SPSS, variância (ANOVA), após teste Post-hoc de Bonferroni	Idade média 32 anos ($\pm 8,3$), 80% mulheres ACS pior média em qualidade de vida, junto c/ médicos: 71,7 ($\pm 15,4$) e 71,1 ($\pm 16,7$); Domínio Físico = 67,2 ($\pm 10,1$) Domínio Psicológico = 65,9 ($\pm 10,2$) D Relações Sociais = 76,8 ($\pm 14,6$) D Meio Ambiente = 55,6 ($\pm 11,4$) Satisfação ACS 76,6% (360 satisfeitos); 23,4% Insatisfeitos; ACS > proporção de desequilíbrio esforço/recompensa (71,1%, média = 66,9%) e comprometimento excessivo (3,7%, média = 2,5%) 71,1% (301) e mais 82,0% (370) = limítrofe e 14,4% (65) = debilitada

Anexos

Anexo A – Comitê de Ética

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de trabalho e seus impactos na condição de saúde de agentes comunitários de saúde na região sul do Rio Grande do Sul

Pesquisador: Vanda Maria da Rosa Jardim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51684015.1.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.381.733

Apresentação do Projeto:

Este estudo objetiva conhecer o processo de trabalho e seus impactos na vida e produção dos agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. Para Estudo transversal nos diferentes municípios da metade sul do Rio Grande Sul. O estudo pretende avaliar os desfechos interrelacionados: Satisfação com o trabalho; Sobrecarga; Saúde do trabalhador, considerando além de diferenças conforme as variáveis em estudo os diferentes municípios que integram a 3ª Coordenadorias regional de saúde do Rio Grande do

Sul. O cálculo da amostra foi orientado pelos desfechos. Os dados utilizados apresentam diferentes prevalências por categoria utilizada em distintos estudos o que permitiu avaliar valores limites e intermediários. Para o cálculo de amostra foi utilizado um valor de alfa igual à 5% e um poder de 95% e realizou-se o cálculo no software Epi-info 6.04 para permitir estudar uma relação de exposto / não exposto de 3:1, com uma prevalência de 20% em expostos e um risco relativo de 2,0, o que totalizou 608 pessoas, ao que foi acrescido 25% para controle de fator de confusão e perdas, totalizando 750 pessoas. Em razão das diferenças de contexto e cenários, além dos diferentes grupos a definição dos serviços /locais/ cidades selecionados para a amostra será estruturada levando-se em conta as macroregiões e coordenadorias de saúde do estado, considerando como foco de investigação a 3ª Coordenadoria regional de saúde. As entrevistas

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfo@ufpel.edu.br

**FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer: 1.381.733

necessárias serão realizadas por 08 duplas de entrevistadores. Os entrevistadores serão selecionados a partir de um processo de seleção, sendo posteriormente treinados em um curso de 40hs, incluindo aplicação de instrumentos. Durante o trabalho de campo os entrevistadores contarão com o suporte de dois supervisores de campo. O trabalho de campo será realizado após os contatos com coordenadorias regionais de saúde e secretarias municipais de saúde. Os aspectos éticos se sustentam no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº311 de 08 de janeiro de 2007, a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. O projeto será encaminhado a plataforma Brasil e após sua aprovação a coleta de dados será realizada garantindo-se a todos os participantes o conhecimento confirmado pela assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo A), assegurando-se o anonimato e o sigilo, assim como o direito de retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa, além de acesso aos dados. O consentimento será disponibilizado em duas vias, ficando uma delas com o participante da pesquisa, e a via com o pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o processo de trabalho e seus impactos na vida e produção dos agentes comunitários de saúde no sul do Brasil

Objetivo Secundário:

Identificar as condições e características do processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde do Rio Grande do Sul;

Descrever o perfil dos agentes comunitários de saúde;

Identificar os impactos do trabalho dos agentes comunitários de saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco de desconforto por ventura gerado nos questionamentos poderá ser minimizado considerando que a aplicação do questionário poderá ser interrompida, sempre que solicitado pelo participante. Caso seja verificado qualquer desconforto emocional ou constrangimento por parte dos participantes, a aplicação do questionário será interrompida e o aplicador deverá manejar a situação conforme instrução prevista no treinamento. Se necessário e consentido pelo participante, profissionais do serviço onde a aplicação está ocorrendo poderão ser acionados. O participante terá o direito de retornar ou não para a aplicação do

Endereço: Gomes Camello nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeg@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.381.733

questionário.

Benefícios:

O benefício aos participantes envolvidos no estudo será a oportunidade de expor seus sentimentos acerca de suas vivências diárias na atividade do trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para os Agentes Comunitários de Saúde ao abordar o processo de trabalho e seus impactos na vida destes trabalhadores. Os resultados poderão apontar indicadores que podem contribuir no planejamento e na gestão de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde. Após adequações sugeridas pelo CEP encontra-se em consonância com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: adequada

Cronograma: adequado

Orçamento: adequado

TCLE: adequado

Cartas de Anuência: adequadas

Recomendações:

Devolução dos resultados para as instituições envolvidas e comunidade científica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_641137.pdf	18/12/2015 18:20:23		Aceito
Outros	turucu.docx	18/12/2015 18:19:51	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	saciourencadosul.docx	18/12/2015 18:19:36	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	sacjosodonorte.docx	18/12/2015 18:19:22	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	santavitoria.docx	18/12/2015 18:18:57	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfao@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.381.733

Outros	santanadaboavista.docx	18/12/2015 18:18:38	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	riogrande.docx	18/12/2015 18:16:57	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	piratini.docx	18/12/2015 18:16:40	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	pinheiomachado.docx	18/12/2015 18:15:28	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	pelotas.docx	18/12/2015 18:15:06	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	pedroosorio.docx	18/12/2015 18:14:51	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	pedrasaltas.docx	18/12/2015 18:14:32	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	morroredondo.docx	18/12/2015 18:14:17	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	jaguarao.docx	18/12/2015 18:14:01	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	herval.docx	18/12/2015 18:13:46	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	cristal.docx	18/12/2015 18:13:26	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	chui.docx	18/12/2015 18:13:11	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	cerrito.docx	18/12/2015 18:12:21	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	capadoleao.docx	18/12/2015 18:11:51	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	canguçu.docx	18/12/2015 18:11:29	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	arroio padre.docx	18/12/2015 18:11:02	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	arroio grande.docx	18/12/2015 18:10:27	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Outros	amaralferrador.docx	18/12/2015 18:10:07	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Orçamento	2Orçamento.docx	18/12/2015 18:09:24	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Cronograma	1Cronograma.docx	18/12/2015 18:08:45	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3TERMODECONSENTIMENTO.docx	18/12/2015 18:08:34	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	4Projeto.docx	18/12/2015 18:08:22	Vanda Maria da Rosa Jardim	Aceito

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

ANEXO B – Consentimento

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/12 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e esclarecido caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "PROCESSO DE TRABALHO E SEUS IMPACTOS NA CONDIÇÃO DE SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA REGIÃO SUL DO RIO GRANDE DO SUL" autorizando a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo.

Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: Conhecer o processo de trabalho e seus impactos na vida e produção dos agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. Ressaltamos que você tem o direito de não participar na pesquisa; desistir da pesquisa a qualquer momento; livre acesso aos dados quando for de seu interesse e anonimato.

Os procedimentos que você será submetido serão exclusivamente entrevistas. Você não precisará passar por nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico. Garantimos a você que todos os resultados obtidos serão usados somente para fins científicos

Embora tenhamos o interesse de manter você o mais confortável possível, sabemos que existe o risco de que por envolver perguntas subjetivas, este estudo pode provocar lembranças emotivas de diferentes vivências. Este risco se justifica pela necessidade de aferir a influência dessas vivências no desfecho estudado pela pesquisa. No entanto ressaltamos que esse risco de desconforto por ventura gerado nos questionamentos poderá ser minimizado considerando que a entrevista poderá ser interrompida, sempre que você quiser. Você terá o direito de retornar ou não para entrevista sem qualquer ônus.

Os benefícios da sua participação no estudo serão num primeiro momento a oportunidade de expor seus sentimentos acerca de suas vivências diárias no processo de trabalho de sua profissão e posteriormente a visibilidade dessa situação por gestores de saúde a fim de subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde voltadas para suas necessidades como Agente Comunitário de Saúde.

Sendo assim, caso concorde com a declaração a seguir, para participar da pesquisa, precisamos que você assine este documento:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo. Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo e do anonimato. Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA:

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas

Prof^a Vanda Maria da Rosa Jardim - Telefone: 538110-1092

Email: vandamrjardim@gmail.com

ANEXO C – Questionário

Agentes Comunitários de Saúde	Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem Departamento de Enfermagem	
Processo de trabalho e seus impactos na condição de saúde de agentes comunitários de saúde na região sul do Rio Grande do Sul		
Sua participação é muito importante para conhecermos o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) da região sul do Brasil. Pedimos que você responda as questões do instrumento conforme as instruções presentes. Por favor, não preencha ou faça anotações na coluna de codificação. Em caso de dúvida procure um dos coordenadores da equipe de pesquisa.		
1. Número de identificação: ____		nq ____
Entrevistador: _____		
2. Data da entrevista: ____/____/____		dt ____/____/____
3. Cidade: _____		cid ____
4. Nome completo do entrevistado: _____		
5. Telefone: _____ e-mail para contato: _____		
6. Nome da UBS em que desenvolve atividade: _____		
7. Região da UBS: (1) Urbana (2) Rural		regiw ____
8. Sexo: (1) masculino (2) feminino		sexo ____
9. Cor da pele: (1) branca (2) preto (3) pardo (4) outro:		cor ____
10. Data de nascimento: ____/____/____ Qual sua idade? ____ anos		dn ____/____/____ idw ____
11. Peso: ____ quilos (kg) e ____ gramas (g) Altura: ____ metro (m) e ____ centímetro (cm)		pesw ____ altw ____
12. Estado civil: (1) solteiro (2) casado/com companheiro (3) separado/divorciado (4) viúvo		estciv ____
13. Você tem filhos? (0) não (1) sim Se SIM, quantos:		fil ____ numfil ____
14. Quantas pessoas (sem contar você) moram na sua casa? _____		pesmor ____
15. A casa em que você mora é: (1) própria, paga (2) emprestada/de familiares (3) própria, pagando prestações (4) alugada (5) outros - qual? _____		casa ____
16. Você mora na área/microárea em que atua como Agente Comunitário de Saúde? (0) Não (1) Sim		hamt ____
17. A quanto tempo você reside neste local:anos meses		tmrl ____
18. Qual o seu maior grau de escolaridade? (1) ensino fundamental incompleto (2) ensino fundamental completo (3) ensino médio incompleto (4) ensino médio completo		escol ____

(5) curso técnico incompleto	(6) curso técnico completo	
(7) ensino superior incompleto	(8) ensino superior completo	
(9) pós- graduação incompleto	(10) pós-graduação completa	
19. Você possui ou está cursando algum curso na área da saúde?		
(0) Não (1) Sim		curs _____
Se sim, qual? _____		earea _____
20. Qual foi o seu salário bruto no último mês (em reais): R\$ _____		salr _____
21. Qual a sua carga horária? _____ horas/ semanais		ch _____
22. Recebeu curso de capacitação introdutório para desenvolver as atividades do seu trabalho?		
(0) Não (1) Sim		intdw _____
23. Qual é aproximadamente a sua renda familiar mensal (considere a soma de todos os salários das pessoas que recebem alguma renda em sua família):		rendfam _____
(1) Até 1 salário mínimo		(2) Até 3 salários mínimos
(3) Até 5 salários mínimos		(4) Até 7 salários mínimos
(5) Até 9 salários mínimos		(6) Acima de 10 salários mínimos
24. Você já trabalhou em outra atividade, antes de se tornar agente comunitário de saúde?		twabs _____
(0) Não (1) Sim		
Se sim, qual (s)?		
Atividade1: _____		qlatv1 _____
Atividade2: _____		qlatv2 _____
Atividade3: _____		qlatv3 _____
25. Há quanto tempo você trabalha como Agente Comunitário de Saúde?		
_____ anos _____ meses		ttrab _____
26. Qual o tipo de vínculo que você tem como Agente Comunitário de Saúde?		
(1) CLT		(2) Contrato emergencial/ temporário
(3) Estatutário		(4) outros, qual _____
27. Como ingressou a trabalhar como Agente Comunitário de Saúde?		
(1) Processo seletivo		(2) Concurso público
(3) Indicação		(4) Outro-qual: _____
28. Você trabalha em outro local?		outw _____
(0) Não (1) Sim		
Se sim, onde? _____		localw _____
Se sim, qual atividade você desempenha? _____		ativw _____
Qual a carga horária semanal? _____ horas		hrsmw _____
29. O seu horário de trabalho traz problemas para você?		turpro _____
(0) Não (1) Sim		
Se sim, quais problemas?		fad _____
(1) fadiga		(2) choque de horário
(3) organização		(4) outro, qual (is)? _____
30. Você realiza cursos de atualização?		atuali _____
(0) Não (1) Sim		
Se SIM, com que frequência?		freat _____
(1) Mensalmente		(2) Semestralmente
(3) Anualmente		(4) Eventualmente
(5) Raramente		(6)
Outro: _____		
31. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) que você trabalha possui espaço específico para atividades desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde?		esptw _____
(0) Não (1) Sim		
32. Em seu trabalho é respeitado o período de férias?		rpft _____
(0) Não (1) Sim		
33. Durante o período de suas férias os moradores da microárea procuram você para resolver situações relacionadas ao seu trabalho?		pvrp _____
(0) Não (1) Sim		
34. Quais são as suas tarefas no serviço?		
Tarefa1 _____		taf1 _____
Tarefa2 _____		taf2 _____
Tarefa3 _____		taf3 _____
Tarefa4 _____		taf4 _____
Tarefa5 _____		taf5 _____
Tarefa6 _____		taf6 _____
Tarefa7 _____		taf7 _____
Tarefa8 _____		taf8 _____

Tarefa9 _____ Tarefa10 _____	taf9 _____ taf10 _____
35. Responda esta questão pensando no <u>último mês</u> : Quantas visitas domiciliares você realizou: ____ Quanto atendimentos em grupo você realizou: ____ Quantas reuniões de equipe você participou: ____ Quantas reuniões de comunidade você participou: ____	vd _____ atgrup _____ reuequ _____ reucom _____
36. Você poderia responder as seguintes questões sobre a sua microárea: Número de hipertensos: Número de diabéticos:..... Número de pessoas com problemas de saúde mental:..... Número de idosos: Número de óbitos no último ano:..... Número de recém nascido no último ano:..... Quantas pessoas residem em sua microárea:	nhip _____ ndia _____ npsm _____ nido _____ nobi _____ nrnc _____ prm _____
37. Você realiza atividades de prevenção e promoção em saúde? (0) Não (1) Sim Se sim, qual (is)? Atividade1: _____ Atividade 2: _____ Atividade 3: _____	atvsau _____ atvsau1 _____ atvsau2 _____ atvsau3 _____
38. Realiza busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e e situações de importância local? (0) Não (1) Sim	banc _____
39. Você tem desenvolvido alguma ação dirigida ao controle de vetores? (0) Não (1) Sim Se SIM, qual(s)? _____	adcv _____
40. Durante as visitas domiciliares existem famílias que não aceitam recebê-lo? (0) Não (1) Sim Se SIM, quantas?	vdna _____
41. Quais são os maiores problemas de saúde de sua microárea? Problema1: _____ Problema2: _____ Problema3: _____	prob1 _____ prob2 _____ prob3 _____
42. Em sua opinião o que determina melhores ou piores condições de saúde em sua microárea? 1. _____ 2. _____ 3. _____	det1 _____ det2 _____ det3 _____
43. Em seu trabalho você se relaciona com outros setores? Escola (0) Não (1) Sim Associação comunitária (0) Não (1) Sim Igrejas... (0) Não (1) Sim Outros, qual(s)? _____	setesc _____ setac _____ setig _____ setou _____
44. Há supervisão no seu trabalho? (0) Não (1) Sim	superv _____
Em relação aos itens abaixo, utilize uma escala de zero a dez para expressar sua opinião. Faça um círculo no número adequado à sua opinião.	
45. Supervisão pela secretaria municipal de saúde / coordenação de atenção básica / estratégia de saúde da família 0 = ausência 10 = qualificada	ssms _____
46. Supervisão pela equipe: 0 = ausência 10 = qualificada	sequ _____

47. Supervisão pelo (a) enfermeiro (a) da equipe: 0 = ausência 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = qualificada	senf ____																		
48. Supervisão pela comunidade em que atua: 0 = ausência 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = qualificada	scom ____																		
49. Apoio pela secretaria municipal de saúde / coordenação de atenção básica / estratégia de saúde da família 0 = ausência 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = qualificada	asms ____																		
50. Apoio pela equipe 0 = ausência 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = qualificada	aequ ____																		
51. Apoio pelo (a) enfermeiro (a) da equipe: 0 = ausência 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = qualificada	aenf ____																		
52. Apoio pela comunidade em que atua 0 = ausência 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = qualificada	acom ____																		
53. Qual a sua avaliação do atendimento prestado pela estratégia de saúde da família / atenção básica em sua área e microárea de atuação Ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ótimo	avaten ____																		
54. Desde que você entrou neste emprego, as condições de trabalho: (1) melhoraram muito (3) não mudaram (2) pioraram (4) melhoraram pouco	codtr ____																		
55. Em seu trabalho você enfrenta: <table border="0"> <tr> <td>(1) Falta de ferramenta adequada para o trabalho</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(2) Falta de segurança</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(3) Risco permanente de vida</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(4) Situação de violência no contexto do trabalho</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(5) Exposição Agrotóxicos</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(6) outras situações que incomodam:</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table> Se sim, quais as outras situações que incomodam Situação1 _____ Situação2 _____ Situação3 _____	(1) Falta de ferramenta adequada para o trabalho	(0) Não	(1) Sim	(2) Falta de segurança	(0) Não	(1) Sim	(3) Risco permanente de vida	(0) Não	(1) Sim	(4) Situação de violência no contexto do trabalho	(0) Não	(1) Sim	(5) Exposição Agrotóxicos	(0) Não	(1) Sim	(6) outras situações que incomodam:	(0) Não	(1) Sim	ffer ____ fseg ____ rpt ____ svct ____ exag ____ ost ____ stinc1 ____ stinc2 ____ stinc3 ____
(1) Falta de ferramenta adequada para o trabalho	(0) Não	(1) Sim																	
(2) Falta de segurança	(0) Não	(1) Sim																	
(3) Risco permanente de vida	(0) Não	(1) Sim																	
(4) Situação de violência no contexto do trabalho	(0) Não	(1) Sim																	
(5) Exposição Agrotóxicos	(0) Não	(1) Sim																	
(6) outras situações que incomodam:	(0) Não	(1) Sim																	
56. Em seu trabalho você pode: Escolher individualmente a forma de fazer suas atividades (0) Não (1) Sim Escolher de forma coletiva/em equipe a forma de fazer suas atividades <table border="0"> <tr> <td></td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Fazer reuniões</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Fazer cursos</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Outras atividades de organização</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Conversar com os colegas</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Usar suas idéias</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table>		(0) Não	(1) Sim	Fazer reuniões	(0) Não	(1) Sim	Fazer cursos	(0) Não	(1) Sim	Outras atividades de organização	(0) Não	(1) Sim	Conversar com os colegas	(0) Não	(1) Sim	Usar suas idéias	(0) Não	(1) Sim	pind ____ pcol ____ preun ____ pcur ____ porg ____ pcon ____ pide ____
	(0) Não	(1) Sim																	
Fazer reuniões	(0) Não	(1) Sim																	
Fazer cursos	(0) Não	(1) Sim																	
Outras atividades de organização	(0) Não	(1) Sim																	
Conversar com os colegas	(0) Não	(1) Sim																	
Usar suas idéias	(0) Não	(1) Sim																	

57. Em relação aos equipamentos de proteção individual:				ssd ____	
	O serviço disponibiliza		Você usa		susa ____
	(0) Não	(1) Sim	(0) Não	(1) Sim	bsd ____
Sapato					busa ____
Boné/chapéu					psd ____
Protetor solar					pusa ____
Outros? Quais					outeq ____
58. Você possui acesso as redes sociais?				(0) Não (1) Sim	acrs ____
59. Você costuma utilizar a internet para obter informações de saúde?				(0) Não (1) Sim	utis ____
60. Existe algum programa de acompanhamento de sua saúde em seu trabalho?				(0) Não (1) Sim	acosau ____
61. Nos últimos seis meses você sofreu algum acidente de trabalho?				(0) Não (1) Sim	sofre ____
Qual(s)? Acidente1: _____					acid1 ____
Acidente2: _____					acid2 ____
62. Você faltou ao trabalho nos últimos 6 (seis) meses?				(0) Não (1) Sim	falta ____
Se sim quantos dias? ____ dias ausentes.					daus ____
Quais os motivos: (1) doença				(0) Não (1) Sim	doen ____
(2) acidente				(0) Não (1) Sim	acid ____
(3) problema familiar				(0) Não (1) Sim	prfam ____
(4) outro(s); qual(s) _____					oupr ____
63. Você é fumante?				(0) Não (1) Sim (2) Ex-fumante	fuma ____
Se SIM: Quantos anos é fumante/ fuma? ____ anos ____ meses					temfum ____
Quantos cigarros você fuma por dia? ____ unidades					undcig ____
64. Com que frequência você toma bebidas de álcool?					freb ____
(0) Nunca (pular para a questão 66)					
(1) 1 vez por mês ou menos				(2) 2 a 4 vezes por mês	
(3) 2 a 3 vezes por semana				(4) 4 ou mais vezes por semana	
65. Com que frequência durante o último ano você sentiu culpa ou remorso por beber?					culbeb ____
(0) Nunca (Passe para a questão)				(1) Menos que uma vez ao mês	
(2) Uma vez ao mês				(3) Uma vez por semana	
(4) Todos os dias ou quase todos					
66. Você consultou nos últimos 6 (seis) meses?				(0) Não (1) Sim	consul ____
67. Se SIM : Quantas vezes?				____ vezes	vezcon ____
Motivos das Consultas:					____
(1) Doença				(0) Não (1) Sim	
(2) Acompanhamento (doenças crôni				(0) Não (1) Sim	doenc ____
(4) Ação preventiva				(0) Não (1) Sim	acom ____
(5) Outro. Qual(s)? _____					acpre ____
					outr ____

68. Você tem problemas de saúde? Se Sim, indique qual (is) problemas abaixo possui. Com relação às doenças, indicar somente as que foram diagnosticados por um profissional de saúde.	(0) Não	(1) Sim	prosa __
	NÃO	SIM	
Angina/Isquemia cardíaca/Infarto	(0)	(1)	aici __
Ansiedade	(0)	(1)	ansd __
Asma	(0)	(1)	asma __
Arritmia cardíaca	(0)	(1)	arrcd __
Bronquite	(0)	(1)	bron __
Depressão	(0)	(1)	depr __
Diabetes (DM)	(0)	(1)	diab __
Dor de cabeça	(0)	(1)	dorcb __
Dor na coluna vertebral	(0)	(1)	dorcv __
Dor nas costas	(0)	(1)	dorct __
Dor nos joelhos	(0)	(1)	dorjo __
Dor nas pernas	(0)	(1)	dorpn __
Gastrite/úlcera gástrica/duodenal	(0)	(1)	gugd __
Insônia	(0)	(1)	ins __
Insuficiência cardíaca/ Coração grande	(0)	(1)	insfcg __
Pressão alta (HAS)	(0)	(1)	press __
Reumatismo	(0)	(1)	reum __
Lesões de pele	(0)	(1)	lepl __
Outros	(0)	(1)	outpb __ __

Marque com (x) a opção que melhor representa a sua opinião em relação as questões a seguir.	(1) Sempre	(2) Frequentemente	(3) Mais ou menos	(4) Raramente	(5) Nunca	
69. Você sente que seu trabalho é demasiadamente controlado por seus supervisores?						consup __
70. Você participa do processo de tomada de decisões no seu serviço?						partdec __
71. Você participa da implementação de programas e/ou atividades novas no serviço?						parprog __
72. Você participa do processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço?						paval __
73. Você acha que suas opiniões são levadas em consideração?						opcons __
74. Você percebe um bom clima no ambiente de trabalho?						ambtra __

	(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Indiferente	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	
75. Você está satisfeito com este serviço?						satserv __
76. Você se sente satisfeito com a frequência das reuniões de equipe?						satfreq __
77. Até que ponto você se sente satisfeito com seu salário?						satsal __
78. Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?						dxins __
79. Se pudesse mudaria de profissão?						mudp __

**As perguntas a seguir se referem ao impacto do seu trabalho na sua vida.
Escala Inventário de Burnout Maslach**

Este questionário pretende conhecer como as pessoas se sentem no seu trabalho. A seguir, você encontrará várias frases que representam possíveis situações do dia-a-dia no trabalho. Sua tarefa consiste em ler cada frase cuidadosamente e dizer se ela expressa ou não algo que ocorre com você no seu trabalho. Para responder marque com um (x) a melhor escolha que descreve a sua situação.	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Algumas vezes	(4) Frequentemente	(5) Sempre	
80. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.						semex __
81. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.						sesg __
82. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.						scan __
83. Eu posso entender facilmente o que sentem as pessoas que tenho que atender acerca das coisas que acontecem no dia a dia.						entfc __
84. Eu sinto que trato algumas das pessoas que tenho que atender como se fossem objetos.						sobj __
85. Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.						dige __
86. Eu trato de forma adequada os problemas das pessoas que tenho que atender.						tadpb __
87. Eu me sinto esgotado com meu trabalho.						sesgw __
88. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida das pessoas desde que comecei este trabalho.						spvp __
89. Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.						stinp __
90. Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.						swen __
91. Eu me sinto muito cheio de energia.						scha __
92. Eu me sinto frustrado com meu trabalho.						sftw __
93. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.						swdm __
94. Eu não me importo com o que acontece com algumas das pessoas que tenho que atender.						nimp __
95. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.						wpst __
96. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com as pessoas que tenho que atender.						amtq __
97. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com pessoas que atendo.						sestp __
98. Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.						tmtw __
99. No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.						sfnl __
100. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.						wpbcl __
101. Eu sinto que as pessoas que atendo me culpam por alguns de seus problemas.						spcp __

Inventário de Coping Proactivo

Este questionário é constituído por frases que representam reações que pode ter face às várias situações. Indique quão verdadeiras são estas frases de acordo como se sente em relação a cada situação. Para isso, identifique com um (x) a opção que melhor representa a sua escolha.	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Algumas vezes	(4) Sempre	
102. Eu tento gerir bem o meu dinheiro para evitar problemas financeiros na velhice.					gbd __
103. Quando tenho um problema, eu tomo a iniciativa de resolvê-lo.					tpir __
104. Eu só tomo decisões depois de pensar cuidadosamente sobre um problema.					tdpb __
105. Eu faço uma lista das tarefas que tenho que realizar e tento concentrar-me primeiro nas mais importantes.					ltri __
106. Imagino diferentes situações para me preparar para diferentes resultados.					idsr __
107. Depois de alcançar um objetivo eu procuro outro com maior grau de dificuldade.					aopd __
108. Eu gosto de desafios e de ultrapassar obstáculos.					gduo __
109. Antes de resolver um problema, eu penso em todas as consequências possíveis.					rpcp __
110. Eu imagino-me a resolver problemas antes de enfrentá-los.					irpe __
111. Quando tenho um problema com os meus colegas de trabalho, amigos ou familiares, imagino previamente como relacionar-me com eles com sucesso.					tprs __
112. Eu sou uma pessoa com iniciativa.					spin __
113. Quando há mal-entendidos graves com colegas de trabalho, familiares ou amigos, eu preparo-me previamente para me relacionar com eles.					mgcw __
114. Antes de ficar desorientado(a) com um problema, eu procuro um(a) amigo(a) para me aconselhar.					fdpa __
115. Quando estou em apuros, normalmente consigo procurar uma solução com a ajuda de outras pessoas.					easp __
116. Eu partilho os meus sentimentos com os outros para estabelecer e manter relações próximas.					pser __
117. Eu espero que as coisas se resolvam por si próprias.					ecrp __
118. Eu preparo-me para qualquer eventualidade.					pqev __
119. Em vez de agir impulsivamente, normalmente penso em várias maneiras de resolver um problema.					airp __
120. Eu aperfeiço as minhas capacidades profissionais para prevenir o desemprego.					acpd __
121. Eu preparo-me para lidar com uma situação antes de agir.					plsa __

122. Eu imagino-me a resolver problemas difíceis.					irpd __
123. Quando eu tenho um problema, deixo a decisão para o dia seguinte.					tpds __
124. Normalmente, encontro pessoas que me ajudam a procurar soluções para os meus problemas.					epap __
	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Algumas vezes	(4) Sempre	
125. Quando estou deprimido(a), saio para conversar com outras pessoas.					eedcp __
126. Eu tento falar sobre o meu estresse para conhecer a opinião dos meus amigos(as).					tfso __
127. Eu transformo os obstáculos em experiências positivas.					toep __
128. Quando estou a resolver os meus problemas, os conselhos de outras pessoas podem ser úteis.					rpcu __
129. As informações que recebo dos outros ajudam-me muitas vezes a lidar com os meus problemas.					irap __
130. Os outros fazem-me sentir estimado(a).					ofse __
131. Quando eu tenho um problema, costumo deixá-lo em banho-maria durante algum tempo.					tpbm __
132. Apesar das contrariedades, normalmente consigo obter o que quero.					cncq __
133. Eu pergunto aos outros o que eles fariam na minha situação.					pofs __
134. Falar com os outros pode ser útil para obter outras perspectivas do problema.					fupp __
135. Eu sei com quem posso contar nos momentos mais difíceis.					sqpc __
136. Em vez de gastar o dinheiro que ganho, eu gosto de poupar para fazer face às necessidades.					vgpn __
137. Eu previno-me para evitar situações perigosas.					pesp __
138. Eu procuro sempre uma forma de ultrapassar obstáculos, nada me detém.					psuo __
139. Se alguém me disser que eu não posso fazer algo, poderão ter a certeza de que eu o farei.					npcf __
140. Eu procuro resolver um problema pensando em alternativas realistas.					prar __
141. Eu tento determinar o que preciso fazer para ter sucesso.					tdfs __
142. Se eu verifico que um problema é muito difícil, por vezes ponho-o de lado até estar preparado(a) para o resolver.					pdpr __
143. Falho tão frequentemente que as minhas expectativas não são muito elevadas.					fene __

144. Se estou deprimido(a), eu sei a quem recorrer para me ajudar a sentir melhor.					edsm ____
145. Eu decomponho um problema em pequenas partes e resolvo uma de cada vez.					dprv ____
146. Eu procuro garantir que a minha família esteja em segurança para a proteger de desgraças no futuro.					gfsf ____
147. Procuro frequentemente decompor os problemas difíceis em partes mais práticas.					pdpm ____
148. Eu preparo-me para acontecimentos desfavoráveis.					padf ____
	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Algumas vezes	(4) Sempre	
149. Preparo-me antecipadamente para lidar com as consequências de catástrofes.					palc ____
150. Eu encaro um problema sob várias perspectivas até encontrar a solução mais adequada.					epsa ____
151. Eu faço um plano e depois sigo-o.					efps ____
152. Eu escolho boas estratégias para obter os melhores resultados possíveis.					ebor ____
153. Eu tenho sonhos e tento alcançá-los.					etsa ____
154. Antes de enfrentar uma tarefa difícil, eu imagino situações de sucesso.					aets ____
155. Quando eu tenho um problema, eu vejo.					qtpv ____
156. Quando me candidato a um cargo num emprego, eu imagino.					qcei ____
157. Faz uso freqüente de medicamentos?	(0) Não (1) Sim				usomed ____
Se SIM , quais?					med1 ____
Medicamento 1: _____					med2 ____
Medicamento 2: _____					med3 ____
Medicamento 3: _____					
158. Quais os gastos com a sua saúde no último mês?					gmed _____
Medicações: R\$ ____ . ____ , ____					gssa _____
Serviço de saúde: R\$ ____ . ____ , ____					gpsi _____
Plano de saúde/individual: R\$ ____ . ____ , ____					gpsf _____
Plano de saúde/familiar: R\$ ____ . ____ , ____					
159. Quanto você considera que seus gastos com saúde interferem no seu orçamento mensal?					gtorç ____
(1) Não interferem	(2) Interferem pouco				
(3) Interferem mais ou menos	(4) Interferem muito				
160. Local em que você geralmente consulta:					
(1) Unidade Básica de Saúde	(0) Não (1) Sim				ubsp ____

(2) Consultório Particular	(0) Não	(1) Sim	conpar ____
(3) Ambulatório	(0) Não	(1) Sim	amb ____
(4) Pronto Socorro	(0) Não	(1) Sim	psoc ____
(5) Pronto Atendimento	(0) Não	(1) Sim	pant ____
(6) Outro - Qual? _____			out ____
161. Você pratica alguma atividade física, como, por exemplo, ginástica, natação, caminhada, academia, futebol? (com exceção das realizadas no período de trabalho).			pratf ____
(0) Não (1) Sim			
162. O seu trabalho requer uma grande dose de responsabilidade?			respon ____
(1) Uma grande dose	(2) Muita		
(3) Variável	(4) Pouca		
(5) Nenhuma			

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)

A escala a seguir compreende a avaliação do nível global de stress relacionado há atividades laborais (trabalho). Assinale com um (x) a alternativa que melhor representa a tua opinião.	(1) Nenhum Stress	(2) Pouco Stress	(3) Moderado	(4) Bastante Stress	(5) Elevado Stress	
163. Nível global de stress na sua atividade enquanto Agente Comunitário de Saúde (ACS).						nglst __
Como classifica o nível de stress que cada situação lhe suscita?						
164. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os usuários.						tdcg __
165. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho.						fven __
166. A falta de perspectivas de desenvolvimento na carreira.						fpdc __
167. Trabalhar muitas horas seguidas.						whs __
168. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares.						pbip __
169. Falar ou fazer apresentações em público.						fzap __
170. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores.						feas __
171. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os usuários esperam de mim.						ncem __
172. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho.						aexw __
173. Falta de perspectivas de progressão na carreira.						fppc __
174. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar.						fesvc __
175. O excesso de trabalho e/ou tarefas de caráter burocrático.						exwt __
176. Receber um salário baixo.						rslb __
177. Gerir problemas graves dos usuários.						gpgu __
178. Os conflitos interpessoais com outros colegas.						citc __
179. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais.						frtrp __
180. Viver com os recursos financeiros de que disponho.						vrfd __
181. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho.						afrw __
182. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos).						fase __
183. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos usuários.						snfp __
184. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho.						cdcw __
185. A sobrecarga ou excesso de trabalho.						sexw __
186. Salário inadequado/insuficiente.						sin __
187. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade.						rafr __

188. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.).						ft rp ____
Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)						
189. A - Marque com "X" os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas: ☐ 1. Mãos ou pés frios ☐ 2. Boca seca ☐ 3. Nó no estômago ☐ 4. Aumento da sudorese ☐ 5. Tensão muscular ☐ 6. Aperto da mandíbula/ ranger de dentes ☐ 7. Diarréia passageira ☐ 8. Insônia ☐ 9. Taquicardia ☐ 10. Hiperventilação ☐ 11. Hipertensão arterial súbita e passageira ☐ 12. Mudança de apetite						issl1 ____
189. B - Marque com "X" os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas: ☐ 13. Aumento súbito de motivação ☐ 14. Entusiasmo súbito ☐ 15. Vontade súbita de iniciar novos projetos						
190. A - Marque com "X" os sintomas que tem experimentado na última semana ☐ 1. Problemas com a memória ☐ 2. Mal-estar generalizado, sem causa específica ☐ 3. Formigamento das extremidades ☐ 4. Sensação de desgaste físico constante ☐ 5. Mudança de apetite ☐ 6. Aparecimento de problemas dermatológicos ☐ 7. Hipertensão arterial ☐ 8. Cansaço constante ☐ 9. Gastrite, úlcera ou indisposição estomacal prolongada ☐ 10. Tontura ou sensação de estar flutuando						issl2 ____
190. B - Marque com "X" os sintomas que tem experimentado na última semana ☐ 11. Sensibilidade emotiva excessiva ☐ 12. Dúvida quanto a si próprio ☐ 13. Pensar constantemente em um só assunto ☐ 14. Irritabilidade excessiva ☐ 15. Diminuição da libido						
191. A - Marque com "X" os sintomas que tem experimentado no último mês ☐ 1. Diarréia freqüente ☐ 2. Dificuldades sexuais ☐ 3. Insônia ☐ 4. Náusea ☐ 5. Tiques ☐ 6. Hipertensão arterial continuada ☐ 7. Problemas dermatológicos prolongados ☐ 8. Mudança extrema de apetite ☐ 9. Excesso de gases ☐ 10. Tontura freqüente ☐ 11. Úlcera, colite ou outro problema digestivo sério ☐ 12. Enfarto						issl3 ____
191. B - Marque com "X" os sintomas que tem experimentado no último mês ☐ 13. impossibilidade de trabalhar						

() 14. pesadelos freqüentes () 15. sensação de incompetência em todas as áreas () 16. vontade de fugir de tudo () 17. apatia, depressão ou raiva prolongada () 18. cansaço constante e excessivo () 19. pensar e falar constantemente em um só assunto () 20. irritabilidade freqüente sem causa aparente () 21. angústia, ansiedade, medo diariamente () 22. hipersensibilidade emotiva () 23. perda do senso de humor	
192. Você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos pacientes? (1) De forma alguma (2) Não muito (3) Mais ou menos (4) Bem (5) Muito bem	compac__
193. Se um amigo / familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de atenção básica, você recomendaria a ele/a a Unidade Básica de saúde em que você trabalha? (1) Não, com certeza que não (2) Não, acho que não (3) Talvez (4) Sim, acho que sim (5) Sim, com certeza Se você respondeu 4 ou 5, por quê? (1) A UBS tem um bom atendimento (0) Não (1) Sim (2) Obtém-se bons resultados na UBS (0) Não (1) Sim (3) Outros motivos (0) Não (1) Sim	recom __ bomatr __ bonres __ outr __ recmot1 __ recmot2 __
194. Você acha que o serviço poderia ser melhorado? (0) Não (1) Sim Se sim, de que maneira? 	melh __ melh1 __ melh2 __ melh3 __ melh4 __ melh5 __
195. Você se sente sobrecarregado no seu serviço? (0) Não (1) Sim Se SIM, Quanto? (1) Pouco sobrecarregado (2) Mais ou menos sobrecarregado (3) Muito sobrecarregado Em quais situações? Situação1: _____ Situação2: _____ Situação3: _____ Ordene o que faz produzir sobrecarga: 1. _____ 2. _____ 3. _____	sbserv __ pcsob __ moumsb __ mtsb __ situ1 __ situ2 __ situ3 __ fzsb1 __ fzsb2 __ fzsb3 __
196. Você realiza tarefas além das determinadas para sua função? (0) Não (1) Sim Se sim, quais? 1. _____	alemfc __ alem1 __

2. _____	alem2 ____
----------	------------

Questionário Sobre Fatores Estressores

Marque com um (X) a alternativa que melhor representa a sua opinião sobre as questões abaixo: Com que frequência estes fatores afetam o seu trabalho:	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Sempre	
197. Incerteza (falta de continuidade das políticas administrativas).						inct ____
198. Sobrecarga de Trabalho (demandas excessivas).						sbtb ____
199. Falta de Controle (ex. ausência de planejamento).						fcon ____
200. Diversidades nas tarefas (atuação em diferentes tarefas).						dvtr ____
201. Ambigüidade da Função (falta de definição clara de suas tarefas, falta de orientação para o trabalho, falta de uniformidade de procedimentos).						amfc ____
202. Burocracia (excesso de procedimentos sem resultado, inoperante).						buro ____
203. Dificuldade de administrar seu tempo.						dadt ____
204. Problemas em relação ao conteúdo do Trabalho (ter que tomar decisões que possam gerar consequências para outras pessoas; não poder solucionar problemas questionados pela comunidade, contato com as pessoas da microárea).						prcw ____
205. Stress Interpessoal (dificuldade na relação interpessoal. Por exemplo: fofoca, conversa de corredor, subgrupos, ciúmes, atitudes de isolamento que contaminam o grupo, falta de companheirismo).						stin ____
206. Dificuldades na administração do Trabalho (falta de equidade no tratamento recebido, isto é, não existe igualdade no tratamento recebido pelos agentes).						dadt ____
207. Dificuldades na relação com chefia (orientações divergentes de cada chefia/supervisão).						drch ____
208. Falta de Feedback (ex. falta de retorno sobre seu desempenho, reconhecimento).						fafe ____
209. Ausência de perspectivas de progressão na carreira.						aprc ____
210. Falta de participação na tomada de decisão.						fptd ____
211. Falta de Capacitação e Treinamento continuado.						fctc ____
212. Falta de comunicação entre os setores.						fces ____
213. Falta de apoio da coordenação e secretária de saúde (ausência de campanhas educativas e divulgação do papel do agente).						faad ____
214. Queda do nível salarial da categoria.						qnsc ____

215. Imagem negativa do agente comunitário de saúde para a população.						inacs __
216. Imagem negativa do agente comunitário de saúde para a coordenação e secretária de saúde.						inpop __
	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Sempre	
217. Ocorrência de situações críticas (doenças graves em terminalidade, óbitos, situações de violência, abandono, extrema pobreza).						oatr __
218. Stress Tecnológico (relógio ponto, internet inoperante).						stcn __
219. Recursos Inadequados (falta de material nas unidades de saúde e equipamentos de proteção individual).						rein __
220. Dificuldades no ambiente de trabalho (calor, frio, chuva, longa distância percorrida).						damw __
221. Falta de confiança no trabalho do agente (questionamento sobre orientações).						fcta __
222. Morosidade na Administração Pública (lentidão da gestão em saúde, definições de programas e encaminhamento de usuários para outros serviços).						mapu __

As perguntas subsequentes serão sobre como você tem se sentido no último mês.			
223. Você tem dores de cabeça frequentes?	Não	Sim	dorcab __
224. Você tem falta de apetite?	(0)	(1)	fapet __
225. Você dorme mal?	(0)	(1)	dormal __
226. Você fica com medo com facilidade?	(0)	(1)	assfac __
227. Você tem tremores nas mãos?	(0)	(1)	tremao __
228. Você tem má digestão?	(0)	(1)	madig __
229. Você se sente nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)?	(0)	(1)	nervo __
230. Você sente que suas ideias ficam embaralhadas de vez em quando?	(0)	(1)	ldemb __
231. Você tem se sentido triste ultimamente?	(0)	(1)	triste __
232. Você tem chorado mais que de costume?	(0)	(1)	chora __
233. Consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(0)	(1)	dif __
234. Você tem dificuldade de tomar decisões?	(0)	(1)	difdec __
235. Você acha que seu trabalho é penoso e lhe causa sofrimento?	(0)	(1)	trapen __
236. É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	(0)	(1)	paputi __
237. Você tem perdido o interesse pelas coisas?	(0)	(1)	perint __
238. Você se sente uma pessoa sem valor?	(0)	(1)	semval __
239. Alguma vez você pensou em acabar com sua vida?	(0)	(1)	acabvi __
240. Você se sente cansado o tempo todo?	(0)	(1)	cansa __
241. Você sente alguma coisa desagradável no estômago?	(0)	(1)	desest __
242. Você se cansa com facilidade?	(0)	(1)	canfac __

Agradecemos muito a sua participação neste estudo. Seus dados serão utilizados apenas para fins científicos e serão mantidos em sigilo. Essa pesquisa contribuirá para conhecermos aspectos relevantes relacionados ao trabalho do Agente Comunitários de Saúde e contribuir na melhoria dos serviços de saúde e das políticas públicas.

II - RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

Relatório do trabalho de campo

Introdução

A inserção da doutoranda no projeto *Processo de Trabalho e seus Impactos na Condição de Saúde de Agentes Comunitários de Saúde na Região Sul do Rio Grande do Sul* ocorreu na etapa final da coleta de dados. A partir de então houve participação nas atividades de replicação de entrevistas para controle de qualidade, codificação, digitação, limpeza do banco de dados e análise de dados. A projeto de pesquisa *Processo de Trabalho e seus Impactos na Condição de Saúde de Agentes Comunitários de Saúde na Região Sul do Rio Grande do Sul* tem o objetivo de conhecer o processo de trabalho e seus impactos na vida e produção dos Agentes Comunitários de Saúde no sul do Brasil, foi desenvolvido coordenado pela Profª Vanda Maria da Rosa Jardim.

A fim de qualificar a construção do projeto de tese e aprofundar conhecimentos sobre o trabalho e o materialismo histórico a autora participou do Grupo de estudos de Leitura de Marx promovido pelo Instituto de Filosofia, Sociologia e Política da UFPel, assim como acompanhou a disciplina Sociologia do Trabalho do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da mesma unidade.

Coleta de dados

Os municípios que participaram da pesquisa foram aqueles que fazem parte da 21ª região de saúde, inserida na Macrorregião Sul de Saúde do Rio Grande do Sul e que possuíam Agentes Comunitários de Saúde em suas equipes de Atenção Básica no período de coleta, que são: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu; sua sede é o município de Pelotas. O município de Capão do Leão integra a 21ª região de saúde, entretanto não possuía nenhuma ACS em atividade no período, por isso não participou.

No período da coleta 771 ACS estavam inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - DATASUS, contudo foi constatado que estavam em atividade 753 Agentes Comunitárias de Saúde na 21ª Região. A meta era entrevistar a totalidade das trabalhadoras em atividade, entretanto havia ACS em férias, licença

funcional, licença maternidade, licença paternidade e licença de saúde, assim como ACS ausentes na UBS no dia da coleta ou na reunião promovida para realização da coleta, e por isso não participaram da pesquisa.

As coletas foram realizadas por voluntários e bolsistas de graduação e pós-graduação vinculados à coordenação do projeto. Quando da inserção da doutoranda no projeto, 20 municípios haviam recebido as entrevistadoras da pesquisa, restando apenas o município de São José do Norte para realizar a coleta. No referido município a coleta de dados foi realizada pela doutoranda juntamente à coordenadora do trabalho de campo da pesquisa.

À época, São José do Norte contava com seis equipes ESF das quais três em zona urbana e três em zona rural. As ACS das seis equipes foram convidadas a participar de uma reunião na sede no município a fim de responder os questionários. O procedimento nessa reunião seguiu o mesmo roteiro dos demais municípios de pequeno porte: inicialmente foi exposto o objetivo da pesquisa, a metodologia empregada e a seguir as ACS convidadas a participar. As entrevistadoras se mantiveram presentes e disponíveis para esclarecer as dúvidas durante o preenchimento do questionário auto aplicado. Os instrumentos foram revisados ao recebimento na busca de questões não preenchidas.

Terminado o período de coleta, procedeu-se a codificação das questões abertas do questionário, realizada de acordo com o manual de codificação elaborado pelo grupo da pesquisa. Após os dados sofreram dupla digitação em planilha Excel, os bancos comparados e os erros corrigidos a partir do questionário físico.

O questionário utilizado na pesquisa foi composto por dados sociodemográficos, de inserção no trabalho, de processo de trabalho e por instrumentos anteriormente utilizados para investigar o trabalho no setor saúde e sua influência em seus trabalhadores. Com o objetivo de avaliar o estresse entre as ACS entrevistadas optou-se por dois instrumentos que se valem de abordagens diferentes: um que avalia o estresse a partir dos sintomas apresentados e outro que avalia o estresse de acordo com a percepção de estresse e as situações do trabalho passíveis de produzir estresse em seus trabalhadores.

Proposta de Análise

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) permite a partir de sintomas auto referidos nas últimas 24 horas, última semana e último mês,

identificar a presença de estresse, e quando houver estresse em qual fase o indivíduo se encontra (alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão), e ainda distinguir os sintomas predominantes em físicos e/ou psicológicos. Optou-se inicialmente por dicotomizar o resultado em sem estresse e com estresse, e dessa forma verificar a sua prevalência.

A construção de um modelo teórico que fizesse a conexão entre o referencial teórico do estresse e o processo de trabalho dessa profissional com histórico recente no Sistema de Saúde brasileiro, a ACS, foi realizada principalmente pela identificação de especificidades do fazer dessa trabalhadora. O modelo que serviu de base para análise dos dados estabelece que o processo de trabalho da ACS ocupa posição no nível mais proximal ao estresse e para caracterizá-lo um grande número de variáveis foi avaliado.

Para identificar as possíveis associações de estresse com fatores individuais e fatores ambientais, de acordo com a perspectiva interativa, foram selecionadas variáveis que caracterizavam os indivíduos e variáveis que caracterizavam o contexto psicossocial no qual as trabalhadoras estavam inseridas. Como características das trabalhadoras: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, filhos, casa própria, morbidade auto referida e uso frequente de medicamento; e caracterizaram o contexto do trabalho: município, região, tempo de trabalho, capacitação introdutória, cursos de atualização, falta de ferramentas para o trabalho, falta de segurança no trabalho, violência no contexto do trabalho, risco de vida, espaço de trabalho na UBS, ambiente externo dificulta o trabalho, tecnologia/informatização atrapalha, procurada por moradores nas férias, supervisão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), supervisão da equipe, supervisão da enfermeira, apoio da SMS, apoio da equipe, apoio da enfermeira, apoio da comunidade, possibilidade de escolhas individuais, possibilidade de escolhas coletivas, participação nas decisões, opiniões consideradas, tarefas além da função, controle, burocracia afeta o trabalho, indefinição da função/tarefas, problemas do conteúdo do trabalho, boa relação interpessoal, dificuldades com a chefia, feedback, confiança no trabalho da ACS e sobrecarga de trabalho.

O segundo instrumento utilizado foi o Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS), originalmente elaborado para avaliar estresse no trabalho entre profissionais de enfermagem, médicos e psicólogos, que foi adaptado para as ACS nesse estudo. O instrumento é composto por duas partes: o Nível Global de Stress e o

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde.

O Nível Global de Estresse (NGS) é um único item que avalia a percepção das trabalhadoras quanto ao nível geral de estresse vivido em seu trabalho como ACS. A resposta é em escala Likert de cinco pontos de 0 (nenhum estresse) à 4 (elevado estresse).

O Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) apresenta 25 itens com situações relacionadas ao trabalho que abordam 6 dimensões ou fontes de estresse: lidar com clientes, excesso de trabalho, carreira e remuneração, relações profissionais, ações de formação e problemas familiares, e mais 1 item para avaliar o nível global de estresse. As respostas são em escala de 0 = nenhum estresse a 4 = elevado estresse. Para cada dimensão da escala é calculada a média entre os itens.

A partir das médias obtidas no QSPS e no NGS, foram identificadas as fontes de estresse que mais impactaram as ACS e comparadas à percepção global de estresse. Para avaliar a relação das fontes de estresse com as características individuais das ACS analisamos as variáveis: sexo, idade, filhos, situação conjugal, casa própria, morbidade auto referida. Foram analisadas também as variáveis de inserção no trabalho: município, região e tempo de trabalho, assim como variáveis do trabalho que não estavam contempladas no instrumento.

Alterações em relação ao projeto

As análises dos dados serão apresentadas em dois artigos: o primeiro a prevalência de estresse de acordo com o ISSL e sua associação com variáveis sociodemográficas, de inserção no trabalho, de condição de saúde e de processo de trabalho. Entre os objetivos propostos no projeto a ser realizado a partir da ISSL estava “*identificar os sintomas de estresse predominantes*”, contudo não foi desenvolvido para a tese e será trabalhado em um próximo artigo.

O segundo artigo apresentará a análise do NGS e do QSPS e suas relações com fatores sociodemográficos, de inserção no trabalho, de gestão do trabalho e de avaliação do serviço, como foi previsto no projeto.

Resultados

Os achados identificados nas análises a partir dos dois instrumentos apresentam semelhanças, apesar de utilizarem metodologias diferentes. Em ambas, as associações do estresse com o trabalho – inserção, processo, gestão – foram mais

significativas do que com as características individuais das trabalhadoras.

Destaca-se como diferença entre os resultados que o sexo da trabalhadora apresentou associação significativa com estresse na avaliação com a escala LIPP, que identifica o estresse a partir de sintomas auto referidos, mostrando o sexo feminino com maiores prevalências de estresse (como apresenta a literatura), entretanto na avaliação com o NGS e o QSPS o sexo não foi significativo nas associações, sendo que no NGS e em cinco das seis dimensões de estresse as médias de estresse do sexo masculino foram superiores às médias do sexo feminino.

As diferenças entre os resultados nas avaliações do estresse de acordo com o sexo da trabalhadora apontam para influência das construções de gênero, na qual características consideradas inatas das mulheres (próprias da natureza feminina) determinam a forma de se colocar no mundo e de como perceber e/ou manifestar situações vivenciadas no trabalho.

As mulheres tiveram mais facilidade em manifestar os sinais e sintomas de estresse no trabalho do que as situações que lhes proporcionam estresse, enquanto que com os homens aconteceu o inverso: os sinais e sintomas (admitir que está com alguma alteração na situação de saúde) foram menos frequentes que manifestar desconforto com as situações do trabalho que causam estresse.

O estudo analisa as ACS e seu trabalho em uma região do Rio Grande do Sul que apresenta peculiaridades, mas que tem seu trabalho na ESF definido por diretrizes nacionais. A possibilidade de adaptar os programas nacionais às características e demandas locais, assim como de instrumentalizar os gestores para o planejamento e avaliação, precisa ser considerada. Um planejamento e avaliação colegiado com trabalhadores e usuários contribuiria para a redução do estresse em suas trabalhadoras e para a qualificação do cuidado aos usuários.

III - ARTIGOS

ARTIGO I

ESTRESSE E FATORES ASSOCIADOS EM AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DO BRASIL

Sonia Regina da Costa Lapischies
Vanda Maria da Rosa Jardim

RESUMO

O presente estudo tem por objetivos estimar a prevalência de estresse em Agentes Comunitárias de Saúde, e identificar fatores associados ao estresse: individuais, de inserção no trabalho, da condição de saúde e do processo de trabalho.

Método: estudo transversal, conduzido entre março de 2016 e abril de 2017, com 599 Agentes Comunitárias de Saúde de 21 municípios do Rio Grande do Sul/Brasil. O estresse foi avaliado com o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. Análise realizada em três níveis hierárquicos com regressão de Poisson e ajuste robusto da variância.

Resultados: A prevalência de estresse identificada foi de 48,5% (IC 95% 44,5-52,5). Na análise multivariada a prevalência de estresse foi significativamente maior entre as ACS do sexo feminino, que faziam uso frequente de medicamento, que não participaram de capacitação introdutória, que sofreram violência no contexto do trabalho, com problemas com o conteúdo do trabalho, sem boa relação interpessoal no trabalho, sem feedback no trabalho e com sobrecarga de trabalho.

Os achados apontam para a necessidade de redesenhar o processo de trabalho das equipes de ESF, com foco nos fatores de risco psicossociais, redução da carga de trabalho e prevenção do estresse.

Palavras chave: estresse ocupacional, saúde do trabalhador, saúde mental, trabalho, agentes comunitários de saúde, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

STRESS AND FACTORS ASSOCIATED WITH COMMUNITY HEALTH WORKERS
OF CITIES IN THE EXTREME SOUTHERN

BRAZIL

ABSTRACT

The aims of this study are to estimate the prevalence of stress in Community Health Worker, and to identify the factors associated to stress: individuals, job insertion, health condition and work process.

Method: cross-sectional study, led between March 2016 and April 2017, with 599 Community Health Worker of 21 cities in Rio Grande do Sul/Brazil. The stress was evaluated by Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults. The analysis was performed in three hierarchical levels with Poisson regression and robust adjustment of variance.

Results: The stress prevalence identified was 48,5% (CI 95% 44,5-52,5). In the multivariate analysis the prevalence of stress was significantly bigger between female Community Health Worker, that regularly take medicines, who did not participated in introductory training, who suffered violence in the work context, with problems with the work content, without good relationship, without feedback at work and with work overload.

The findings point to the necessity of remodeling the work process of Family Health Strategy teams, focusing on psychosocial risk factors, workload reduction and stress prevention.

Keywords: Occupational Stress, Occupational Health, Mental Health, Community Health Worker, Primary Care, Cross Sectional Studies

INTRODUÇÃO

O trabalho é fonte de identificação social, de realização e de subsistência econômica, e ocupa lugar central na vida do trabalhador, contudo pode desencadear sofrimento e adoecimento em vários contextos. O olhar para o sofrimento relacionado ao trabalho tem sido ampliado para além da saúde física e incorporado a saúde comportamental, a psicológica e o bem-estar social do trabalhador. Estudos que abordam a relação entre a saúde e o trabalho na área dos cuidados são recentes em contrapartida aos com trabalhadores da área industrial e comercial.

O trabalho em saúde é essencialmente dinâmico e relacional, o que lhe confere grande potencial para aumentar a prevalência de danos à saúde mental de

seus trabalhadores (ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A.A., 2016; SILVA A.T.C. et al, 2016; SANTOS, I.E.R., 2014; DILÉLIO A.S. et al, 2012; SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. 2008). No Brasil, o crescimento da força de trabalho em saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família, com 439.938 profissionais em 2018 (BRASIL, 2018), evidencia a necessidade de conhecer melhor os reflexos desse trabalho na saúde de seus profissionais.

As equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), são formadas por Agentes Comunitária(o)s, auxiliares/técnica(o)s de enfermagem, enfermeira(o)s e médica(o)s, sendo que a(o)s Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são a(o)s profissionais mais numerosa(o)s, de 4 a 6 por equipe, constituindo 64,3% do total dos profissionais em todo país em 2018 (BRASIL, 2018). A ACS participa da equipe com a responsabilidade de fazer a conexão entre os moradores do território (morar no território é condição para exercer a função) e desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças na perspectiva da promoção social e de proteção da cidadania (BRASIL, 2004).

Os desafios diários e a complexidade das demandas no trabalho podem não estar de acordo com conhecimentos, destreza ou habilidade da ACS, acarretando um desequilíbrio, que suscite respostas emocionais, fisiológicas, cognitivas e comportamentais compatíveis com reações de estresse (WHO, 2007). Esse contexto reflete na alta prevalência (61,4%) de estresse identificada entre ACS de Aracaju no nordeste brasileiro em 2011 (SANTOS, IER et al, 2014).

Cabe salientar que as situações são vivenciadas como estressantes especialmente quando os trabalhadores têm pouco controle sobre o trabalho e recebem pouco apoio (COX T, 1993), e também que o estresse não é uma propriedade do indivíduo ou do ambiente, é resultado da interação entre os dois (LAZARUS R.S., 1991) ou seja, o estresse é melhor compreendido quando ambos são analisados em conjunto.

O estresse relacionado ao trabalho pode afetar a saúde fisiológica e psicológica, bem como a cognição e os comportamentos do trabalhador; os riscos psicossociais e organizacionais acarretam danos para além da saúde psicológica (COX T., 1993). Seus reflexos são expressos em ausência ao trabalho devido a problemas de saúde mental, musculoesqueléticos ou cardiovasculares, e, eventualmente, a incapacidade para o trabalho (WHO,2007).

Os estudos sobre o trabalho de ACS e sua relação com o estresse são menos numerosos do que aqueles com os demais profissionais da ESF. O processo de trabalho da ACS tem especificidades que carecem ser analisadas em separado dos demais profissionais. Para tanto o presente estudo tem por objetivos estimar a prevalência de estresse em Agentes Comunitárias de Saúde e fatores individuais, de inserção no trabalho, da condição de saúde e do processo de trabalho associados à sua ocorrência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, conduzido entre março de 2016 e abril de 2017, com agentes comunitárias de saúde em atividade na 21ª região de saúde do Rio Grande do Sul. À época da coleta de dados foram consideradas elegíveis 725 trabalhadoras, de 21 municípios da referida região de saúde. Nos municípios de pequeno porte a coleta de dados ocorreu em reunião com as ACS na sede do município e nos municípios maiores nas Unidades Básicas de lotação das trabalhadoras.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário auto aplicado com dados sociodemográficos: sexo (masculino/feminino), idade em anos, escolaridade (fundamental/médio/técnico/superior), situação conjugal (solteira, separada, divorciada e viúva/casada, com companheiro), filhos (sem filhos/com filhos) e casa própria (sim/não), de inserção no trabalho: cidade (pequeno e médio porte/Rio Grande/Pelotas), região (urbana/rural), tempo de trabalho em meses, capacitação introdutória (não/sim) e cursos de atualização (não/sim); de situação de saúde: morbidade autorreferida (não/sim) e uso frequente de medicamento (não/sim); e do processo de trabalho: falta de ferramentas p/ o trabalho (não/sim), falta de segurança no trabalho (não/sim), violência no contexto do trabalho (não/sim), risco de vida (não/sim), espaço de trabalho na UBS (não/sim), ambiente externo (calor, frio, chuva, longas distâncias) dificulta o trabalho (não/às vezes/sim), tecnologia/informatização atrapalha (não/às vezes/sim), procurada por moradores nas férias (não/sim), supervisão da secretaria de saúde (ruim/regular/satisfatória), da equipe (ruim/regular/satisfatória), da enfermeira (ruim/regular/satisfatória), e da comunidade (ruim, regular e satisfatória), apoio da secretaria de saúde (ruim/regular/satisfatório), da equipe (ruim/regular/satisfatório), da enfermeira (ruim/regular/satisfatório), e da comunidade (ruim, regular e satisfatório),

possibilidade de escolhas individuais(não/sim), possibilidade de escolhas coletivas (não/sim), participação das decisões (sim/às vezes/não), opiniões consideradas (sim/às vezes/não), tarefas além da função (não/sim), planejamento do trabalho (sim/às vezes/não), burocracia afeta o trabalho (sim/às vezes/não), indefinição da função/das tarefas (não/às vezes/sim), conteúdo do trabalho (residir e trabalhar no território, contato constante com vizinhos, não conseguir solucionar problemas dos usuários) (não/às vezes/sim), boa relação interpessoal (sim/às vezes/não), dificuldades com chefia (não/às vezes/sim), existência de feedback (sim/às vezes/não), confiança do usuário no trabalho da ACS (sim/às vezes/não), sobrecarga/excesso de trabalho (não/às vezes/sim). O desfecho, estresse, foi avaliado com o ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp.

O ISSL foi validado por Lipp e Guevara em 1994 (LIPP, M.E.N.; GUEVARA, A.J.H.,1994), é constituído por uma lista de sintomas físicos e psicológicos que permitem identificar a presença de estresse, a fase do processo de estresse (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e sintomatologia predominante (física ou psicológica). Possui 34 itens divididos em três quadros referentes às fases de estresse: o quadro 1 avalia a fase de alerta; o quadro 2, a fase de resistência e a fase de quase exaustão e o quadro 3, a fase de exaustão. O ISSL destina-se ao público maior de 15 anos, é de fácil aplicação e sua avaliação é feita em termos de tabelas percentuais.

Para avaliar a associação do desfecho com as variáveis independentes foi estabelecido um quadro de análise, o qual as classificou em três níveis, quais sejam: 1º Nível – Sociodemográficas; 2º Nível – Inserção no trabalho e situação de saúde; e 3º Nível – Processo de trabalho.

Para efeitos da análise descritiva, as variáveis numéricas (idade e tempo de trabalho) foram categorizadas. A prevalência de estresse foi calculada de acordo com as variáveis independentes. Para as análises bruta e ajustada do desfecho foi estimada razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) utilizando regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. O modelo hierárquico de três níveis determinou a ordem de entrada das variáveis e a regressão para trás foi realizada dentro de cada um dos níveis do modelo hierárquico. O ajuste para fatores de confusão foi realizado em todas as variáveis do mesmo nível hierárquico e naquelas de níveis superiores. Variáveis com $p \leq 0,20$

permaneceram no modelo para fins de controle dos fatores de confusão. Um nível de significância de 5% foi adotado para todas as análises. As análises foram realizadas no Stata 11.1.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, conforme parecer número 1.381.733, de 28 de dezembro de 2015. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento antes de serem entrevistados. O direito de não participar do estudo e o direito de confidencialidade quanto às informações obtidas foram assegurados.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 599 ACS entre as 725 elegíveis, taxa de resposta de 82,6%. Entre as que não participaram da pesquisa (126 ACS), 41,3% (52) estavam afastadas por problemas de saúde/doença, 47,62% (60) ausentes por outros motivos e 11,1% (14) foram recusas. As características sexo e idade entre as respondentes e não respondentes não apresentaram diferenças significativas.

A maioria das ACS participantes: são do sexo feminino (88,3%), com companheiro (61,7%), possuem filho(s) (76,6%), na faixa-etária entre 30 a 39 anos (41,9%), com ensino médio (40,4%) e possuem casa própria (70,9%). As ACS que trabalham na zona urbana dos municípios são maioria (73,8%), assim como em municípios de grande porte (56,2%), com tempo de trabalho na função superior a cinco anos (41,5%), que participaram de capacitação introdutória (55,8%) e que participam de atualizações periódicas (79,6%). Outras características das participantes estão descritas nas Tabelas 1 e 2.

Entre as 599 participantes, 596 responderam o ISSL na íntegra (99,5%). A prevalência de estresse identificada entre as ACS foi de 48,5% (IC 95% 44,5-52,5) com o ISSL. Na análise bivariada o estresse não se mostrou associado à situação conjugal, filhos e supervisão da enfermeira.

As maiores prevalências de estresse foram observadas em ACS com idade entre 30 a 39 anos, com ensino médio de escolaridade, com companheiro, com filhos, do sexo feminino, que não possuem casa própria, que referem alguma morbidade, do município de Rio Grande, de região urbana, com mais de cinco anos de trabalho como ACS, que não receberam capacitação introdutória, que fazem cursos de atualização, e que fazem uso frequente de medicamento (Tabela 1).

Para o conjunto das respondentes grande parte das variáveis de processo de trabalho investigadas se mostraram associadas ao estresse, sendo que apresentaram as maiores prevalências: falta de ferramentas para o trabalho, falta de segurança no trabalho, exposição à violência no contexto do trabalho, exposição a risco de vida, não ter espaço de trabalho na UBS, exposição ao clima e longos deslocamentos (aumenta o estresse a medida que as dificuldades aumentam), dificuldade com informatização (aumenta o estresse com a presença de dificuldades), supervisão pela secretaria e pela equipe (quanto mais satisfatória a supervisão menor o estresse), apoio pela SMS, equipe, enfermeira e comunidade, (quanto mais satisfatório o apoio menor o estresse) (Tabela 2).

Também se mostraram associadas a maiores prevalências de estresse a impossibilidade de fazer escolhas coletivas e escolhas individuais, não ter opiniões consideradas, desempenhar tarefas além da função de ACS, planejamento (quanto menos frequente maior o estresse), burocracia (quanto mais interfere no trabalho maior é o estresse), indefinição de funções/tarefas, (quanto mais frequente maior o estresse), conteúdo do trabalho (quanto mais problemas produzir maior o estresse), relação interpessoal (quanto pior a relação interpessoal maior o estresse), dificuldade com chefia (quanto mais frequente maior o estresse), feedback (quanto menos frequente maior o estresse), confiança do usuário no trabalho da ACS (quanto menos presente maior o estresse) e sobrecarga/excesso de trabalho (quanto mais sobrecarga maior o estresse) (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a variabilidade da prevalência de estresse entre as ACS após ajuste para os diferentes níveis hierárquicos de variáveis do modelo proposto. Foram significativamente associados com maior estresse o sexo feminino (RP=1,49; IC95% 1,06-2,10), o uso frequente de medicamento (RP=1,53; IC95% 1,28-1,83), não participar em capacitação introdutória (RP=1,37; IC95% 1,10-1,70), violência no contexto do trabalho (RP=1,19; IC95% 1,02-1,39), ter problemas com o conteúdo do trabalho (RP=1,37; IC95% 1,07-1,75), ausência de boa relação interpessoal no trabalho (RP=1,22; IC95% 0,10-1,49), ausência de feedback (RP=1,32; 1,03-1,68) e presença de sobrecarga (RP=1,79; 1,32-2,42).

DISCUSSÃO

Nossos achados revelaram que as ACS do sexo feminino, que fazem uso frequente de medicamento, que sofrem violência no contexto do trabalho, que tem

problemas com o conteúdo do trabalho, que não possuem boa relação interpessoal no trabalho, que não recebem feedback e com sobrecarga de trabalho apresentam maiores prevalências de estresse, assim como aquelas que participaram de capacitação introdutória tem menores prevalências. Os resultados ressaltam a importância do trabalho na produção de estresse e também que as características da trabalhadora têm menor influência nesse resultado.

O estresse é um construto multidimensional e complexo, que resulta da interação de fatores individuais e ambientais (SELYE H.,1946), os quais este estudo procurou identificar e avaliar a partir do cálculo da prevalência com o ISSL, instrumento que identifica presença de estresse de acordo com os sintomas auto referidos; assim como investigar a relação do trabalho de ACS com estresse utilizando variáveis que buscam captar as peculiaridades do referido processo de trabalho.

A prevalência de estresse de 48,5% identificada foi elevada, contudo foi inferior à encontrada em ACS de Aracaju (n=236) em 2011, de 61,4% (SANTOS, I.E.R. et al, 2014). Em outros trabalhadores de saúde, como de enfermagem hospitalar no estado de São Paulo em 2003, profissionais de ESF de Ribeirão Preto/SP em 2011 e recepcionistas de ESF de Joinville/SC em 2008, as prevalências de estresse encontradas também foram superiores, de 55,8% a 74% (MIQUELIM, D.J.L. et al 2004; CAMELO, S.H.H. et al, 2004; GUIMARÃES, R.N.M. et al, 2010).

Apesar de terem sido realizados esforços (contatos prévios com gestores, agendamento de reuniões, deslocamento dos entrevistadores) para entrevistar todos os ACS da 21ª região de Saúde do RS, entre os elegíveis, 17,4% não responderam o questionário. A prevalência encontrada pode ter sido subestimada em virtude das ACS não respondentes, principalmente daquelas afastadas por problema de saúde (tal afastamento pode estar associado à exposição excessiva ao estresse), caracterizado como viés de seleção (trabalhador sadio), visto que participaram do estudo aquelas que estavam em condições de saúde para trabalhar.

A forte associação entre estresse e sexo, com maiores prevalências entre as mulheres, está descrita na literatura (LEONELLI L.B., 2017) e o significado dessa associação tem sido relacionado à multiplicidade de papéis atribuída às mulheres em nossa sociedade; principalmente porque, independente de trabalharem em atividade remunerada fora do domicílio, a organização e execução do trabalho

doméstico, é exercida pelas mulheres, em especial nas classes de menor poder aquisitivo. Na categoria de ACS essa associação tem grande impacto, pois as mulheres são sua expressiva maioria (SANTOS; FARIAS FILHO, 2016; MASCARENHAS, C.H.M. et al, 2013; SANTOS, AMUS et al, 2017; SANTOS, I.E.R. et al, 2014; MOTA, C.M. et al, 2014; FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C., 2005; KNUTH, BS et al, 2015), o que se mantém na população estudada como característica marcante (88,3% de mulheres), decorrente possivelmente da identificação da profissão de ACS como atividade de cuidado e desta forma demandar qualificação (minúcia, destreza, paciência, cuidados com o outro) compatível com características consideradas inatas às mulheres e não decorrentes de uma aquisição coletiva (NEVES M.Y. et al, 2011).

Apesar de mostrar incremento do estresse com maior tempo de exposição ao trabalho como ACS, essa associação não teve significância estatística, resultado que pode estar relacionado à grande variabilidade da prevalência em cada extrato investigado. A literatura mostra que a exposição ao trabalho de ACS influenciou o estresse dessas trabalhadoras: em São Paulo no ano de 2012 (n=343) o aumento de estresse foi associado à maior tempo de trabalho como ACS ($p<0,01$) (LEONELLI L.B., 2017), e em Aracaju, 2011 (n=236) maiores médias de tempo de trabalho das ACS refletiram em maiores prevalências de estresse (SANTOS, I.E.R. et al, 2014).

As ACS são identificadas como profissionais de saúde inseridas no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002), sendo que não é exigida formação formal para a atividade. Ao admitir a ACS na função, a gestão municipal assume a atribuição de qualificá-la para desempenhar o trabalho previsto. Contudo na amostra estudada não participaram de capacitação introdutória 13% das ACS, situação que aumentou a probabilidade de estresse em 37% após ajuste do modelo ($p=0,005$). A perspectiva interativa do estresse considera que o indivíduo utiliza de seus recursos pessoais, assim como do significado que atribui ao evento estressor para construir sua resposta ao estresse (COX, 1993; LAZARUS R.S.,1991), nesse sentido a capacitação da ACS para a função que irá desempenhar contribui para a construção de significados ao que será vivenciado no trabalho, com potencial de interferir no estresse. A literatura identifica que assumir responsabilidades sem a devida capacitação está entre as situações mais estressantes no trabalho da ACS (SANTOS, I.E.R. et al, 2014).

A exposição ao estresse no trabalho tem sido relacionada à presença de

Síndrome de Burnout, Transtornos Mentais Comuns e sintomas depressivos, e estudos brasileiros têm identificado as ACS com prevalências superiores aos demais membros das equipes de atenção primária (ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A.A., 2016; SILVA, A.T.C. et al, 2016; DILÉLIO, A.S. et al, 2012, SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. 2008). O estresse continuado pode piorar as condições de saúde física e psicológica do trabalhador, assim como a condição de saúde interferir na avaliação e na resposta ao evento estressor. Com ajuste para possíveis variáveis de confusão, morbidade auto referida perdeu significância, contudo uso frequente de medicamento manteve associação significativa com estresse e aumenta sua probabilidade em 53%. O uso de medicação psicoativa foi relacionado com TMC em ACS (n=231) de Minas Gerais em 2013 (SANTOS A.M.V.S. et al, 2017) e aponta para a necessidade de identificar a função do medicamento utilizado pelas trabalhadoras e sua relação com estresse.

As equipes nas quais as ACS estão inseridas atuam preferencialmente em áreas de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2006), as quais reúnem um conjunto de fatores econômicos, sociais e culturais que favorecem situações de maior tensão e violência. O impacto da violência no contexto do trabalho em atenção primária tem sido objeto de investigação em poucos estudos, no entanto foi associado a sintomas depressivos e provável depressão maior em ACS (n=1770) de São Paulo/SP em 2012 (SILVA, A.T.C. et al, 2016). Na população estudada a exposição à violência no contexto do trabalho aumentou em 19% a probabilidade de estresse. Considerando que um terço das ACS vivenciou violência em seu contexto de trabalho, problematizar esse aspecto e identificar maneiras de minimizar os danos para as trabalhadoras se faz necessário.

O trabalho da ACS é realizado no território e na maior parte do tempo em ambiente externo. A exposição ao calor, frio, chuva, e a grandes deslocamentos, são características específicas do processo de trabalho da ACS, e a exposição constante a esses fatores não foi estatisticamente significativa, entretanto aumentou a prevalência de estresse em 24%. O fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (chapéu, filtro solar, casaco, calçado) pelo empregador é indicado para diminuir o impacto causado por exposições desfavoráveis, contudo podem não ser o suficiente para eximir os possíveis danos, físicos e mentais causados pela exposição (SILVA, E.S., 1993).

Viver no território no qual trabalha e ter identidade social e cultural com a

comunidade são características peculiares das ACS e consideradas prerrogativas do processo de trabalho dessa profissional, e são essas especificidades que fundamentalmente as distinguem de outras na área da saúde, entretanto podem ser motivo de tensão constante (FERRAZ L.; AERTS D.R.G.C., 2005). Nessa perspectiva a associação entre estresse e dificuldade relacionada ao conteúdo do trabalho da ACS (residir e trabalhar no território, contato constante com vizinhos, não conseguir solucionar problemas dos usuários) foi forte: aumentou a prevalência de estresse em até 37%, refletindo o impacto que a condição primeira para ser ACS, viver e trabalhar no mesmo local, acarreta na trabalhadora de saúde.

As relações sociais trazem benefícios para a saúde ao proporcionar recursos necessários para lidar com o estresse. As redes de apoio dentro e fora do ambiente de trabalho podem diminuir a percepção de ameaça e funcionam como recurso ambiental importante no processo de enfrentamento das situações adversas (MATTOS A.I.S.M. et al, 2017) o que foi ratificado com significância estatística no incremento de 22% de probabilidade de estresse quando não havia boa relação interpessoal no trabalho da ACS. Contudo a existência de dificuldades com a chefia do serviço não apresentou associação significativa com estresse, apontando para maior relevância nas relações entre colegas de trabalho do que entre trabalhadora e superiores.

As preocupações com o bom desempenho e o medo das consequências resultantes de falhas despertam emoções negativas, ansiedade, irritação e raiva. A experiência de estresse é intensificada se nenhum suporte ou ajuda estiver disponível em colegas ou supervisores (WHO, 2007). Nesse sentido a falta de feedback no trabalho resultou em probabilidade 32% maior de estresse, achado que corrobora resultado de estudo realizado na capital de São Paulo em 2012 (n=2.940) que apontou associação negativa entre existência de feedback no trabalho de equipes ESF e presença de sintomas depressivos e provável depressão maior em seus trabalhadores (SILVA, A.T.C. et al, 2016).

Não apresentaram associação significativa com estresse após ajuste do modelo supervisão do trabalho da ACS pela Secretaria Municipal de Saúde e confiança do usuário no trabalho da ACS, contudo a qualificação da supervisão pela gestão municipal diminuiu a probabilidade de estresse e a falta de confiança mostrou relação com maior estresse da ACS. Reduzidas confiança e valorização no trabalho também foram associadas a dupla identidade da trabalhadora, ora com

moradores ora com a equipe de saúde em estudo com ACS de Aracaju (SANTOS I.E.R. et al, 2014).

A ACS é responsável por 550 a 750 pessoas do seu território, as quais devem ser cadastradas e visitadas regularmente, com no mínimo uma visita mensal (BRASIL, 2001). Contudo para as agentes o número de visitas proposto é considerado elevado e, a fim de viabilizar sua execução, adotam a estratégia de estabelecer prioridades para algumas situações, tais como acompanhamento de tratamentos, gestantes, puérperas e crianças de risco (FERRAZ L.; AERTS D.R.G.C., 2005). Essa estratégia reduz a carga de trabalho, mas não reduz a expectativa da comunidade de receber a visita da ACS e da equipe de que a microárea seja coberta em sua totalidade. Visto que as demandas excessivas de trabalho estão associadas ao desgaste físico e psicológico dos trabalhadores e esses ao estresse, os resultados encontrados corroboram o referido pressuposto: a sobrecarga de trabalho das ACS aumentou em 79% a probabilidade de estresse nas trabalhadoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam para a importância do processo de trabalho no estresse da ACS, sendo esse mais expressivo do que as características individuais das trabalhadoras. Dessa forma sugerem a necessidade de redesenhar o processo de trabalho das equipes de ESF, incorporar atividades de prevenção e promoção da saúde de seus trabalhadores, com foco nos fatores de riscos psicossociais, na redução da carga de trabalho de seus profissionais e na prevenção do estresse.

A ESF é a porta de entrada do serviço público de saúde brasileiro e como tal deve garantir a acessibilidade, integralidade, equidade e longitudinalidade dos seus cuidados aos usuários. Nessa perspectiva, trabalhadores estressados comprometerão o alcance da atenção e a qualidade do cuidado dispensado ao usuário; para tanto instrumentalizar as equipes, problematizar seus processos de trabalho em conjunto com a gestão municipal a fim de proporcionar uma rede de apoio e o feedback no trabalho poderá diminuir o estresse e como consequência qualificar a atenção ao usuário.

O delineamento transversal não permitiu determinar o sentido das associações, estudos longitudinais se fazem necessários para determiná-lo e proporcionar subsídios para futuras intervenções.

REFERÊNCIAS

1. ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A.A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev Bras Saude Ocup**, v.41,n.e2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e2.pdf>

- 2.SILVA, A.T.C. et al. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. **Am J Public Health**. v.106, n.11, p.1990-1997, nov-2016. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org>

- 3.SANTOS, I.E.R., VARGAS, M.M., REIS, F.P. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v.14, n.3, jul-set 2014, pp . 324-335. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n3/v14n3a08.pdf>

- 4.DILÉLIO AS, FACCHINI LA, TOMASI E, SILVA SM, THUMÉ E, PICCINI RX, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.28, n.3, p.503-14, 2012.

- 5.SILVA, A.TC; MENEZES, PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.5, p.921-9, 2008.

- 6.BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Informações de Saúde - Rede Assistencial, CNES – **Recursos Humanos a partir de agosto de 2007**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11672&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02> . Acesso em 09 abr. 2018.

- 7._____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_fa_milia.pdf

- 8.WORD HEALTH ORGANIZATION. **Raising awareness of stress at work in developing countries : a modern hazard in a traditional working environment : advice to employers and worker representatives** / Irene Houtman, Karin Jettinghoff, LeonorCedillo.p.44.2007.Disponívelem: http://www.who.int/occupational_health/publications/raisingawarenessofstress.pdf?ua

1

9.COX, T. **Stress Research and stress management: Putting theory to work.** 1993. Sudbury: HSE Books. Disponível em:
http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/1993/crr93061.pdf

10.LAZARUS, R. S. **Emotion and adaptation.** New York: Oxford University Press. 1991.

11.LIPP, M.E.N.; GUEVARA, A.J.H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.43-49, 1994.

12.SELYE H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. **Journal of Clinical Endocrinology**, v.6, p.117-231, 1946. In: Citation Classics. n.13,p.313. 1977.

13.MIQUELIM, J.D.L.; CARVALHO, C.B.O.; ELUCIR GIR, E.; PELÁ, N.T.R. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v.16, n.3, p.24-31, 2004.

14.CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.1, p.14-21, 2004.

15.GUIMARÃES, R.N.M.; SILVA, F.R.; AYALA, A.L.M. Estresse em agentes de saúde que atuam na recepção de pacientes nas Unidades de Atenção Básica de Joinville, SC. **Arq Ciênc Saúde**, v.17, n.3, p.128-32, 2010.

16.LEONELLI, L.B. et al. Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Epidemiol**, v.20, n.2, p.286-298, 2017.

17.SANTOS, C.W. & FARIAS FILHO, M.C. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1659-1667, 2016.

18.MASCARENHAS, C.H.M.; PRADO, F.O.; FERNANDES, M.H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v.5, p.1375-1386, 2013.

19.SANTOS A.M.V.S.; LIMA C.A.; MESSIAS R.B.; COSTA F.M.; BRITO M.F.S.F. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.160-168,

2017.

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

21.FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.10, v.2, p.347-355, 2005.

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

23.NEVES, M.Y.; BRITO, J.; ARAÚJO, J.S.A.; SILVA, E.F. Relações sociais de genero e divisão sexual do trabalho: uma convocação teórico-analítica para estudos sobre a saúde das trabalhadoras da educação. In: MINAYO GOMEZ, C. (Org.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira**. Editora Fiocruz, 2011, 540p.

24.BRASIL.**Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm

25.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60p.

26.SILVA, E.S. Uma história de “crise de nervos”: saúde mental e trabalho. In: BUSCHINELLI J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1993.

27.MATTOS A.I.S., ARAÚJO T.M., ALMEIDA, M.M.G. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. **Rev Saude Publica**, V.51, n.48, 1-9, 2017.

28.BRASIL. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília. 2001.

Tabela 1. Distribuição de variáveis sociodemográficas, inserção no trabalho e condição de saúde de acordo com estresse entre ACS da 21ª Região de Saúde, RS, Brasil, 2018 (n=596).

	ACS (n=596)		Estresse
	n	n (%)	p valor*
Sexo			0,001
Masculino	70	21(30,00)	
Feminino	526	268(50,95)	
Idade(n=595)			0,074
19 a 29 anos	113	52(46,02)	
30 a 39 anos	249	136(54,62)	
40 a 49 anos	160	67(41,88)	
50 a 80 anos	73	34(46,58)	
Escolaridade			0,108
Fundamental	80	37(46,25)	
Médio	241	109(45,23)	
Técnico	184	103(55,98)	
Superior	91	40(43,96)	
Situação conjugal(n=595)			0,263
Solteira, separada, divorciada e viúva	228	117(51,32)	
Casada, com companheiro	367	171(46,59)	
Filhos(n=595)			0,525
Sem filhos	139	64(46,04)	
Com filhos	456	224(49,12)	
Casa Própria(n=595)			0,190
Sim	422	197(46,68)	
Não	173	91(52,60)	
Município			0,007
Pequeno e Médio Porte	261	110(42,15)	
Rio Grande	98	59(60,25)	
Pelotas	237	120(50,63)	
Região			0,004
Rural	156	60(38,46)	
Urbana	440	229(52,05)	
Tempo de Trabalho(n=590)			0,020
1 a 12 meses	58	20(34,48)	
13 a 24 meses	82	35(42,68)	
25 a 60 meses	205	95(46,34)	
Acima de 60 meses	245	134(54,69)	
Capacitação Introdutória(n=591)			0,181
Sim	514	245(47,67)	
Não	77	43(55,84)	
Cursos de Atualização(n=592)			0,109
Não	121	51(42,15)	
Sim	471	237(50,32)	
Morbidade Auto Referida(n=593)			<0,001
Não	145	41(28,28)	
Sim	448	246(54,91)	
Uso frequente de medicamento (n=595)			<0,001
Não	288	99(34,38)	
Sim	307	190(61,89)	

ACS Agente Comunitário de Saúde, * p valor derivado do teste qui-quadrado

Tabela 2. Distribuição de variáveis do processo de trabalho de acordo com estresse entre ACS da 21ª Região de Saúde, RS, Brasil, 2018 (n=596).

	ACS (n=596)	Estresse	
	n	n (%)	p valor*
Falta de Ferramentas p/ trabalho (n=595)			<0,001
Não	129	45(34,88)	
Sim	466	244(52,36)	
Falta de Segurança no Trabalho (n=595)			0,002
Não	156	59(37,82)	
Sim	436	230(52,39)	
Violência no contexto do trabalho (n=594)			<0,001
Não	387	154(39,79)	
Sim	207	134(64,73)	
Risco de Vida (n=594)			<0,001
Não	306	125(40,85)	
Sim	288	163(56,60)	
Espaço de trabalho na UBS (n=591)			0,001
Sim	208	81(38,94)	
Não	383	206(53,79)	
Ambiente externo (calor, chuva, frio, longas distâncias) dificulta o trabalho (n=587)			<0,001
Não	98	31(31,63)	
Às vezes	155	62(40,00)	
Sim	334	193(57,78)	
Tecnologia/informatização atrapalha (n=586)			<0,001
Não	258	100(38,76)	
Às vezes	128	59(46,09)	
Sim	200	125(62,50)	
Procurada por moradores nas férias (n=563)			0,094
Não	84	35(41,67)	
Sim	479	247(51,57)	
Supervisão da SMS (n=593)			<0,001
Satisfatória	307	124(40,39)	
Regular	200	112(56,00)	
Ruim	86	53(61,63)	
Supervisão da Equipe (n=588)			0,025
Satisfatória	438	198(45,21)	
Regular	111	64(57,66)	
Ruim	39	23(58,97)	
Supervisão da Enfermeira (n=587)			0,290
Satisfatória	487	229(47,02)	
Regular	68	36(52,94)	
Ruim	32	19(59,38)	
Apoio da SMS (n=591)			<0,001
Satisfatório	219	86(39,27)	
Regular	220	106(48,18)	
Ruim	152	97(63,82)	
Apoio da Equipe (n=582)			0,001
Satisfatório	397	175(44,08)	
Regular	125	70(56,00)	
Ruim	60	40(66,67)	
Apoio da Enfermeira (n=589)			<0,001
Satisfatório	461	205(44,90)	
Regular	88	61(69,32)	
Ruim	40	22(55,00)	

* p valor derivado do teste qui-quadrado

Continuação Tabela 2

	ACS (n=596)	Estresse	
	n	n (%)	p valor*
Apoio da Comunidade (n=594)			0,001
Satisfatório	359	152(42,34)	
Regular	172	101(58,72)	
Ruim	63	36(57,14)	
Possibilidade de escolhas Individuais (n=594)			0,094
Sim	420	194(46,19)	
Não	173	93(53,76)	
Possibilidade de escolhas coletivas (n=590)			0,017
Sim	460	211(45,87)	
Não	130	75(57,69)	
Participação nas decisões (n=593)			0,063
Sim	236	101(42,80)	
Às vezes	148	78(52,70)	
Não	209	110(52,63)	
Opiniões Consideradas (n=590)			0,001
Sim	189	75(39,68)	
Às vezes	214	102(47,66)	
Não	187	110(58,82)	
Tarefas além da função (n=587)			0,001
Não	242	98(40,50)	
Sim	345	186(53,91)	
Planejamento do Trabalho (n=587)			<0,001
Sim	208	70(33,65)	
Às vezes	240	129(53,75)	
Não	139	90(64,75)	
Burocracia afeta o trabalho (n=590)			<0,001
Não	139	40(28,78)	
Às vezes	155	68(43,87)	
Sim	296	179(60,47)	
Indefinição da função/das tarefas (n=587)			<0,001
Não	275	104(37,82)	
Às vezes	178	91(51,12)	
Sim	134	90(67,16)	
Problemas do conteúdo do Trabalho (n=592)			<0,001
Não	177	55(31,07)	
Às vezes	223	102(45,74)	
Sim	192	132(68,75)	
Boa Relação Interpessoal (n=592)			<0,001
Sim	279	104(37,28)	
Às vezes	178	90(50,56)	
Não	135	95(70,37)	
Dificuldades com a chefia (n=590)			<0,001
Não	368	156(42,39)	
Às vezes	141	81(57,45)	
Sim	81	51(62,96)	
Feedback (n=588)			<0,001
Sim	220	96(31,36)	
Às vezes	196	99(50,51)	
Não	172	118(68,60)	
Confiança do usuário no Trabalho da ACS (n=591)			<0,001
Sim	250	86(34,40)	
Às vezes	198	99(50,00)	
Não	143	102(71,33)	
Sobrecarga/excesso de Trabalho (n=591)			<0,001
Não	174	42(24,14)	
Às vezes	217	107(49,31)	

Sim	200	140(70,00)
-----	-----	------------

* p valor derivado do teste qui-quadrado

Tabela 3. Análise bruta e ajustada de estresse em ACS, 21ª Região de Saúde, RS, Brasil, 2018 (n=596).

	RP Bruta	RP Ajustada	
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	p valor*
Sexo[£]			0,021
Masculino	1	1	
Feminino	1,70 (1,09-2,65)	1,49 (1,06-2,10)	
Região^{&}			0,146
Rural	1	1	
Urbana	1,35 (1,02-1,80)	1,15 (0,95-1,40)	
Tempo de Trabalho^{&}			0,094
1 a 12 meses	1	1	
13 a 24 meses	1,24 (0,72-2,14)	1,04 (0,72-1,51)	
25 a 60 meses	1,34 (0,83-2,17)	1,21 (0,87-1,69)	
Superior a 60 meses	1,59 (0,99-2,54)	1,25 (0,90-1,74)	
Capacitação Introdutória^{&}			0,005
Sim	1	1	
Não	1,17 (0,85-1,62)	1,37 (1,10-1,70)	
Uso frequente de medicamento^{&}			<0,001
Não	1	1	
Sim	1,80 (1,41-2,29)	1,51 (1,27-1,81)	
Violência no contexto do Trabalho[#]			0,030
Não	1	1	
Sim	1,63 (1,29-2,05)	1,19 (1,02-1,39)	
Ambiente externo (calor, chuva, frio, longas distâncias) dificulta o trabalho[#]			0,067
Não	1	1	
Às vezes	1,27 (0,82-1,95)	1,09 (0,79-1,49)	
Sim	1,83 (1,25-2,67)	1,24 (0,93-1,64)	
Supervisão da SMS[#]			0,121
Satisfatória	1	1	
Regular	1,39 (1,07-1,79)	1,18 (0,98-1,41)	
Ruim	1,53 (1,11-2,11)	1,12 (0,92-1,36)	
Problemas do conteúdo do Trabalho[#]			0,009
Não	1	1	
Às vezes	1,47 (1,06-2,04)	1,26 (0,98-1,63)	
Sim	2,21 (1,61-3,03)	1,37 (1,07-1,75)	
Boa Relação Interpessoal no Trabalho[#]			0,041
Sim	1	1	
Às vezes	1,36 (1,02-1,78)	1,07 (0,82-1,18)	
Não	1,89 (1,43-2,49)	1,22 (0,10-1,49)	
Dificuldades com a chefia[#]			0,198
Não	1	1	
Às vezes	1,36 (1,04-1,77)	0,98 (0,81-1,17)	
Sim	1,49 (1,08-2,04)	0,87 (0,70-1,07)	
Feedback[#]			0,025
Sim	1	1	
Às vezes	1,61 (1,84-2,19)	1,18 (0,92-1,50)	
Não	2,19 (1,62-2,94)	1,32 (1,03-1,68)	
Confiança do usuário no Trabalho da ACS[#]			0,109
Sim	1	1	
Às vezes	1,45 (1,09-1,94)	1,12 (0,91-1,38)	
Não	2,07 (1,55-2,76)	1,15 (0,92-1,42)	
Sobrecarga/excesso de Trabalho[#]			<0,001
Não	1	1	
Às vezes	2,04 (1,43-2,92)	1,59 (1,18-2,14)	

Sim	2,90 (2,05-4,09)	1,79 (1,32-2,42)
-----	------------------	------------------

*p valor derivado do teste de Poisson; RP - Razão de Prevalência; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; £ - Primeiro nível hierárquico; & - Segundo nível hierárquico; # - Terceiro nível hierárquico; SMS - Secretaria Municipal de Saúde

ARTIGO II

DIMENSÕES DE ESTRESSE NO TRABALHO DE AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE DE 21 MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DO BRASIL

Sonia Regina da Costa Lapischies
Vanda Maria da Rosa Jardim

RESUMO

Este estudo tem como objetivo avaliar o estresse relacionado ao trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde com o estresse global e com as dimensões do estresse, e de acordo com características individuais, de condição de saúde, de inserção e de gestão do trabalho, e de avaliação do atendimento.

Método: estudo transversal, com 599 Agentes Comunitárias de Saúde de 21 municípios do Rio Grande do Sul/Brasil. O estresse foi avaliado com os instrumentos auto aplicados Nível Global de Stress e Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde e suas médias comparadas utilizando o *t*-Teste, ANOVA e teste Kruskal-Wallis, quando necessário.

Resultados: 39% das Agentes Comunitárias de Saúde consideraram seu trabalho altamente estressante e 40% moderadamente estressante. Foram superiores ao estresse global o estresse em lidar com usuários; e com carreira e remuneração, e foram inferiores, o estresse com excesso de trabalho, com relações profissionais, com ações de educação em saúde, e com problemas familiares. O estresse global e suas dimensões apresentaram menor associação com as características individuais da trabalhadora do que com o seu trabalho.

Palavras chave: estresse ocupacional, trabalho, saúde do trabalhador, agentes comunitários de saúde, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

DIMENSIONS OF STRESS IN THE WORK OF COMMUNITY HEALTH WORKERS OF 21 CITIES IN THE SOUTH OF BRAZIL

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the stress related to the work of the Community Health Workers with the global stress and with the dimensions of stress, according to individual features, health condition, insertion, work management and care evaluation.

Method: cross-sectional study, with 599 Community Health Workers of 21 cities in Rio Grande do Sul/Brazil. The stress was evaluated with the self-applied instruments: Global Level of Stress and Stress Questionnaire in Health Professionals, and its compared average using the *t*-Teste, ANOVA and Kruskal-Wallis' test, when it was necessary.

Results: 39% of Community Health Workers consider their work highly stressful and 40% fairly stressful. The stress was higher than the global stress when dealing with users and with career and remuneration, and it was lower than the overwork stress, the professional relationships, the actions in health education and the familiar problems. The global stress and its dimensions presented less association with the worker's individual features than with its work.

Keywords: Occupational Stress, Occupational Health, Community Health Worker, Primary Care, Cross Sectional Studies

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde é um serviço público e um bem social de grande importância para o desenvolvimento humano (OPAS, 2006). Assim como é também um trabalho coletivo que se configura de diferentes formas de interdependência, com vários tipos de conexões entre trabalhos parcelares, que podem não estar aparentes para os profissionais. A equipe de saúde não é a justaposição, mas a articulação e integração de diferentes processos de trabalho, com seus objetivos, saberes e instrumentos peculiares (PEDUZZI, M., 2002).

As equipes de saúde da atenção primária brasileira sofreram mudanças com a adoção de equipes Estratégia Saúde da Família como porta de entrada do sistema de saúde. Essas equipes, além de profissionais que tradicionalmente trabalham na atenção à saúde, como auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas, incorporaram as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em sua equipe mínima. As ACS são trabalhadoras sem uma formação formal prévia para exercer a função e são moradoras do território no qual trabalham há no mínimo dois anos.

Segundo a legislação federal as ACS em seu trabalho exercem atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e

de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006). Além da complexidade do trabalho prescrito para a ACS, o seu cotidiano comporta conflitos entre o saber técnico e o saber popular, entre fazer parte da equipe e fazer parte da comunidade, visto ser ao mesmo tempo moradora/usuária e profissional de saúde.

Na literatura, o trabalho da ACS é destacado por seu impacto negativo na saúde mental das suas trabalhadoras (LEONELLI L.B. et al, 2017; ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A.A., 2016; DILÉLIO, A.S. et al, 2012; SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. 2008). Trabalhar em áreas de maior vulnerabilidade social, em situações de miséria, violência, tráfico de drogas, de constantes deslocamentos a pé, expostas às intempéries e às precárias condições de higiene das áreas e domicílios, além do contato com doenças infecciosas, fazem parte do dia a dia das ACS. Outras dificuldades encontradas por esse profissional são a quantidade elevada de pessoas na área sob sua responsabilidade, associada à falta de entendimento pela população quanto ao funcionamento da ESF e ao trabalho da ACS, a dificuldade para resolver problemas da comunidade que necessitam envolver os demais profissionais da equipe, falta de organização do serviço, assim como relações profissionais conflituosas (SANTOS A.M.V.S. et al, 2017).

As situações vivenciadas no trabalho que exigem enfrentamento e para as quais a trabalhadora não possui recursos ou capacidade suficientes para lidar com elas resultam em estresse ocupacional (LAZARUS, 2000). O estresse de longo prazo pode ser prejudicial à saúde dos próprios trabalhadores e também pode afetar serviços de saúde através da insatisfação dos funcionários, esgotamento, baixo desempenho ou rotatividade (LI L. et al, 2004)

Estudar o estresse ocupacional em trabalhadores de saúde tem sido objeto de interesse daqueles que querem compreender como os profissionais e os serviços são afetados por esse fenômeno. A literatura mostra que o estresse ocupacional impacta a saúde das ACS e tem potencial de piorar o estado de saúde a medida que aumenta o estresse (LEONELLI, L.B. et al, 2017; ALCÂNTARA M.A.; ASSUNÇÃO A.A., 2016; SILVA A.T.C.; LOPES C.S.L.; MENEZES P.R., 2016; ATANES, ACM., 2015; KNUTH, B.S. et al., 2015; MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, O.S., 2014; SANTOS, I.E.R., 2014; HAIKAL, D.A.S., 2013).

Os estudos quantitativos que investigam o estresse relacionado ao trabalho da ACS e que buscam identificar aspectos dessa atividade com potencial de

impactar no processo de produção de estresse não são muito numerosos, e principalmente aqueles que incluem ACS que trabalham em áreas rurais. Conhecer as possíveis fontes de estresse na atividade das ACS, assim como seu potencial de produzir estresse, proporcionará subsídios para discutir o processo e a gestão do trabalho na ESF, no caminho de diminuir os danos à saúde das trabalhadoras e aos serviços decorrentes do estresse continuado.

O objetivo deste estudo é avaliar o estresse relacionado ao trabalho das ACS da 21ª região de saúde do Rio Grande do Sul a partir das dimensões de estresse e de acordo com características individuais, de condição de saúde, de inserção e de gestão do trabalho, e de avaliação do atendimento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, conduzido entre março de 2016 e abril de 2017, com agentes comunitárias de saúde que trabalhavam na 21ª região de saúde do Rio Grande do Sul. À época da coleta de dados estavam elegíveis 725 trabalhadoras, de 21 municípios da referida região de saúde. Nos municípios de pequeno e médio porte (população inferior a 60.000 habitantes) a coleta de dados ocorreu em reunião com as ACS na sede do município e nos dois municípios maiores nas Unidades Básicas de lotação das trabalhadoras.

Os dados foram coletados por instrumento auto aplicado com informações para obter as variáveis analisadas, sendo que as variáveis discretas foram agrupadas à posteriori. Os dados compreendiam informações de caracterização sociodemográfica: sexo (masculino/feminino), idade (19-29 anos/30-39 anos/40-49 anos/≥ 50 anos), filhos (com/sem), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), casa própria (sim/não); de inserção no trabalho: município (pequeno e médio porte/Rio Grande/Pelotas), região (urbana/rural), tempo de trabalho (≤24 meses/ 25-50 meses/ ≥60 meses); da situação de saúde: morbidade auto referida (não/sim); da gestão do trabalho: falta de ferramentas para o trabalho (não/sim), cursos de atualização (não/sim), participação na implementação de programas (sim/às vezes/não), supervisão pela Secretaria Municipal de Saúde (ruim/regular/satisfatória) e também da avaliação do atendimento no serviço (ruim/regular/satisfatória).

Para avaliar o estresse entre as ACS foi utilizado o Nível Global de Stress e o Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde, instrumentos utilizados

anteriormente com enfermeiros, médicos e psicólogos, (GOMES, A.R. et al, 2009; ROQUE, H; et al, 2015; GOMES A.R.; TEIXEIRA P.M., 2016) os quais, nessa investigação foram adaptados, à fim de adequar ao fazer das ACS, assim como de facilitar a compreensão das questões.

Nível Global de Estresse (NGS), é representado por um único item, avalia a percepção dos participantes face ao nível geral de estresse experienciado em seu trabalho (GOMES, A.R. et al, 2009). A resposta se apresenta em escala Likert de cinco pontos: 0 = Nenhum estresse; 1= Pouco Estresse; 2= Moderado Estresse; 3= Bastante Estresse; 4 = Elevado Estresse, e indica a percepção da trabalhadora acerca do estresse em sua atividade.

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) - Instrumento validado por Gomes A.R e Teixeira P.M. (2016) que avalia as potenciais fontes de estresse no exercício da atividade dos profissionais de saúde. O questionário é constituído por 25 itens relativos às potenciais fontes de estresse no trabalho, distribuídos em seis dimensões, avaliadas com escala Likert de cinco pontos (0 = Nenhum estresse; 1= Pouco Estresse; 2= Moderado Estresse; 3= Bastante Estresse; 4 = Elevado Estresse).

As seis dimensões abordadas no QSPS são: (a) lidar com os clientes (usuários): estresse relacionado com as pessoas para quem os profissionais prestam serviços (Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os usuários/Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os usuários esperam de mim/Gerir problemas graves dos usuários/Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos usuários); (b) excesso de trabalho: estresse relativo à excessiva carga de trabalho e de horas de serviço trabalhadas (Trabalhar muitas horas seguidas/Excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático/Falta de tempo para realizar adequadamente minhas tarefas profissionais/Sobrecarga ou excesso de trabalho); (c) carreira e remuneração: estresse relacionado com a falta de perspectivas de desenvolvimento da carreira profissional e insatisfação com o salário recebido (A falta de perspectivas de desenvolvimento na carreira/ Receber um salário baixo/Viver com os recursos financeiros de que disponho/Salário inadequado/insuficiente); (d) relações profissionais: estresse relativo ao ambiente de trabalho bem como à relação com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho/A falta de encorajamento e apoio por parte de

meus superiores/O ambiente e “clima” existentes em meu local de trabalho/Conflitos interpessoais entre colegas/Comportamentos inadequados e/ou desajustados de colegas de trabalho); (e) ações de formação/educação em saúde: estresse relacionado com situações nas quais os profissionais devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas (Falar ou fazer apresentações em público/Preparar ações de formação/educação em saúde para realizar no meu local de trabalho/Realizar atividades de formação/educação em saúde sob minha responsabilidade); e (f) problemas familiares: estresse relacionado com problemas familiares e falta de apoio por parte de pessoas significativas (Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares/Falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar/Falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)/Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (cônjuge, filhos, amigos, etc.). Os valores em cada dimensão são calculados por meio da média de seus itens, com resultados que podem variar entre zero e quatro, sendo que os valores mais elevados significam maior percepção de estresse em cada uma das dimensões avaliadas (GOMES A.R.; TEIXEIRA P.M., 2016).

Um nível de significância de 5% foi adotado para todas as análises, as quais foram realizadas no Stata 11.1. Para a comparação de médias foi aplicada a análise de variância utilizando o *t*-Teste para variáveis dicotômicas, ANOVA para variáveis com três ou mais extratos e o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis, quando necessário. O poder da amostra foi calculado para uma relação de não exposto para exposto de dois, α de 95% e poder de 80%, obteve-se uma amostra de 537 indivíduos.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, conforme parecer número 1.381.733, de 28 de dezembro de 2015. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento antes de serem entrevistados. O direito de não participar do estudo e o direito de confidencialidade quanto às informações obtidas foram assegurados.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 599 ACS entre as 725 ACS elegíveis, com a taxa de resposta de 82,6%. Entre as que não participaram da pesquisa (126 ACS), 41,3%

(52) estavam afastadas por problemas de saúde/doença, 47,6% (60) ausentes por outros motivos e 11,1% (14) foram recusadas. As características sexo e idade entre as respondentes e não respondentes não apresentaram diferenças significativas.

A maioria das participantes são mulheres (88,3%), com companheiro (61,7%), que possui filho(s) (76,6%), com idade entre 30 a 39 anos (41,9%), com ensino médio (40,4%) e possuem casa própria (70,9%). As ACS que trabalham na zona urbana dos municípios são maioria (73,8%), assim como em municípios de grande porte (56,2%), com tempo de trabalho na função superior a cinco anos (41,5%) e que participam de atualizações periódicas (79,6%).

Entre as 599 participantes, 589 (98,3%) responderam o *Nível Global de Estresse* (NGS) e entre essas 39% (231) consideraram o trabalho como Agente Comunitária de Saúde altamente estressante (agrupados “bastante” e “elevado” estresse da escala) e 40% (234) que o trabalho apresenta níveis moderados de estresse, sendo que a média do NGS foi de 2,23 (IC95%=2,15-2,31).

A avaliação das médias do Nível Global de Estresse de acordo com variáveis sociodemográficas, de condição de saúde, do trabalho e avaliação do atendimento está apresentada na Tabela 1. As médias do NGS que apresentaram diferenças significativamente estatísticas (p valor $\leq 0,05$) de acordo com as variáveis independentes foram: município ($p=0,0004$), município de Rio Grande com a maior média e municípios de pequeno porte com a menor média; morbidade auto referida ($p=0,02$), maior para os que referem morbidade; tempo de trabalho ($p=0,03$), trabalhar como ACS há 5 anos ou mais apresentou média superior e trabalhar por período de dois à cinco anos a menor média; participar na implantação de programas ($p=0,03$), com médias de estresse maior entre aqueles que não participam na implementação de programas e menor entre aquelas que participam; supervisão da SMS ($p=0,03$) com supervisão avaliada como regular associada à maior média e avaliada com satisfatória ou ruim obtiveram médias iguais no NGS; e avaliação do atendimento pelo serviço ($p=0,005$), sendo que avaliar o atendimento do serviço como regular apresentou maior média e avaliar como satisfatório a menor média.

As seis dimensões do QSPS foram respondidas por 596 (99,5%) ACS. As médias do QSPS identificadas foram comparadas ao NGS: duas dimensões apresentaram médias superiores ao NGS, quais foram: estresse relacionado a lidar com usuários, média de 2,52 (IC95%=2,45-2,59) e estresse com a carreira e

remuneração, com média de 2,36 (IC95%=2,28-2,45), enquanto que quatro foram inferiores ao NGS: estresse relacionado ao excesso de trabalho, 1,99 (IC95%=1,91-2,07), estresse com as relações profissionais, 1,88 (IC95%=1,80-1,95), estresse com as ações de educação em saúde, 1,62 (IC95%=1,55-1,70) e estresse com problemas familiares, 1,51 (IC95%=1,44-1,59) (Gráfico 1).

A análise comparativa entre as dimensões de estresse (subescalas do QSPS) está apresentada na Tabela 2 e pretende identificar possíveis diferenças nas médias de estresse considerando características individuais (sexo, idade, filhos, situação conjugal, casa própria), de inserção no trabalho (município, região, tempo de trabalho), de saúde (morbidade auto referida), de gestão do trabalho (falta de ferramentas, cursos de atualização, participação na implantação de programas, supervisão pela Secretaria Municipal de Saúde) e avaliação do atendimento do serviço.

Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma dimensão do QSPS entre os sexos e entre os diferentes tempos de trabalho das ACS. A variável idade da ACS se mostrou associada significativamente somente à dimensão Carreira e Remuneração ($p=0,04$), com maior média de estresse na faixa etária de 40 a 49 anos e menor média na faixa de 50 anos ou mais; filhos foi associado à dimensão Problemas Familiares ($p=0,04$), com maior média de estresse para ACS com filhos; possuir companheiro(a) conjugal se mostrou associado com Carreira e Remuneração ($p=0,03$), médias superiores de estresse para aquelas que não tem companheiro; casa própria também mostrou associação estatística com Carreira e Remuneração ($p=0,01$), maior média de estresse para quem não possui casa própria; e morbidade auto referida apresentou associação com a dimensão Excesso de Trabalho ($p=0,03$), média mais alta de estresse para aquelas que referem morbidade (Tabela 2).

Quanto às variáveis de inserção no trabalho, município de trabalho da ACS se mostrou associado estatisticamente a quatro das seis dimensões do QSPS: lidar com usuários ($p=0,0002$), excesso de trabalho ($p<0,01$), carreira e remuneração ($p=0,01$) e problemas familiares ($p<0,01$), sendo que nas quatro dimensões o município de Rio Grande apresentou médias superiores de estresse aos municípios de pequeno porte e ao município de Pelotas. A região de trabalho da ACS, urbana ou rural, mostrou-se estatisticamente associada com as dimensões do QSPS Excesso de Trabalho ($p=0,03$), zona urbana com menor média de estresse; Carreira

e Remuneração ($p=0,02$) zona rural com menor média de estresse; e Ações de Formação/Educação em Saúde ($p=0,05$) zona urbana com maior média de estresse (Tabela 2).

Considerando características de gestão do trabalho da ACS, verificou-se que a falta de ferramentas para desempenhar a atividade apresentou associação significativa com a dimensão Ações de Formação/Educação em Saúde ($p=0,03$): falta de ferramentas com maior média de estresse; a participação em cursos de atualização foi significativamente associada com a dimensão Excesso de trabalho ($p=0,03$): maior média de estresse entre quem participou de cursos de atualização (Tabela 2).

Ainda ao analisar os fatores estressores e a gestão do trabalho, a participação da ACS na implementação de programas foi associada significativamente com três dimensões de estresse, que foram Lidar com Usuários ($p=0,04$): menor média de estresse entre as que participaram; Ações de Formação/Educação em Saúde ($p<0,01$): menor média de estresse entre as que participaram; e Problemas Familiares ($p=0,01$): menor média de estresse entre as que participaram da implementação de programas (Tabela 2).

A supervisão pela Secretaria Municipal de Saúde se mostrou associada estatisticamente com três dimensões do QSPS, quais foram: Lidar com Usuários ($p<0,01$): supervisão satisfatória com menor média de estresse; Relações Profissionais ($p=0,05$): supervisão satisfatória com menor média de estresse; e Problemas Familiares ($p=0,01$): supervisão satisfatória com menor média de estresse (Tabela 2).

Ao analisar a satisfação da ACS com o atendimento do serviço e as dimensões do QSPS, foi identificada associação estatisticamente significativa com duas dimensões, que foram: Lidar com Usuários ($p=0,03$): avaliação satisfatória com menor média de estresse; e Ações de Formação ($p=0,05$) avaliação satisfatória com menor média de estresse (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Na 21ª região de saúde do Rio Grande do Sul setenta e nove por cento das ACS consideraram que seu trabalho resulta em níveis moderados a elevados de estresse, o que representa uma percepção de alta exigência na prática de sua atividade. O nível elevado de estresse apontado por 39% das ACS, mostrou-se

intermediário ao identificado entre médicos, 34,3% (n=105) e enfermeiros, 49,6% (n=115) de Unidades de Saúde Familiar de Portugal (ROQUE H. et al, 2015) e superior ao de enfermeiros de hospitais e centros de saúde, 30% (n=286) (GOMES A.R. et al, 2009). Resultado que está de acordo com o encontrado em equipes ESF de São Paulo/SP, no qual a média de estresse percebido das ACS (n=296) com a Perceived Stress Scale (PSS) foi intermediária (4,0) entre a média de enfermeiros (5,5) e de médicos (3,4) (ATANES et al, 2015).

A convivência mais próxima, o apoio entre os moradores e menores índices de violência, proporcionam maior qualidade de vida aos moradores de municípios menores, refletindo no estresse dos trabalhadores que neles residem e trabalham. Assim sendo, trabalhar em municípios de pequeno e médio porte conferiu menor estresse do que em municípios maiores, contudo trabalhar no município de Rio Grande foi mais estressante do que em Pelotas, com respectivamente 209.378 e 344.385 habitantes (IBGE, 2018). Esse resultado aponta para a necessidade de identificar as peculiaridades da gestão e da organização do trabalho que podem estar relacionadas às diferenças de estresse entre os municípios de grande porte.

O tempo de trabalho na função e existência de morbidade são características previamente descritas como associadas ao estresse em trabalhadores da Atenção Primária, sendo que maior tempo de trabalho e a presença de morbidade foram associados à maior estresse (LEONELLI, L.B. et al, 2017; ALCÂNTARA M.A., ASSUNÇÃO A.A., 2016; ARAÚJO T.M. ET AL, 2016; SILVA A.T.C., LOPES C.S.L., MENEZES P.R., 2016; KNUTH, BS et al, 2015; DILÉLIO A.S. et al, 2012). Contudo entre as ACS investigadas, o menor tempo de trabalho não foi determinante de menor estresse, o que pode ser atribuído à tensão presente ao iniciar uma nova atividade, com necessidade de apreender o processo de trabalho, assim como de estabelecer as relações interpessoais com os demais trabalhadores, gestores e usuários. As trabalhadoras que estavam há mais de dois anos exercendo a atividade de ACS possivelmente estavam adaptadas, mas expostas à atividade a tempo menor do que as ACS com mais de cinco anos na função, aquelas que apresentaram os níveis mais altos de estresse.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2007a) o estresse dos trabalhadores está fortemente relacionado à gestão e a organização do trabalho, sendo que a percepção de pouco apoio de supervisores e colegas, assim como pouco controle sobre o trabalho e restrita participação nas decisões (COOPER C.L.;

MARSHALL J.,1976), aumentam a ocorrência de estresse. Entre as ACS entrevistadas aquelas que não participaram da implementação de programas apresentam maior estresse e o estresse diminuiu à medida que a participação aumentou, caracterizando que a participação das decisões no ambiente de trabalho pode diminuir o estresse relacionado ao trabalho.

A supervisão nos serviços de saúde se apresenta de diversas maneiras, com caráter educativo, de controle, de articulação política, de apoio, de autoanálise e de autogestão (MATUMOTO S. et al, 2005), contudo uma supervisão que apoia, que é consistente, que educa e ajuda resolver problemas específicos pode melhorar o desempenho, a satisfação no emprego e a motivação (WHO, 2007a) e possivelmente reduzir o estresse em seus trabalhadores. A supervisão regular pelo gestor municipal impactou em maior estresse do que a supervisão satisfatória e ruim (ou inexistente); neste panorama é possível que uma supervisão inexistente ou desqualificada não produza demandas e não exerça controle sobre o trabalho resultando em menor estresse. A literatura reconhece que o sucesso de programas com ACS depende de apoio e supervisão regulares e confiáveis, e também ressalta que a supervisão está entre os elos mais fracos nos programas com ACS (WHO, 2007b).

A relação entre estresse do trabalhador e sua avaliação do serviço no qual trabalha não é explorada pela literatura, sendo que nessa investigação as ACS que avaliaram a qualidade do serviço como satisfatória apresentaram menor estresse. De acordo com as peculiaridades do serviço de saúde, suas ações não produzem bens, mas serviços, os quais incluem um forte componente relacional, e todos os envolvidos são coprodutores (trabalhadores e usuários) (PEDUZZI, M., 2002). Há uma associação entre a avaliação do serviço e a satisfação da trabalhadora com o seu trabalho, dessa forma é esperado que uma avaliação positiva, ou seja, de maior satisfação, impacte em menor em menor estresse.

As fontes de estresse do QSPS que apresentaram maiores médias foram lidar com usuários (2,52), carreira e remuneração (2,36) e excesso de trabalho (1,99), as quais enfermeiros hospitalares também identificaram como maiores produtoras de estresse (PEREIRA M.M.A.; GOMES, A.R.S., 2016); assim como para enfermeiros de Unidade da Saúde da Família de Portugal lidar com usuários também foi considerado o aspecto mais estressante seguido por excesso de trabalho, contudo para os médicos das mesmas unidades o excesso de trabalho foi mais estressante

seguido por lidar com clientes (ROQUE H. et al, 2015).

Trabalhar com e para pessoas, principalmente para aquelas com algum tipo de sofrimento demanda empatia, entre outras habilidades, o que qualifica o cuidado, contudo aproxima o trabalhador do sofrimento do usuário e aumenta as exigências emocionais; também podem ser decorrentes da interação com o usuário o assédio e violência (DOLLARD et al, 2007). Entretanto o estresse relacionado a lidar com os usuários não se mostrou associado a condições individuais da trabalhadora, mas às variáveis de inserção e gestão do trabalho. As ACS que trabalhavam em municípios de pequeno e médio porte apresentam menor estresse com lidar com os usuários, assim como aquelas que participaram na implantação de programas, receberam supervisão satisfatória pela Secretaria Municipal de Saúde e avaliaram satisfatoriamente o atendimento do serviço, também apresentaram menor estresse.

O impacto do excesso de trabalho na atenção à saúde é destacado na literatura por seu potencial de prejudicar a saúde física e psicológica, de seus trabalhadores (SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R., 2008), assim como em reduzir a satisfação no trabalho. Para a ACS a sobrecarga de trabalho pode ser expressa na necessidade de atingir metas mensais (de visitas domiciliares ou de cadastro usuários), na execução de atividades que não estão previstas para sua função, tais como: recepção da UBS, higienização, assim como em cobranças da comunidade para que a ACS resolva problemas junto ao serviço para os quais essa não possui autonomia (GALAVOTE et al, 2011) e trabalhar com área de vulnerabilidade social (ATANES A.C.M. ET AL, 2015).

Como observado no estresse global, o estresse relacionado ao excesso de trabalho foi menor entre as ACS de municípios de pequeno e médio porte e que não possuem morbidade. Entre as ACS que trabalham em região urbana e que não realizam atualizações o estresse por excesso de trabalho também foi menor, apontando para a necessidade de investigar as diferenças entre as cargas de trabalho na zona urbana e na zona rural dos municípios, e avaliar se o aumento na carga de trabalho para aquelas que participaram de atualizações ocorreu em função da sensibilização da trabalhadora quanto às necessidades da comunidade, aumentando dessa forma a demanda por trabalho.

Uma política para trabalhadores do Sistema Único de Saúde com plano de cargos, carreiras e salários (PCCS), admissão por concurso público, estabilidade no emprego, direito de greve e sindicalização, estímulo à dedicação exclusiva,

formação no sistema de saúde e capacitação permanente fez parte das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e foi estabelecida pela lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), contudo o caminho para implantação de PCCS no SUS desde então enfrentou vários obstáculos e não é realidade para a grande maioria dos municípios brasileiros (RIZZO TP.; LACAZ F.A.C., 2017).

As ACS, em sua maioria mulheres, são oriundas das classes sociais de menor poder aquisitivo com salário entre um e três salários mínimos. As famílias com essa faixa de renda sob responsabilidade das mulheres têm apresentado um crescimento constante, e representavam 33,9% na população brasileira em 2015 (IPEA, 2018). Desta forma as fontes de estresse relacionadas à carreira e remuneração foram associadas à menor estresse entre as ACS com 50 anos ou mais, com companheiro e com casa própria. Trabalhar em município de pequeno ou médio porte e em zona rural também foi associado a menor estresse com carreira e remuneração, possivelmente relacionado ao poder de compra de seu salário em relação ao custo de vida em municípios menores, assim como a possibilidade de manter atividades que contribuíam com a renda familiar nas propriedades rurais. A profissão de ACS foi regulamentada em 2002 (BRASIL, 2002) e o piso salarial da categoria é definido nacionalmente, sendo que em agosto/2018 é de R\$ 1.014,00, menor que um terço do salário mínimo necessário previsto pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos para o mesmo mês é de R\$ 3.636,04, com metodologia de cálculo a partir do custo da cesta básica de alimentos (DIEESE, 2018).

As relações estabelecidas no ambiente de trabalho, entre os trabalhadores ou entre esses e a chefia, na forma de apoio e de reconhecimento do trabalho estão descritas na literatura como associadas a manifestações de estresse (WHO, 2007a), transtornos mentais comuns (ALCÂNTARA, 2016) e de sintomas depressivos (SILVA, A.T.C. et al, 2015). O estresse da ACS oriundo das relações profissionais foi maior entre aquelas que avaliaram a supervisão da Secretaria Municipal de Saúde como regular (existe e não é satisfatória), o que pode se relacionar a uma gestão de conflito ineficiente pela gestão municipal.

O trabalho da ACS é exercido exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais ou coletivas, sendo que a formação de grupos de educação em saúde está entre o elenco de atividades

propostas (BRASIL, 2006); e as tarefas não se restringem ao campo da saúde, com interface na assistência social, educação e meio ambiente (BORNSTEIN V.J., STOTZ E.M., 2008). O estresse apresentado pelas ACS relacionado às ações de formação/educação em saúde foi maior entre aquelas de área rural, que tem ferramentas para o trabalho, que participam da implantação de programas e que avaliam o atendimento do serviço como satisfatório.

O espaço de trabalho da ACS é o território, que também é o espaço do viver e conviver com familiares e amigos, essa hiperexposição e sobreposição da vida privada e da vida pública estabelece situações de extrema porosidade, e causam sofrimento psíquico adicional à trabalhadora (JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. 2009). A condição de ser morador do território e poder ser interpelado a qualquer hora do dia e da noite, nos espaços sociais que compartilha com a comunidade, expõe a ACS constantemente ao assédio das pessoas. Nessa lógica o estresse relacionado à problemas familiares/amigos foi menor para aquelas ACS que não possuem filhos, que trabalham em municípios de pequeno e médio porte, que participam da implementação de programas, e com supervisão satisfatória da Secretaria Municipal de Saúde.

O presente estudo mostra algumas limitações a serem consideradas. Os instrumentos utilizados para avaliação do estresse foram desenvolvidos para outros profissionais de saúde e para outro contexto de trabalho, e sofreram adaptações para o fazer das ACS no contexto da ESF. Os níveis de estresse podem estar subestimados pelo “efeito trabalhador sadio”, pois o afastamento das trabalhadoras por problemas de saúde, pode ser derivado da exposição ao estresse ocupacional. O desenho transversal do estudo também é uma limitação, pois não permite determinar o sentido das associações.

Destacamos a variedade de cenários nos quais as ACS trabalhavam, como áreas rurais e urbanas, municípios de pequeno, médio e grande porte, conferindo diversidade pouco comum em estudos com ACS que proporcionou avaliar a influência dessas diferenças no estresse das trabalhadoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As exigências e habilidades relacionais, ou as tecnologias leves, são fundamentais na atividade de ACS. Assim como as demais profissões de cuidado em saúde, a ACS lida com o sofrimento, doença e morte de pessoas, e também com

o assédio e a violência dos usuários, situações que necessitam de alguma preparação, de suporte e apoio dos colegas e da gestão para minimizar os danos à sua saúde e ao serviço.

Esperamos que a identificação de características individuais e do trabalho associadas ao estresse contribuam para a compreensão desse fenômeno entre as ACS e para adoção de medidas que promovam a saúde por meio da redução do estresse.

Referências

1. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (2005 : Brasília, DF). **Chamado a Ação de Toronto : 2006-2015 : rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas** /Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, . Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 12 p.
2. PEDUZZI M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.1, n.1, p.75-91, 2002.
3. BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.
4. LEONELLI, L.B. et al. Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Epidemiol**, v.20, n.2, p.286-298, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2017.v20n2/286-298/pt>
5. ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A.A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev Bras Saude Ocup**, v.41, n.e2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e2.pdf>
6. DILÉLIO AS, FACCHINI LA, TOMASI E, SILVA SM, THUMÉ E, PICCINI RX, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**.v.28, n.3, p.503-14, 2012.
7. SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.5, p.921-9, 2008.

- 8.SANTOS A.M.V.S.; LIMA C.A.; MESSIAS R.B.; COSTA F.M.; BRITO M.F.S.F. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.160-168, 2017.
- 9.LAZARUS, R.S. Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping. **Journal of Personality**, v.74, n.1, 2000.
- 10.Li L, Hu H, Zhou H, et al. Work stress, work motivation and their effects on job satisfaction in community health workers: a cross-sectional survey in China. **BMJ Open**; 4:e004897, 2014.
- 11.SILVA, A.T.C. et al. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. **Am J Public Health**. v.106, n.11, p.1990-1997, nov-2016. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org>
- 12.ATANES et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals.**BMCComplementary and Alternative Medicine**.v.15, n.303, 2015.
- 13.KNUTH, B.S. et al. Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.8, p.2481-2488, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2481.pdf>
- 14.MOTA C.A.; DOSEA G.S.; NUNES P.N. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em AgentesComunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p.4719-4726, 2014.
- 15.SANTOS, I.E.R., VARGAS, M.M., REIS, F.P. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v.14, n.3, jul-set 2014, pp . 324-335. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n3/v14n3a08.pdf>
- 16.HAIKAL, D.S.A. et al. Qualidade de vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v.16, n.3, p.301-312, jul/set 2013. Disponível em: <https://aps.uff.emnuvens.com.br/aps/article/view/1549/748>
- 17.GOMES, A.R.; CRUZ, J.F.; CABANELAS, S. Stresse ocupacional em profissionais de saude: Um estudo com enfermeiros portugueses. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.3, p.307-318, 2009.

18.ROQUE, H; VELOSO, A.; SILVA, I.;COSTA, P. Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3087-3097, 2015.

19.GOMES, A.R.; TEIXEIRA, P.M. Stress, Cognitive Appraisal and Psychological Health: Testing Instruments for Health Professionals. **Stress and Health**, n. 32, p.167-172, 2016.

20.INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População dos municípios
<https://cidades.ibge.gov.br/comparamun/compara.php?lang=&coduf=43&idtema=130&codv=v01&search=rio-grande-do-sul%7Crai%7Csintese-das-informacoes->

21.ARAÚJO, T.M., MATTOS, A.I.S., ALMEIDA, M.M.G., SANTOS, K.O.B. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **RevBrasEpidemiol**, v.19, n.3, p.645-657, 2016.

22.WORLD HEALTH ORGANIZATION.**Raising awareness of stress at work in developing countries : a modern hazard in a traditional working environment : advice to employers and worker representatives** / Irene Houtman, Karin Jettinghoff, Leonor Cedillo.p.44. 2007. Disponível em:
http://www.who.int/occupational_health/publications/raisingawarenessofstress.pdf?ua=1

23.COOPER, C.L.; MARSHALL, J. Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. **Journal of Occupational Psychology**, v.49, p.11–28, 1976.

24.MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.; DOMINGOS, N.A.M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface **ComunSaúdeEduc**, v.9, n.16, p.9-24, 2005.

25.WORLD HEALTH ORGANIZATION. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. 2007
http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers_brief.pdf

26.PEREIRA, M.M.A.; GOMES, A.R.S. Stress, burnout e avaliação cognitiva: estudo na classe de enfermagem. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; v.68, n.1, p.72-83, 2016.

- 27.DOLLARD M.F.; LAMONTAGNE A.D.; CAULFIELD N.; BLEWETT V. SHAW A. Job Stress in the Australian and International Health and Community Services Sector: A Review of the Literature. **International Journal of Stress Management**, v. 14, n. 4, p. 417-445, 2007.
- 28.GALAVOTE, H.S.; PRADO,T.N.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitario de saude nos cenarios revelados na EstrategiaSaude da Familia no municipio de Vitoria (ES, Brasil). **Ciência & SaúdeColetiva**.v.16,n.1, jan, 2011, p231. Disponível em: <http://go-galegroup.ez66.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A244271528&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>
- 29.BRASIL. **Lei 8.080**, 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19jun.1990.
- 30.RIZZO, TP.; LACAZ, F.A.C. Limites dos planos de cargos, carreiras e salários para desprecarizaçãodas relações de trabalho no SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 399-420, maio/ago. 2017.
- 31.INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Ministério do Planejamento e Desenvolvimento. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_chefia_familia.html
- 32.BRASIL.**Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm
- 33.Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Pesquisa nacional da cesta básica de alimentos. Salário mínimo nominal e necessário**. <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>
- 34.SILVA, A.T.C.; PERES, MFT; LOPES, CS; SCHRAIBER, LB; SUSSER, E; MENEZES, PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol**. n. 50,1347–1355, 2015.
- 35.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60p.

36.BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. Trab. educ.saúde, v.6, n.3, Rio de Janeiro, 2008. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300004

37.JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Subjective aspects of living and working within the same community: the realities experienced by community healthcare agents.

Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a11.pdf>

Tabela1 - Nível Global de Estresse (NGS) de acordo com variáveis sociodemográficas, situação de saúde, trabalho e avaliação do atendimento (n=589).

Variáveis	ACS	NGS	
	n(589)	Média (IC)	p valor
Sexo			0,20*
Masculino	70	2,37 (2,14-2,60)	
Feminino	519	2,21 (1,13-2,30)	
Idade (n=588)			0,18#
19 a 29 anos	113	2,28 (2,13-2,44)	
30 a 39 anos	246	2,31 (2,19-2,43)	
40 a 49 anos	159	2,17 (2,01-2,32)	
50 ou mais	70	2,06 (1,79-2,32)	
Filhos(n=588)			0,99*
Sem filhos	139	2,23 (2,10-2,36)	
Com filhos	449	2,23 (2,14-2,33)	
Situação conjugal(n=588)			0,94*
Sem companheiro(a)	227	2,23 (2,11-2,36)	
Com companheiro(a)	361	2,23 (2,12-2,33)	
Casa Própria(n=588)			0,47*
Sim	417	2,21 (2,12-2,30)	
Não	171	2,28 (2,12-2,43)	
Morbidade auto referida(n=586)			0,02*
Não	144	2,06 (1,89-2,23)	
Sim	442	2,29 (2,20-2,38)	
Município			<0,001#
Pequeno e médio porte	258	2,15 (2,03-2,27)	
Rio Grande	97	2,59 (2,41-2,77)	
Pelotas	234	2,18 (2,05-2,31)	
Região			0,69*
Urbana	435	2,22 (2,13-2,32)	
Rural	154	2,26 (2,11-2,41)	
Tempo de Trabalho(n=583)			0,03#
Até 24 meses	138	2,17 (2,01-2,32)	
De 25 meses a 60 meses	203	2,13 (1,99-2,27)	
Maior de 60 meses	242	2,36 (2,24-2,48)	
Falta de Ferramentas(n=588)			0,21*
Não	127	2,13 (1,97-2,30)	
Sim	461	2,26 (2,17-2,35)	
Cursos de Atualização(n=585)			0,35*
Não	120	2,30 (2,12-2,48)	
Sim	465	2,21 (2,12-2,29)	
Participa na implementação Programas(n=585)			0,03#
Sim	267	2,12 (2,00-2,24)	
Às vezes	139	2,25 (2,09-2,42)	
Não	179	2,37 (2,23-2,51)	
Supervisão pela SMS(n=586)			0,03&
Ruim	86	2,16 (1,96-2,37)	
Regular	196	2,37 (2,24-2,51)	
Satisfatória	304	2,16 (2,05-2,27)	
Avaliação do atendimento(n=585)			0,005#
Ruim	42	2,24 (1,94-2,54)	
Regular	182	2,41 (2,28-2,55)	
Satisfatória	361	2,13 (2,02-2,22)	

*p valor derivado do t Test; # p valor derivado do teste ANOVA; & p valor derivado do teste Kruskal-Wallis

Gráfico 1 – Médias do Nível Global de Estresse e Dimensões de Estresse (n=596)

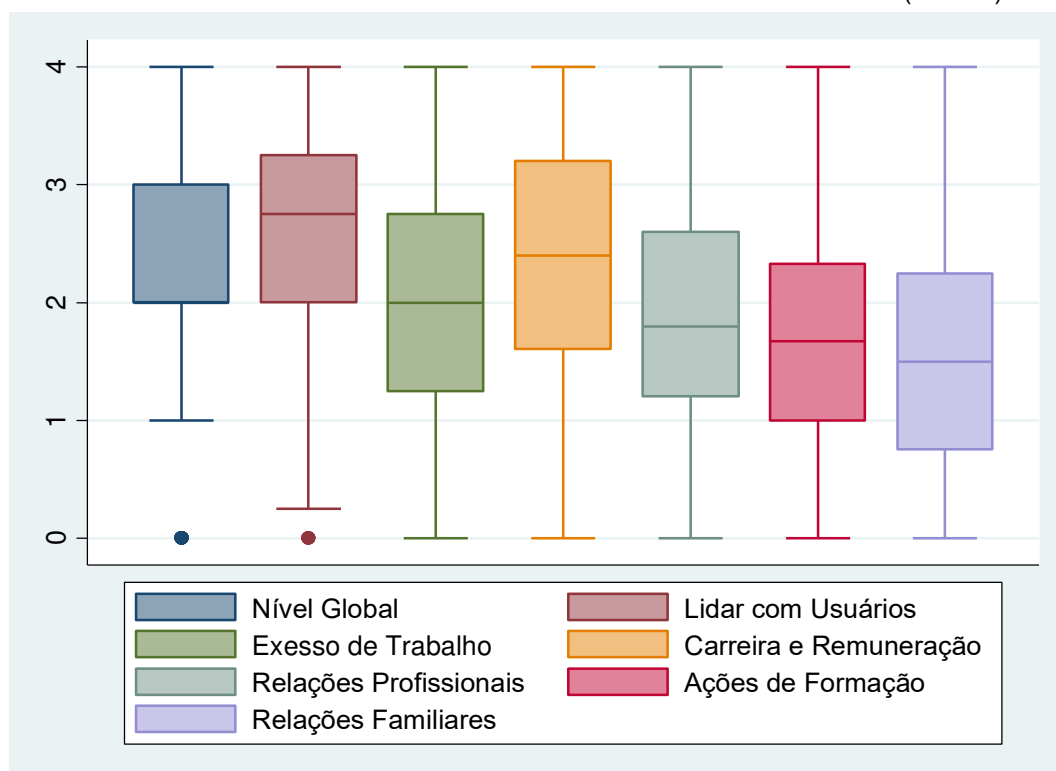


Tabela 2 – Dimensões de Estresse de acordo com variáveis sociodemográficas, situação de saúde, trabalho e avaliação do atendimento (n=596).

Variáveis	Lidar c/ Usuários	Excesso de Trabalho	Carreira e Remuneração	Relações Profissionais	Ações de Formação	Problemas Familiares
Sexo	0,39*	0,54*	0,20*	0,92*	0,85*	0,70*
Masculino	2,61 (2,42-2,80)	1,92 (1,69-2,16)	2,51 (2,27-2,75)	1,86 (1,65-2,08)	1,64 (1,42-1,86)	1,55 (1,34-1,77)
Feminino	2,51 (2,44-2,59)	2,00 (1,92-2,08)	2,34 (2,26-2,43)	1,88 (1,80-1,96)	1,62 (1,54-1,70)	1,51 (1,43-1,59)
Idade	0,08#	0,39 [§]	0,04#	0,77#	0,82 [§]	0,06 [§]
19 a 29 anos	2,41 (2,26-2,56)	1,98 (1,80-2,15)	2,36 (2,18-2,53)	1,92 (1,76-2,09)	1,59 (1,44-1,75)	1,55 (1,38-1,71)
30 a 39 anos	2,59 (2,48-2,70)	1,93 (1,81-2,05)	2,41 (2,29-2,54)	1,90 (1,79-2,02)	1,66 (1,54-1,77)	1,57 (1,45-1,68)
40 a 49 anos	2,56 (2,41-2,70)	2,07 (1,93-2,22)	2,44 (2,28-2,60)	1,84 (1,68-1,99)	1,61 (1,46-1,76)	1,53 (1,38-1,69)
50 ou mais	2,40 (2,20-2,60)	2,03 (1,80-2,26)	2,06 (1,82-2,30)	1,81 (1,57-2,05)	1,59 (1,36-1,83)	1,24 (1,03-1,45)
Filhos	0,91*	0,40*	0,91*	0,80*	0,89*	0,04*
Sem filhos	2,51 (2,37-2,66)	1,93 (1,77-2,08)	2,37 (2,21-2,54)	1,89 (1,74-2,05)	1,61 (1,47-1,76)	1,37 (1,21-1,53)
Com filhos	2,52 (2,44-2,61)	2,00 (1,92-2,09)	2,36 (2,27-2,45)	1,87 (1,78-1,96)	1,62 (1,54-1,71)	1,55 (1,47-1,64)
Situação conjugal	0,27*	0,98*	0,03*	0,42*	0,25*	0,33*
Sem companheiro(a)	2,57 (2,46-2,68)	1,99 (1,86-2,11)	2,48 (2,35-2,61)	1,91 (1,80-2,03)	1,68 (1,55-1,80)	1,56 (1,44-1,68)
Com companheiro(a)	2,49 (2,40-2,58)	1,99 (1,89-2,09)	2,29 (2,19-2,40)	1,85 (1,75-1,95)	1,59 (1,49-1,68)	1,48 (1,39-1,58)
Casa Própria	0,59*	0,78*	0,01*	0,70*	0,88*	0,15*
Sim	2,51 (2,43-2,59)	2,00 (1,91-2,09)	2,29 (2,20-2,38)	1,86 (1,77-1,95)	1,63 (1,54-1,71)	1,47 (1,39-1,56)
Não	2,55 (2,41-2,70)	1,97 (1,84-2,11)	2,54 (2,38-2,70)	1,90 (1,75-2,04)	1,61 (1,47-1,75)	1,60 (1,46-1,74)
Município	<0,001#	0,01#	0,01#	0,37#	0,06 [§]	0,01 [§]
Pequeno e Médio Porte	2,37 (2,26-2,47)	1,90 (1,79-2,01)	2,27 (2,14-2,39)	1,83 (1,70-1,95)	1,54 (1,42-1,65)	1,39 (1,27-1,50)
Rio Grande	2,74 (2,57-2,92)	2,24 (2,07-2,42)	2,62 (2,43-2,81)	1,99 (1,81-2,16)	1,71 (1,54-1,88)	1,64 (1,46-1,82)
Pelotas	2,61 (2,50-2,71)	1,98 (1,86-2,11)	2,36 (2,24-2,49)	1,88 (1,77-1,99)	1,68 (1,56-1,80)	1,60 (1,48-1,72)
Região	0,80*	0,03*	0,02*	0,09*	0,05*	0,13*
Urbana	2,52 (2,44-2,60)	1,94 (1,85-2,03)	2,42 (2,32-2,52)	1,91 (1,82-2,01)	1,58 (1,49-1,67)	1,48 (1,39-1,57)
Rural	2,54 (2,40-2,68)	2,13 (1,98-2,27)	2,20 (2,06-2,34)	1,76 (1,63-1,90)	1,75 (1,61-1,89)	1,61 (1,47-1,76)
Morbidade auto referida	0,78*	0,03*	0,84*	0,32*	0,33*	0,69*
Não	2,54 (2,41-2,68)	1,83 (1,68-1,98)	2,38 (2,23-2,53)	1,94 (1,79-2,09)	1,69 (1,53-1,85)	1,54 (1,38-1,70)
Sim	2,52 (2,44-2,60)	2,03 (1,95-2,12)	2,36 (2,26-2,46)	1,85 (1,77-1,94)	1,60 (1,52-1,69)	1,51 (1,42-1,59)
Tempo de Trabalho	0,54#	0,41#	0,45#	0,24#	0,46 [§]	0,92 [§]
Até 24 meses	2,50 (2,35-2,64)	2,01 (1,87-2,15)	2,41 (2,24-2,57)	1,75 (1,61-1,90)	1,70 (1,54-1,86)	1,51 (1,35-1,67)
De 25 meses a 60 meses	2,48 (2,36-2,60)	1,92 (1,78-2,06)	2,29 (2,15-2,43)	1,92 (1,79-2,05)	1,58 (1,45-1,71)	1,49 (1,36-1,63)
Maior de 60 meses	2,57 (2,46-2,68)	2,04 (1,92-2,16)	2,39 (2,27-2,52)	1,90 (1,78-2,02)	1,62 (1,51-1,73)	1,52 (1,40-1,63)
Falta de Ferramentas	0,95*	0,24*	0,25*	0,63*	0,03*	0,42*
Não	2,52 (2,37-2,66)	1,90 (1,74-2,06)	2,27 (2,10-2,45)	1,84 (1,68-2,01)	1,46 (1,30-1,63)	1,45 (1,28-1,63)
Sim	2,52 (2,44-2,61)	2,01 (1,93-2,10)	2,39 (2,30-2,48)	1,89 (1,80-1,97)	1,67 (1,58-1,75)	1,53 (1,45-1,61)
Cursos de Atualização	0,14*	0,03*	0,75*	0,77*	0,34*	0,04*
Não	2,41 (2,24-2,58)	1,82 (1,65-1,99)	2,33 (2,14-2,53)	1,89 (1,71-2,08)	1,55 (1,37-1,73)	1,35 (1,19-1,52)

Sim	2,55 (2,47-2,62)	2,03 (1,94-2,11)	2,36 (2,27-2,45)	1,87 (1,78-1,95)	1,64 (1,56-1,72)	1,55 (1,46-1,63)
Participa na implantação de Programas	0,04 [#]	0,10 [#]	0,23 [#]	0,43 [#]	0,01 ^{&}	0,01 [#]
Sim	2,42 (2,31-2,53)	1,92 (1,80-2,04)	2,29 (2,17-2,42)	1,85 (1,74-1,97)	1,50 (1,38-1,61)	1,38 (1,27-1,49)
As vezes	2,61 (2,47-2,75)	2,13 (1,98-2,28)	2,37 (2,21-2,53)	1,83 (1,68-1,98)	1,77 (1,61-1,93)	1,61 (1,46-1,77)
Não	2,60 (2,48-2,72)	2,00 (1,86-2,13)	2,46 (2,31-2,61)	1,95 (1,81-2,09)	1,69 (1,57-1,82)	1,62 (1,48-1,76)
Supervisão pela SMS	0,01 ^{&}	0,51 [#]	0,19 [#]	0,05 ^{&}	0,07 ^{&}	0,01 [#]
Ruim	2,62 (2,43-2,80)	2,07 (1,87-2,28)	2,51 (2,29-2,73)	1,93 (1,72-2,14)	1,72 (1,52-1,91)	1,75 (1,53-1,96)
Regular	2,64 (2,53-2,76)	2,01 (1,89-2,15)	2,40 (2,27-2,54)	1,99 (1,87-2,11)	1,70 (1,58-1,82)	1,53 (1,41-1,66)
Satisfatória	2,41 (2,31-2,51)	1,95 (1,84-2,06)	2,30 (2,18-2,42)	1,79 (1,68-1,90)	1,53 (1,42-1,64)	1,42 (1,32-1,52)
Avaliação do atendimento	0,03 [#]	0,38 [#]	0,40 [#]	0,20 [#]	0,05 [#]	0,22 ^{&}
Ruim	2,61 (2,34-2,87)	2,09 (1,85-2,34)	2,52 (2,21-2,83)	2,08 (1,79-2,37)	1,93 (1,64-2,23)	1,73 (1,46-2,01)
Regular	2,64 (2,52-2,76)	2,05 (1,92-2,19)	2,41 (2,27-2,55)	1,89 (1,77-2,02)	1,64 (1,50-1,77)	1,50 (1,36-1,64)
Satisfatória	2,44 (2,35-2,53)	1,95 (1,85-2,05)	2,32 (2,22-2,43)	1,84 (1,74-1,94)	1,57 (1,48-1,67)	1,49 (1,39-1,59)

*p valor derivado do *t* Test; # p valor derivado do teste ANOVA; & p valor derivado do teste Kruskal-Wallis