

Fatores de riscos à saúde dos agentes comunitários na vila esperança em São Luís, Maranhão

Health risk factors for community health agents in Vila Esperança in São Luís, Maranhão

Factores de riesgo para la salud de los trabajadores comunitarios de Vila Esperança en São Luís, Maranhão

RESUMO

Introdução: Fatores ligados às condições de trabalho trazem repercussões significativas, a cada dia, mudam os cenários e a própria dinâmica da comunidade, afetando a saúde. Objetivo: Analisar os fatores de risco associados à saúde dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família da Vila Esperança no município de São Luís-MA. Método: Trata-se de um estudo descritivo e analítico, ligada ao projeto intitulado "Vulnerabilidades no Acesso aos Serviços de Saúde do Distrito Sanitário da Vila Esperança São Luís-MA" da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Utilizou-se o software EPI-INFO 2008 e STATA®, sendo aprovada pelo Parecer Consubstanciado n° 2013.02.17.89-83 e CAAE n° 35845414.3.0000.5086. Resultados: Participaram 60 ACS, houve associação entre os sinais e sintomas de doença laboral com condições de risco no decorrer das atividades desenvolvidas no trabalho. Conclusão: Os dados encontrados não devem ser generalizados, pois cada território possui modos específicos de vida e de trabalho.

DESCRIPTORIOS: Agentes Comunitários; Fatores de risco; Ambiente de trabalho

ABSTRACT

Introduction: Factors linked to working conditions bring significant repercussions, every day, changing scenarios and the very dynamics of the community, affecting health. Objective: To analyze the risk factors associated with the health of Community Health Agents (CHA) of the Family Health Strategy of Vila Esperança in the municipality of São Luís-MA. Method: This is a descriptive and analytical study, linked to the project entitled "Vulnerabilities in the Access to Health Services of the Vila Esperança Sanitary District São Luís-MA" of the Federal University of Maranhão (UFMA). The EPI-INFO 2008 and STATA® software was used, and was approved by the Consubstantiated Opinion No. 2013.02.17.89-83 and CAAE No. 35845414.3.0000.5086. Results: Sixty CHWs participated, and there was an association between signs and symptoms of occupational disease with risk conditions during the activities developed at work. Conclusion: The data found should not be generalized, since each territory has specific ways of life and work.

DESCRIPTORS: Community Agents; Risk Factors; Work Environment

RESUMEN

Introducción: Los factores ligados a las condiciones de trabajo traen consigo repercusiones significativas, que cada día, cambian los cenários y la propia dinámica de la comunidad, afectando a la salud. Objetivo: Analizar los factores de riesgo asociados a la salud de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de la Estrategia de Salud Familiar de Vila Esperança en el municipio de São Luís-MA. Método: Se trata de un estudio descriptivo y analítico, vinculado al proyecto titulado "Vulnerabilidades en el acceso a los servicios de salud en el distrito sanitario de Vila Esperança São Luís-MA" de la Universidad Federal de Maranhão (UFMA). Se utilizó el software EPI-INFO 2008 y STATA®, siendo aprobado por el Dictamen Consustanciado N° 2013.02.17.89-83 y el CAAE N° 35845414.3.0000.5086. Resultados: Participaron 60 ACS, tienen asociación entre los sinais y los síntomas de enfermedad laboral con condiciones de riesgo en el curso de las actividades desarrolladas en el trabajo. Conclusión: Los datos encontrados no deben generalizarse, porque cada territorio tiene formas de vida y de trabajo específicas.

DESCRIPTORIOS: Agentes comunitarios; factores de riesgo; entorno laboral

RECEBIDO EM: 05/07/2021 APROVADO EM: 10/09/2021

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão.

Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Ceuma (UNICEUMA). São Luís, MA, Brasil.

ORCID: 0000-0003-3376-5678

Maria dos Remédios Freitas Carvalho Branco.

Médica, Doutorado em Doenças Tropicais e Saúde Internacional pelo Instituto de Medicina Tropical de São Paulo da Universidade de São Paulo, Professora associada da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil.

ORCID: 0000-0002-3537-0840

Silvia Cristina Viana Silva.

Enfermeira, Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Docente do Departamento de Saúde Pública/UFMA.

ORCID: 000-0003-0096-4398

Ana Hélia de Lima Sardinha.

Enfermeira, Doutora em Ciências Pedagógicas pelo Instituto Central de Ciências Pedagógicas/ ICCP- Cuba, Docente do 3.º grau - Associado IV, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

ORCID: 0000-0002-8720-6348

Francisca Bruna Arruda Aragão.

Enfermeira, Doutoranda no Programa de Pós – Graduação Interunidades pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

ORCID: 0000-0002-1191-0988

Zulimar Mária Ribeiro Rodrigues.

Geógrafa. Doutora em Geografia pela Universidade de São Paulo (USP), Coordenadora do Programa de Pós-graduação Mesurado em Geografia e professora permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

ORCID: 0000-0001-5398-6123

INTRODUÇÃO

O trabalho possui importância para o homem, pois compõe a sua humanidade, na qual o convívio do ambiente de trabalho acaba interferindo na vida cotidiana, no ambiente profissional, doméstico, dentro da sociedade e consequentemente na qualidade de vida⁽¹⁾.

Os fatores ligados às condições de trabalho trazem impactos e repercussões significativas na esfera política, econômica e social da população, que podem mensurar o grau de desenvolvimento de uma nação⁽²⁾. E essas transformações, que se sucedem na sociedade contemporânea são aceleradas, extasiadas e na maioria das vezes, breve demais para que o homem possa adquirir o seu ritmo e fundamento⁽³⁾.

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que teve como estratégia mudar a forma de organizar os serviços de saúde e melhorar o acesso e a qualidade da atenção à população⁽⁴⁾. Destacamos que a construção do SUS ganhou sustentação a partir da implantação do PACS⁽⁵⁾.

Neste cenário brasileiro, surge o Progra-

Os fatores ligados às condições de trabalho trazem impactos e repercussões significativas na esfera política, econômica e social da população, que podem mensurar o grau de desenvolvimento de uma nação⁽⁶⁾

ma de Saúde da Família (PSF), onde a estratégia era de superar o modelo assistencial, que até então se centrava na doença e no cuidado médico individualizado⁽⁶⁾. Representando certamente, a proposição de mais largo alcance para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), o PSF surgiu como uma estratégia de reorganização da oferta de serviços de saúde e, ainda, elegeu como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais e a população que carece desses serviços⁽⁷⁾.

O ACS tornou-se categoria profissional, após disputa de interesses sobre mercado de trabalho e controle do exercício profissional, numa discussão que levantaram as questões de essencialidade da existência do agente comunitário perante a sociedade e o serviço de saúde. Sua atuação se dá no contexto do SUS, constituindo-se em novas oportunidades no mercado de trabalho⁽⁸⁾. E se caracteriza como uma experiência revolucionária capaz de inverter a lógica centrada no saber médico-assistencialista⁽⁹⁾.

Denominado agente de saúde ou visitador de saúde em domicílio pela Classifica-

ção Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego. Na descrição de suas atividades, visitam domicílios periodicamente; assistem pacientes, dispensando-lhes cuidados simples de saúde, orientam a comunidade para promoção da saúde; rastreiam focos de doenças específicas; promovem educação sanitária e ambiental, dentre outras atividades⁽¹⁰⁾.

Fazem parte da equipe de estratégia saúde da família que é formada por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e até doze agentes comunitários, que atuam nas unidades básicas de saúde e junto às comunidades. Esses profissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e manutenção da saúde desta comunidade⁽⁸⁾.

A criação e regulamentação da profissão dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil iniciaram-se com a Portaria no 1.886/1997 que aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PSF; posteriormente veio o Decreto nº 3.189/1999 que fixava as diretrizes para o exercício da atividade de ACS; em 10 de julho de 2002, foi instituída a Lei nº 10.507 que criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde, e revogada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006⁽¹¹⁾.

Atualmente, o Estado do Maranhão tem uma proporção de cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família estimada em 79,08%. Entretanto é importante ressaltar que, o município de São Luís possui uma cobertura deficiente com apenas 14,93% equipes, apesar de sua cobertura populacional de ACS cadastrados ser de 41,65%⁽¹²⁾.

Considerando os riscos aos quais estes trabalhadores estão expostos, o objetivo do presente estudo foi analisar os fatores de risco associados à saúde dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário da Vila Esperança no município de São Luís-MA.

MÉTODO

**Fazem parte da
equipe de estratégia
saúde da família
que é formada
por médicos,
enfermeiros,
técnicos ou
auxiliares de
enfermagem e
até doze agentes
comunitários,
que atuam nas
unidades básicas
de saúde e junto às
comunidades**

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com abordagem quantitativa. Esta pesquisa está ligada ao projeto intitulado “Vulnerabilidades no Acesso aos Serviços de Saúde do Distrito Sanitário da Vila Esperança São Luís-MA” do Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que teve início em 2014 com população constituída dos usuários e profissionais dos serviços de saúde dos Centros/Postos.

A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário de Vila Esperança, no município de São Luís (MA), e abrange uma parte da Zona Urbana e toda a Zona Rural. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde⁽¹³⁾, com um total de 90.305 de usuários cadastrados; 12 Unidades de Saúde; e 17 Equipes.

A população constituiu-se de 71 ACS que atuam nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família do Distrito da Vila Esperança. Foram incluídos neste estudo, os trabalhadores de ambos os sexos, que estiverem no exercício de suas atividades, e excluídos do estudo os trabalhadores afastados por motivo de doença ou gozando de férias trabalhistas. Integraram, portanto, no estudo, uma amostra de 60 agentes comunitários de saúde.

Inicialmente foram realizados visitou-se a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) na Superintendência de Educação em Saúde do município de São Luís-MA, para solicitar autorização para a realização da coleta de dados, onde logo após foi emitida cartas de Anuência via correio eletrônico para todos os diretores das Equipes da Estratégia de Saúde da Família do Distrito da Vila Esperança. Posteriormente, realizou-se contato por telefone com coordenadoras de cada área descrita para agendar os horários das respectivas visitas em todas as unidades com os diretores das UBS. Foram realizadas visitas nas UBS para programar a liberação dos ACS para participar das reuniões de entrevistas.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados, um questionário estruturado, composto por variáveis sociodemográficas: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, número de filhos, tipo de moradia e renda mensal familiar; variáveis ocupacionais: jor-

nada de trabalho, turno de trabalho, hora extra, local de atuação, número de famílias cadastradas, outra atividade remunerada; variáveis relacionadas aos comportamentos de risco e à saúde: consumo de bebida alcoólica, tabagismo e inatividade física, dor músculo esquelética, região cervical ou na região lombar, satisfação do indivíduo com a própria saúde; condições de risco e segurança no trabalho, tais como: conhecimento sobre os riscos ocupacionais da profissão, as condições de violência, uso de medidas de segurança; carga horária de trabalho em pé, tempo e distância de caminhada, condição ambiental do trajeto, carregamento de peso, exposição à radiação, sol, calor, chuva, exposição a ataques de animais e insetos peçonhentos ou não.

O processo de organização para entrevista foi estruturado no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. Foram feitos agendamentos de entrada e saída com os ACS, no momento da assinatura do ponto, que normalmente em todas as unidades são duas vezes por semana. Desta forma, colaborou para a sistematização dos dados durante o período de coleta, identificando elementos e os fenômenos relevantes do estudo.

Após a coleta, para entrada dos dados utilizou-se o software EPI-INFO 2008 versão 3.5.1 (CDC-Atlanta-EUA), e para análise dos dados o software STATA®, versão 10.0.

Para testar a associação foi utilizado o teste exato de Fisher “testam as diferenças entre dois grupos independentes (G1 e G2), em relação a uma variável qualquer que só admita duas alternativas como resposta: Sim/Não, Positivo/Negativo, ou +/-”. Isso leva à construção de uma tabela de contingência 2 x 2 e apresentam um nível de significância menor que 0,05%⁽¹⁴⁾, tendo uma com intervalo de confiança de 95%, e margem de erro tolerável de 5%. Deste modo, o teste para associou 2 grupos, neste caso, compararam-se os sinais e/ou sintomas sentidos pelos agentes comunitários de saúde e as condições de risco.

Esta pesquisa está ligada a um projeto maior, intitulado, “VULNERABILIDADES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE

SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO DE VILA ESPERANÇA SÃO LUÍS (MA)”⁽¹⁵⁾, que obedeceu ao posicionamento ético, norteou-se a partir das recomendações éticas dispostas nas Normas e Diretrizes que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa através do Parecer Consubstanciado n° 2013.02.17.89-83 e CAAE n° 35845414.3.0000.5086.

RESULTADOS

Os resultados apresentados compreendem a caracterização dos ACS: informações, variáveis sociodemográficas, pelas variáveis ocupacionais, variáveis relacionadas aos comportamentos de risco e à saúde, condições de risco e segurança no trabalho entre a realização de seu trabalho cotidiano.

Conforme a tabela 1, observamos a distribuição por sexo, 58 (96,66%) eram do

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas.

Variável	Categoria	n*	%
Sexo	Masculino	2	3,34
	Feminino	58	96,66
Faixa etária	20 – 29 anos	0	0,00
	30 – 39 anos	35	58,3
	40 anos ou mais	25	41,7
Estado Civil	Casado	27	45,00
	Solteiro	23	38,33
	Separado	3	5,00
	Viúvo	2	3,33
	União Consensual	5	8,33
Número de Filhos	Um	10	16,67
	Dois	18	30,00
	Três	13	21,67
	Mais de três	13	21,67
Escolaridade	Não se aplica	6	10,00
	Superior completo	11	18,33
	Superior incompleto	5	8,33
	Nível médio	39	65,00
Escolaridade	Nível médio incompleto	4	6,67
	Não se aplica	1	1,67
Total		60	100

*n=número
Fonte: Autores, 2016.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis ocupacionais.

Variável	Categoria	n*	%
Tempo de trabalho (em anos)	1 a 2	0	0,00
	3 a 4	0	0,00
	5 ou mais	59	100,00
	Não sabe	0	0,00
Jornada de trabalho (em horas)	8	50	83,00
	12	4	7,00
	Mais	6	10,00
Turno	Diurno	59	98,33
	Noturno	1	1,67
Hora extra	Sim	10	17,24
	Não	41	70,69
	Não se aplica	7	12,07
Local de atuação (zona)	Urbana	1	1,67
	Rural	59	98,33
Reside no bairro	Sim	54	90,00
	Não	6	10,00
	Não se aplica		
Nº de pessoas por ACS	250	3	5,00
	750	42	70,00
	Não sabe	15	25,00
Exerce outra atividade remunerada	Sim	1	1,67
	Não	59	98,33
Total		60	100

*n=número
Fonte: Autores, 2016.

sexo feminino, 27 ACS (45%) casados, 13 (21,67%) ACS possuíam três ou mais filhos e estavam na faixa etária de 30 a 39 anos 35 ACS (58,3% e na faixa etária de 40 anos ou mais 25 (41,7%). Em relação à escolaridade, 39 ACS (65%) possuíam ensino médio completo.

Em relação às variáveis ocupacionais

conforme a tabela 2, todos os entrevistados desenvolviam suas atividades há 5 anos ou mais; a metade trabalhava 8 horas diárias, porém seis (10%) trabalharam mais do que o horário determinado; 59 (98,33%) realizavam o trabalho no horário diurno; 41 (70,69%) não realizavam hora extra e 59 (98,33%) atuavam na zona rural.

Quando ao local de residência, seis (10%) não residiam no bairro em que trabalhavam. Ressalta-se que de acordo com a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, em seu Art. 6º - O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: "I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público"⁽¹¹⁾. Enquanto, 54 (90%) residiam no bairro em que trabalhavam.

A maioria (70%) possuíam 750 pessoas cadastradas, entretanto é importante enfatizar que 15 ACS (25%) não souberam dizer quantas pessoas possuíam cadastros no seu plano de trabalho.

Quanto aos fatores de risco conforme a tabela 3, observamos que 59 ACS (98,33%) não fumavam, verifica-se que os ACS possuem entendimento sobre a dependência do tabaco, 18 ACS (30%) fazem uso de bebida alcoólica socialmente.

Conforme a tabela 4, percebem-se as associações entre sinais e sintomas psicofisiológicos com condições de risco. Foram encontradas associações entre impaciência e má ventilação 0,214%, cansaço mental com água contaminada 0,045%, subir escadas 0,052% e umidade 0,003%.

Conforme a tabela 5, as associações entre os sinais e sintomas fisiológicos com as condições de risco. Foram encontradas associações para dor muscular com água contaminada 0,006%, com umidade 0,00%, má ventilação 0,001% e subir escadas 0,000%, exaustão com umidade 0,020%. E associações similares de 1% para dor e/ou tensão muscular com chuva; calor com exaustão; a fadiga e falta de apetite com calor, e umidade. Novamente as características climáticas de São Luís devem ser lembradas, pois interferem diretamente na área de estudo.

DISCUSSÃO

Em estudos desenvolvidos por Nunes et al. em 2002⁽¹⁵⁾ salientam que no trabalho ACS, em sua grande maioria, é do sexo feminino. Lancman e Sznalwar⁽¹⁶⁾ acrescentam que as mulheres passam a ocupar o lugar de provedoras das famílias e é inegável a emancipação alcançada pelas mulheres.

Tabela 3 - Distribuição dos fatores de risco.

Variável	Categoria	n*	%
Fuma	Sim	1	1,67
	Não	59	98,33
Consumo social de bebidas alcólicas	Sim	18	30,00
	Não	42	70,00
Prática exercícios físicos	Sim	12	20,00
	Não	48	80,00
Total		60	100

*n=número
Fonte: Autores, 2016.

Tabela 4 - Associações entre sinais e sintomas psicofisiológicos com as condições de risco. São Luís-MA, 2016.

	SINAIS/SINTOMAS	CONDIÇÕES DE RISCO	n*	Fisher's exact
	Impaciência	Má ventilação		
Sim	31	18	49	0,214%
Não	11	0	11	
			42	60
	Cansaço mental	Água contaminada		
Sim	44	12	56	0,045%
Não	1	3	4	
			45	60
	Cansaço mental	Subir escadas		
Sim	24	24	48	0,052%
Não	2	10	12	
			26	60
	Cansaço mental	Umidade		
Sim	2	3	5	0,003%
Não	27	28	55	
			29	60

*n=número
Fonte: Autores, 2016.

Enfatizamos que, a participação feminina sempre esteve historicamente ligada ao cuidado, seja com o doente, criança ou família⁽¹⁷⁾.

Esta pesquisa vai de encontro a um estudo desenvolvido anteriormente⁽¹⁸⁾, onde a situação conjugal estável constituiu-se em elemento importante de apoio social, uma

vez que o afeto entre o casal gera sentimentos e pensamentos positivos, melhora a autoestima.

Resultados semelhantes aos obtidos por Assunção⁽¹⁹⁾ e pela FIOCRUZ⁽²⁰⁾, e heterogêneos com os de Silva⁽²¹⁾, que encontrou o maior conjunto de profissionais inseridos na faixa entre 30 e 39 anos, e com os de Fer-

raz e Aerts⁽²²⁾, que encontraram que a maior parte da amostra estava entre 40 e 49 anos.

Todavia, diferentemente do encontrado nesta pesquisa, em um estudo realizado anteriormente no Estado do Ceará revelou que a escolaridade dos ACS estava em torno do 4º ano primário (ensino fundamental incompleto) e que muitos são analfabetos funcionais⁽²³⁾. Cabe destacar que, o Ministério da Saúde passou a exigir, em 2002, como requisito para exercer função de ACS, a conclusão do ensino fundamental⁽²⁴⁾. Acredita-se ser necessário que este profissional tenha um grau de escolaridade mais elevado para dar conta das demandas atuais do PSF (Programa Saúde da Família), visto que houve uma ampliação do seu papel⁽²⁵⁾.

Meirinho e Bertol⁽²⁶⁾ destacam que o Direito à moradia adequada corresponde fundamentalmente ao direito de viver com segurança, paz e dignidade e só será realizado quando esses três fatores forem atendidos de forma plena. E Theisen⁽²⁷⁾ salienta que, a renda exerce uma função muito importante no contexto social, pois se constitui num forte instrumento para suprir as necessidades básicas.

O fato do ACS residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade⁽²⁸⁾. O fato de morarem no mesmo bairro e serem facilmente encontrados, podem produzir um mecanismo de controle da comunidade sobre a vida dos ACS. Ou seja, os aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com moradores podem chegar ao extremo de os moradores quererem exercer um controle social sobre a vida privada do ACS^(16,29,30).

Para Carreiro et al.⁽³¹⁾, este fato pode levar ao estresse devido à constante vigilância da comunidade sobre seu modo de viver e agir. Para o autor, o desgaste emocional e físico do trabalhador produzido pelo estresse influencia o desenvolvimento no trabalho e na sociedade, pois não se cria um corpo para lidar com as situações diárias. O trabalhador adoecido não consegue cuidar de ninguém, as ações de cuidado diminuem e

é fragilizado, o absenteísmo aumenta assim como o frequente uso de tranquilizantes e outras drogas.

Shmitz et al.⁽³²⁾ destaca que o entendimento sobre o tabaco está associado a uma maior predisposição para doenças e incapacidades com elevada morbidade e mortalidade que resultam no agravo à saúde e à qualidade de vida da população em geral. Todavia, o consumo moderado de bebidas alcoólicas é fator de proteção para mortalidade por todas as causas, principalmente por seu efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares^(33,34). Salienta-se que seu consumo abusivo traz inúmeras consequências negativas para a saúde e qualidade de vida, aumentando a frequência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como cirrose, alguns tipos de câncer, acidente vascular cerebral, violências, transtornos mentais, entre outros^(35,36).

Evidências científicas afirmam que a prática de atividade física (AF) é uma ferramenta essencial para a promoção da saúde, porque ela inibe o surgimento e o desenvolvimento de fatores de risco que predisõem ao aparecimento de disfunções crônico-degenerativas⁽³⁷⁾. E a motivação para a prática de exercício físico é um processo psicológico básico que auxilia na compreensão das diferentes ações e escolhas individuais, e um dos fatores determinantes do modo como uma pessoa se comporta⁽³⁸⁾.

Estudos têm demonstrado que o ACS, cada vez mais acometidos, por problemas de ordem ocupacional que interferem diretamente na sua qualidade de vida, como a ansiedade, a depressão, o estresse, dentre outros⁽³⁸⁾.

Santos e David⁽³⁹⁾ desenvolveram um estudo no município do Rio de Janeiro, onde identificou que entre os entrevistados 62% dos trabalhadores se encontravam em situação de estresse, além de 83% manifestaram sintomas físicos. As categorias relacionadas a condições de estresse percebidas por ACS neste estudo foram: baixo reconhecimento de seu trabalho, intensidade e ritmo, burocracia, violência, sobrecarga psíquica e queixas físicas.

O adoecimento do ACS apresenta um risco, não apenas para a saúde do trabalha-

Tabela 5 - Associações entre sinais e sintomas fisiológicos com condições de risco.

	SINAIS/SINTOMAS	CONDIÇÕES DE RISCO	n*	Fisher's exact
	Dor/tensão muscular	Água contaminada		
Sim	17	0	17	0,006%
Não	28	15	43	
			60	
	Dor/tensão muscular	Umidade		
Sim	17	0	17	0,000%
Não	12	31	43	
			60	
	Dor/tensão muscular	Má ventilação		
Sim	17	0	17	0,001%
Não	25	18	43	
			60	
	Dor/tensão muscular	Subir escadas		
Sim	14	3	17	0,000%
Não	12	31	43	
			60	
	Exaustão	Umidade		
Sim	20	29	49	0,020%
Não	9	2	11	
			60	

*n=número
Fonte: Autores, 2016.

dor, mas também para as pessoas por eles assistidas, com as quais sua relação é extremamente importante. Foi constatado que quando as condições de trabalho são boas, há maior grau de resolutividade. Se o ACS é integrante fundamental dentro da ESF, espera-se que ele seja saudável e satisfeito para realizar suas funções⁽⁶⁾.

Estudos revelam que os profissionais de saúde, especificamente os da Atenção Básica, não identificam os riscos no ambiente laboral e a exposição aos mesmos nas atividades que executam⁽⁴⁰⁾.

O clima de São Luís é classificado como "Litorâneo úmido", com duas estações bem definidas: uma seca e outra chuvosa. A média anual da temperatura é de 26,9°C e os meses mais quentes são novembro e dezembro; e os mais frios: fevereiro, março e

julho⁽¹⁹⁾.

Concordando com pesquisas desenvolvidas por Rossi e Contra-Moreno⁽⁴¹⁾, que classificam o sol e calor, como principal fator dos riscos físicos que os agentes estão sujeitos. Pois segundo os autores, além das manchas de sol e queimaduras ocasionadas pela prolongada exposição solar, a chuva também é um risco físico. Além do risco biológico que também estão expostos tais como: mordidas de cães, picada de insetos, quintais sujos, poeira, dentre outros fatores agravantes.

Nos estudos de Brant e Melo⁽⁴²⁾, um dos pontos revelados pela maioria dos agentes no seu trabalho seria menos desgastante caso recebessem, do poder público, materiais simples, tais como: capa de chuva e protetor solar. E a relação entre exposição

ocupacional aos riscos e a morbidade, propriamente dita, não se caracteriza como uma relação de causa e efeito, pois depende da frequência e duração da exposição, do tipo de prática desenvolvida e das características individuais do trabalhador⁽⁴¹⁾.

Combater a visão romântica do ACS, que gera sobrecarga de trabalho e sofrimento para esses profissionais. O discurso, contido em muitos documentos oficiais e científicos, de que o ACS é o grande responsável pela mudança do paradigma da saúde pública brasileira, traz um alto nível de responsabilidade que pode ser um dos motivos, ou não, do adoecimento do profissional. Produz-se uma imagem idealizada em relação às expectativas depositadas nesses trabalhadores, o que, por vezes, mostra-se distante da realidade do seu trabalho⁽²⁶⁾.

Os agentes comunitários vivenciam em seu cotidiano, a obrigatoriedade da congruência entre local de trabalho e moradia do agente, atrelada às dificuldades que o trabalhador encontra para realizar seu tra-

balho a contento, devido a limitações do funcionamento do sistema de saúde, pode-se questionar tal obrigatoriedade como fonte adicional de sofrimento psíquico, decorrente da indiferenciação entre o ato de morar e o de trabalhar no cotidiano e nas relações sociais do ACS e o envolvimento afetivo e ininterrupto que esse vínculo com a comunidade traz para o agente em relação ao seu cliente, acrescido do testemunho das consequências que a falta de resolução das situações de saúde dos usuários provocam neles⁽³¹⁾, além de o exercício da profissão apresenta-se permeada de ambiguidades, e os conflitos decorrentes são fenômenos característicos dessa profissão, podendo levar a sentimentos de ansiedade e até de incapacidade para trabalhar⁽⁴³⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu analisar os fatores de risco associados à saúde dos Agentes Comunitários da Estratégia de Saúde da

Família no Distrito Sanitário da Vila Esperança no município de São Luís-MA. Possibilitando discutir quais os fatores de riscos a que estes trabalhadores estão expostos, sejam riscos químicos, físicos, biológicos, e psicossociais.

O presente estudo trabalhou com um grupo de agentes comunitários de saúde, e diante disso, os resultados encontrados não devem ser generalizados, pois cada território possui modos específicos de vida e de trabalho.

Este estudo evidenciou, sobretudo, nas interações entre os agentes comunitários e o ambiente, em decorrência de pressões de várias ordens, advindas do cotidiano de trabalho, em relação às quais os ACS mostraram-se impotentes para o enfrentamento da grande maioria desse tipo de situações. Salienta-se a importância de meditarmos sobre a saúde deste trabalhador, e aguçamos nossa visão sobre alguns conceitos e entendimento sobre o processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Silveira VA. Trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica [Internet]. 2002 [cited 2020 Jun 18]. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002. Available from: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/311001>
2. Mendes R. Patologia do trabalho: atualizada e ampliada. São Paulo: Atheneu, 2003.
3. Lipp M. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. Rev. psiquiatra. clín. [Internet] 2001 [cited 2020 jul 20]; 28(6): 347-349. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-315084?lang=en>
4. Tinoco MM. A relação saúde/doença no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. 2015 [cited 2020 Jun 18]. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
5. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri, WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciência & Saúde Coletiva [Internet], Rio de Janeiro, 13(1): 51-60, 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100010>.
6. Gomes RS. O trabalho no Programa Saúde da Família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial. 2009 [Internet]. 171f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2009 [cited 2016 jun 26]. Available from: http://www.arca.fiocruz/bitstream/icict/2577/1/ENSP_Tese_Gomes_Rafael_Silveira.pdf
7. Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. 2002 [Internet]. 52 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002 [cited 2016 jun 26]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-359266>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Número de equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde aumenta em 19 estados. 2014 [cited 2016 jun 14]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/07/crece-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>.
9. Rosa AJ, Bonfanti AL, Sousa CC. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. Saúde e Sociedade. 2012 [Internet]; 21(1):141-52. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>.
10. Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das Equipes de Saúde da Família: percepções dos profissionais. Rev. Enferm. 2007 [cited 2016 jun 14] 15(4): 502-7. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-482254>.
11. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006. [cited 2016 jun 09]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm.
12. SESMA. Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Região Nordeste: Maranhão. Maio, 2016.
13. SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Município de São Luís. Distritos Sanitários. 2014.
14. Fisher RA. Statistical Methods for Research Workers. 5th Edition, Edinburgh: Oliver and Boyd, 1934.
15. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saude Publica [Internet]. 2002 [cited 2020 Jul 10]; 18(6): 1639-1646, 2002. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102->

REFERÊNCIAS

- 311X2002000600018
16. Lancman S, Szelnelwar LI (orgs.). *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004.
17. Silva MJ. Agente de saúde: agente de mudança? A Experiência do Ceará. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/ UFC/Fundação de Pesquisa e Cultura, 1997.
18. Barrientos LA, Suazo SV. Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet] 2007 [cited 2020 Jul 10]; 15(3):1-8. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421874018>
19. Araújo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet] 2004 [cited 2020 Jul 10]; 57 (1):13-18. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000100004>
20. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos – Relatório Final – Estudo de caso – Vitória (ES). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003 [cited 2016 jun 09]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_avaliacao_implantacao_dez_grandes_centros_urbanos.pdf
21. Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: Agente institucional ou agente da comunidade? 2001. 231 f. Tese [Dissertação] – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001 [cited 2016 jun 09]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-29082014-114850/publico/sil001.pdf>
22. Ferraz L, Aerts DRGC. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. *Saúde em Debate, Londrina* [Internet] 2004 [cited 2016 jun 09]; 28(66):68-74. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394050>
23. Araujo MRN, Assunção RS. A atuação do Agente Comunitário de Saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2004 [cited 2016 jun 09]; 57(1):13-18. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000100004>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília, DF, 2004.
25. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002 [cited 2016 jun 09]; 6(10):75-94. doi: [10.1590/S1414-32832002000100008](https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000100008)
26. Meirinho BCC, Bertol E. A moradia nas ocupações espontâneas nas ocupações e na Política Pública: um estudo de caso sobre a produção da cidade de Curitiba e os conjuntos da COHAB-CT. 2010. 163f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná. UFPR, Curitiba, 2010 [cited 2016 jun 09]. Available from: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/35404/R%20-%20T%20-%20CORINA%20ALESSANDRA%20BEZERRA%20CARRIL%20RIBEIRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Theisen NIS. Agentes Comunitários de Saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico. 2004 [cited 2016 jun 09]. 160f. Dissertação [Mestrado] – Universidade de Santa Cruz do Sul (RS): UNISC, Santa Cruz do Sul, 2004. Available from: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/680/1/NeivaTheisen.pdf>
28. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013 [cited 2016 jun 09]. Rio de Janeiro, 8(5):1375-86. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500023>
29. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2009 [cited 2016 jun 09]; 13(28):123-35. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100011>
30. Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto-São Paulo. 2004. 156f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004 [cited 2016 jun 09]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-25062004-121856/publico/dissertacao.pdf>
31. Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da estratégia saúde da família. *Rev. eletrônica enferm*, 2013 [cited 2016 jun 09].; 15(1): 146-55. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>
32. Shmitz N, Kruse J, Kugler J. Deficiências, qualidade de vida e transtornos mentais associados ao tabagismo e dependência de nicotina. *Am J Psychiatry*. 2003 [cited 2016 jun 09]; 160 (9):1670-6. doi: <https://doi.org/10.1176 / appi.ajp.160.9.1670>.
33. Farchi G, Fidanza F, Giampaoli S, Mariotti S, Menotti. A. Alcohol and survival in the Italian rural cohort of the Seven Countries Study. *Int J Epidemiol*. 2000 [cited 2016 jun 09]; 29(4):667-71. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/29.4.667>
34. Moreira LB, Fuchs, FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, Victora CG. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a Southern Brazilian City: a population-based survey. *J Studies Alcho*, 1996 [cited 2016 jun 09]; 57(3):253-9. doi: [10.15288/jsa.1996.57.253](https://doi.org/10.15288/jsa.1996.57.253).
35. Miragaya A. Promoção da saúde através da atividade física. Em L. Da Costa (Org.). *Atlas do esporte no Brasil: atlas do esporte, educação física e atividades físicas de saúde e lazer no Brasil* (p. 16- 28). Rio de Janeiro: CONFEF, 2006.
36. Schultz DP, Schultz SE. *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
37. Weinberg R, Gould D. *Foundations of sport and exercise psychology*. 5th ed. Champaign: HumanKinetics, 2011.
38. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. *Ver Esc Enferm USP*, 2007 [cited 2016 jun 09];41(3):426-33. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300012>.
39. Melo/2855a12f26568cbdaed0ae573f74245758cc6340
40. Xelegati R, Robazzi MLCC. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003 [cited 2016 jun 09]; 11(3):350-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300013>.
41. Rossi DAN, Contrera-Moreno, L. Riscos à saúde no trabalho do agente comunitário de saúde de Sidrolândia, MS. *Ensaio e Ciência, Campo Grande*, 2006 [cited 2016 jun 09]; 10 (3):191-200. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26012809019>.
42. Brant LC, Melo MB. Promoção da Saúde e Trabalho: um desafio teórico e metodológico para a saúde do trabalhador. *Revista Saúde em Debate*, 2001 [cited 2016 jun 09]; 25(57):55-62. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Promo%C3%A7%C3%A4o-da-Sa%C3%BAde-Trabalho%3A-um-desafio-te%C3%B3rico-e-Brant-Melo/2855a12f26568cbdaed0ae573f74245758cc6340>
43. Da Silva Ferreira, C. H., Scollid Rodrigues da Silva, L., Marinho da Silva Neto, S., Galdino Melo, A., Gois de Almeida Ferreira, V. M., Manoel dos Santos, J., & da Mata Vasconcelos Silva, F. (2020). Reflexão sobre a síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e suas estratégias de enfrentamento. *Saúde Coletiva* (Barueri), 10(56), 3302-3317. doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3302-3317>.