

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ AMAZÔNIA
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE
PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS
NA AMAZÔNIA**

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE MANAUS**

FLÁVIA FERREIRA MARTINEZ PALHARES

**MANAUS-AM
2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ AMAZÔNIA
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE
PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS
NA AMAZÔNIA**

FLÁVIA FERREIRA MARTINEZ PALHARES

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multi-institucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Para e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Amazônia – Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

**MANAUS-AM
2011**

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Palhares, Flávia Ferreira Martinez

P162a Análise das condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus / Flávia Ferreira Martinez Palhares. - Manaus: UFAM, 2011.
114 f.: il.

Mestrado (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas, 2011.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

1. Profissional da Saúde 2. Saúde do Trabalhador 3. Riscos Ocupacionais I. Lopes Neto, David (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU 613.6.027:614.253.5 (043.3)

FLÁVIA FERREIRA MARTINEZ PALHARES

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Para e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Amazônia – Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Aprovado em 25 de agosto de 2011.

BANCA EXAMINADORA

**PRESIDENTE: Prof. Dr. David Lopes Neto
Universidade Federal do Amazonas - UFAM**

**TITULAR: Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira
Universidade Federal do Amazonas - UFAM**

**TITULAR: Dra. Nair Chase da Silva
Universidade Federal do Amazonas - UFAM**

DEDICO

Aos meus Pais

Ao meu amado Antônio Palhares

À Verônica Souza, por encantar-me com seu interesse pela Saúde do Trabalhador.

Aos Agentes Comunitários de Saúde.

Aos profissionais, gestores, administradores, pesquisadores, acadêmicos e trabalhadores,
cujo objetivo é avaliar a Saúde do Trabalhador para que possa
viver em harmonia com o Ambiente de Trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida plena, pela família que me deu e pela oportunidade de ajudar o próximo.

Aos meus pais José e Ivani, pelo exemplo de vida, integridade, afabilidade e dedicação.

Ao meu esposo Antônio Palhares, pelo amor, companheirismo e alegria de cada amanhecer ao seu lado.

Aos meus sogros Honorato e Sara, pelas palavras sempre encorajadoras.

Aos meus irmãos Adriana e Jerrislei, cunhados (as), sobrinhos (as), primos (as), tios (as), avós.

À população de Manaus, pelo carinho que tenho recebido desde que aqui cheguei e por ter-me concedido felicidade, prosperidade e realização profissional.

Às eternas amigas Joana Dalva, Denise Cardoso, Marcília Amorim, Fábila Lemos, Rosana Carneiro, Suzana, Jordana (*in memoriam*), Denise Serra, Renata Rabelo, Anilda Nogueira, Fátima Mourão, Lindamar Gomes, Ana Paula Correa, Fabíola Ramalho, Mirahu, Zânia Pereira, Minervina, Romy, Verônica Souza, Laura Jane, Aida Menezes, Socorro Soares, Luiza Ane Cunha, Christiane Laurie, Ana Lúcia Carneiro, Fabíola Frota, Alessandra Ribeiro e Nilceana Bringel por tornarem meus dias melhores.

Aos ilustres amigos Cristóvão Nonato, Bira, Tissiano, Carlos Perales, João Paulo, Marcos Giovanni, Marcos Martins, Marcos Sabá, Vanderson Barbosa, por descomplicarem a vida.

Aos diretores, colegas de trabalho, usuários do CEREST/Manaus e HUGV/UFAM.

Aos residentes e estagiários de Fisioterapia do HUGV/UFAM.

À Coordenação do Programa de Pós-graduação Multi-institucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Universidade Federal de Pará (UFPA) e Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, da FIOCRUZ – Amazônia.

À equipe da Secretaria Acadêmica e da Biblioteca da FIOCRUZ – Amazônia, pela organização, presteza e gentileza.

A meu orientador, Prof. Dr. David Lopes Neto, pelo entusiasmo e prontidão em orientar-me e incentivar-me para adentrar no desafiante campo da Saúde do Trabalhador.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação Multi-institucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, pelas excelentes aulas e pelo empenho em formar novos pesquisadores.

Aos colegas do Mestrado Turma 2009/2011: Alaidistania Ferreira, Aldalice Aguiar, Amandia Sousa, Cristiane Ruwer, Fernando Herkrath, Hernane Santos Júnior, Isabela Cristina Gonçalves, Jeferson Caldas, Josimara Moura, Lívea Costa, Mailza Almeida, Mariana Santos, Marilise Katsurayama, Raquel Marreiro e Sully Sampaio.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - AM, na pessoa da Sr.^a Neide Negreiros, da Gerência de Ações Estratégicas e da Sr.^a Ademarina Cardoso, da Gerência de Educação na Saúde.

Às diretoras dos Distritos Sanitários Urbanos, que, gentilmente, se prontificaram a colaborar com a realização da pesquisa.

À equipe dos Setores de Logística dos Distritos, em especial, os Srs. Ivani e Julival, pela grande ajuda para chegar aos locais da pesquisa de campo.

A todas as equipes visitadas da Estratégia Saúde da Família, as quais sempre nos receberam amistosamente e se prontificaram a colaborar.

À diretora do CEREST/Manaus, Dr.^a Laura Jane Brasil, pelo apoio incondicional para a realização do trabalho, assim como aos colegas Aida Menezes e Marcos Martins, pela imensa colaboração no trabalho de campo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, em especial os que proporcionaram a realização desta pesquisa.

“A saúde do trabalhador é uma meta, um horizonte,
uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços,
técnicos e pesquisadores sob premissas nem sempre explicitadas e consensualizadas”
(Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997).

“A saúde do trabalhador é um campo aberto e em construção”
(Minayo-Gomez, 2011).

RESUMO

As condições de trabalho relacionam-se com o ambiente de trabalho e seus respectivos fatores de risco, bem como com as condições sociais, administrativas e de segurança. O objetivo da pesquisa foi analisar as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Manaus, Amazonas. Estudo quantitativo, descritivo, analítico, realizado na rede pública de saúde de Manaus, em 4 distritos sanitários urbanos. A amostra foi composta por 369 ACS. Os dados foram coletados por meio de questionário. As informações foram estruturadas em 3 variáveis: perfil profissional dos ACS; riscos ocupacionais; segurança e saúde no trabalho. As variáveis convergiram para formar a variável desfecho, análise das condições de trabalho dos ACS. Projeto aprovado sob o CAAE n.º 0258.0.115.000-10. Os resultados apontam idade média de 40 anos; prevalência do sexo feminino, 321 mulheres; ensino médio completo entre 307 ACS; curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (TACS) frequentado por 289; ao todo, são 353 ACS que não possuem o título de TACS. Os residentes na comunidade somam 271 ACS com tempo médio de 17,4 anos. Os ACS que participam de atividade social na comunidade são 150. Os principais riscos ocupacionais são: físicos - exposição solar 352; temperatura elevada 289; químicos - poeira 198; biológicos - tuberculose 250. Os inúmeros riscos ergonômicos emanam de longas caminhadas, 231; prolongada postura em pé, 187; mobiliário insuficiente, 326; falta de espaço físico na unidade de saúde, 347; atividade profissional estressante 169; e, ainda, 255 atendem a solicitações dos comunitários fora do horário de trabalho. Dentre os riscos de acidente, estão arranjo físico inadequado 305, risco de assalto 212; armazenamento inadequado 201. O achado sobre a segurança e saúde mostra que 261 ACS desconhecem saúde do trabalhador; 251 não receberam treinamento/orientações sobre riscos ocupacionais na profissão de ACS; e 319 não realizam exames ocupacionais; 282 não receberam equipamento de proteção individual para trabalhar. Quanto à saúde, há sobrepeso em ambos os sexos. Os problemas de saúde mais referidos são os musculoesqueléticos, 269, e os cardiovasculares, 155 registros. Outros agravos comuns foram agressão verbal, queda, queimadura solar, mordida de cachorro. O índice de absenteísmo envolveu 215 ACS. Conclui-se que as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus são inadequadas pela falta de valorização profissional, alta frequência de riscos ocupacionais, falta de medidas de segurança e saúde no trabalho. A análise aponta grave descompasso em relação aos ACS, profissionais de saúde que promovem saúde, mas ao mesmo tempo, não a têm.

Descritores: Profissional da Saúde, Saúde do Trabalhador, Riscos Ocupacionais, Condições de Trabalho, Atenção Básica à Saúde

ABSTRACT

The working conditions are related to the work environment and their risk factors, as well as the social, administrative and safety conditions. The purpose of the study was to analyse the working conditions of Community Health Agents (CHA) from Manaus- Amazonas. Quantitative, descriptive and analytical study, held in the public health of Manaus, in 4 urban sanitary districts. The sample consisted of 369 CHA. Data were collected by questionnaire. The information was structured in 3 variables: profile of CHA; occupational hazards, safety and health at work. The variables have converged to form the outcome variable, analyse of working conditions of the CHA. Project approved under the CAAE No 0258.0.115.000-10. The results show an average age of 40 years, prevalence of females, 321 women; complete high school among 307 CHA; Technical Community Health Agent (TCHA) course frequented by 289; In all there are 353 CHA who do not have the title of TCHA. Residents in the community totaling 271 CHA with an average time of 17.4 years. The CHA that participate in social activity in the community are 150. The main occupational hazards are: physical - sun exposure 352; high temperature 289; chemicals - dust 198; biological - tuberculosis 250. The innumerable ergonomic risks originating from long walks, 231; prolonged standing posture, 187; insufficient furniture, 326; lack of physical space in the health unit, 347; stressful professional activity 169; and, 255 also serve community requests out of the working hours. Among the risks of accidents, are inadequate physical arrangement 305, risk of assault 212; improper storage 201. The finding on the safety and health shows that 261 CHA ignore health of the worker; 251 had not received training / guidance on occupational risks in the profession of CHA; and 319 do not perform occupational exams; 282 did not receive personal protection equipment for work. About the health, there are overweight in both sexes. The most commonly reported health problems are musculoskeletal, 269, and the cardiovascular, 155 records. Other common injuries were verbal aggression, fall, sun burn, dog bite. The rate of absenteeism involved 215 CHA. It is concluded that the working conditions of the Community Health Agents of Manaus are inadequate for the lack professional valorization, high frequency of occupational hazards, lack of actions in safety and health at work. The assessment points to a serious mismatch regarding CHA, health care professionals that promote health, but at the same time, they do not have it.

Descriptors: Health Personnel, health worker, Occupational Risks, Working Conditions, Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	–	Atenção Básica à Saúde
ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	–	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	–	Comissão Interna de Prevenção de Riscos de Acidentes
CONEP	–	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CLT	–	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	–	Conselho Municipal de Saúde
DAB	–	Departamento de Atenção Básica
EACS	–	Estratégia Agente Comunitário de Saúde
EPI	–	Equipamento de Proteção Individual
PPST	–	Política de Promoção à Saúde do Trabalhador
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
MS	–	Ministério da Saúde
MTE	–	Ministério do Trabalho e Emprego
NOSS	–	Norma Operacional de Saúde do Servidor
NR	–	Norma Regulamentadora
OIT	–	Organização Internacional do Trabalho
PACS	–	Programa Agente Comunitário de Saúde
PPRA	–	Programa de Prevenção de Riscos de Ambientais
PSF	–	Programa Saúde da Família
SEMSA	–	Secretaria Municipal da Saúde
SINAN	–	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SSO	–	Segurança e Saúde Ocupacional
SSST	–	Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho
SST	–	Segurança e Saúde do Trabalhador
ST	–	Saúde do Trabalhador
SUS	–	Sistema Único de Saúde

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

TACS – Técnico de Agente Comunitário de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1. Perfil Profissional dos Agentes Comunitários de Saúde	6
2.2. Trabalho, Ambiente de Trabalho e Riscos Ocupacionais	8
2.3. Segurança e Saúde do Trabalhador da Saúde	14
3. OBJETIVOS	22
3.1. Geral	22
3.2. Específicos	22
4. MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.1. Características do Estudo	23
4.2. Local	24
4.3. População e Amostra	24
4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	27
4.5. Coleta dos Dados	27
4.6. Análise Estatística	30
4.7. Aspectos Éticos	31
5. ARTIGO 1	
Perfil Profissional dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus	32
6. ARTIGO 2	
Riscos Ocupacionais no Trabalho de Agente Comunitário de Saúde	58
7. ARTIGO 3	
Segurança e Saúde no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus, Amazonas, 2010	80

8. CONCLUSÃO	99
---------------------	-----------

9. REFERÊNCIAS	101
-----------------------	------------

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de Auto-preenchimento	108
---	-----

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	111
--	-----

ANEXOS

ANEXO A – Ofício FIOCRUZ à Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA)	112
--	-----

ANEXO B – Autorização da Gerência de Educação na Saúde da SEMSA	113
---	-----

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFAM	114
---	-----

1. INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) realiza atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu trabalho é reconhecido nacionalmente e é primordial ao SUS para programar e fortalecer a integração entre os serviços de saúde da Atenção Básica à Saúde (ABS) e a comunidade (BRASIL, 2001, 2006a, 2009a).

O ACS tornou-se um elemento efetivo de trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da ABS, com o objetivo de ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso da população à saúde, a partir do acolhimento do ACS, que identifica, encaminha e dá solução às necessidades de saúde da população (SILVA e DALMASO, 2002).

A atividade de ACS começou em 1987 no Ceará, decorrente do programa emergencial de geração de empregos para as mulheres no período de seca e, ao mesmo tempo, para contribuir com a saúde materno-infantil. Dado o sucesso, o Ministério da Saúde (MS), em 1991, institucionalizou a ação como Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Diante da intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e de incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, o MS, em 1994, lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como Política Nacional de Atenção Básica, manteve e ampliou o número de ACS (BRASIL, 1991, 1997).

O PSF teve uma expansão quantitativa e consolidou-se em 1998, como modelo de ABS. Enquanto estratégia de ampliação e organização da rede de serviços públicos, o PSF enfoca ações na família, na prevenção sobre a demanda, na integração com a comunidade e no impedimento de práticas reducionistas sobre a saúde (BRASIL, 2004a).

A Portaria n.º 648/2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, com revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e PACS, e apresenta as atribuições de cada membro da equipe de saúde, em especial a do ACS (BRASIL, 2006a).

Atualmente a maioria dos ACS trabalha na Estratégia Saúde da Família (ESF). O termo *Estratégia* é preferível a *Programa*, visto que aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e fim. Entretanto, a ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária permanente, sem previsão de tempo para finalizar as ações. Nesse processo de transformação, o ACS sempre se fez presente e necessário para a estruturação de uma ABS qualificada e resolutiva (BRASIL, 2010).

As equipes da ESF são compostas por um médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até doze ACS. Uma equipe de profissionais pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde residam no mínimo 2.500 pessoas e, no máximo, 4.500 pessoas ou 1.000 famílias e a proporção de um agente para no mínimo 400 pessoas e, no máximo, 750 pessoas ou 150 famílias (BRASIL, 1997, 2006a).

Em face dos resultados positivos da ESF, o MS tem incentivado os municípios a admitir e a ampliar a cobertura populacional e a proporcionar, também, um aumento extraordinário de ACS. Em menos de duas décadas, o número de ACS saltou de 29 mil em 1994 para 246 mil ACS em abril de 2011 (Figura1) (BRASIL, 2011a).

A região norte do Brasil, proporcionalmente, está em penúltimo lugar em número de ACS, mas segue em ordem crescente de admissão de 8.768 ACS em 1998 para 29.284 em abril de 2011. O Estado do Amazonas em 1998 tinha 991 ACS e, desses, 368 implantados em Manaus. Em abril de 2011, o Estado passou para 5.923 ACS admitidos. No entanto, em Manaus, houve significativas variações do quantitativo de profissionais, chegando a ter até 2.393 ACS em 2000, mas posteriormente reduzindo e tendo em abril de 2011, apenas 1.101

ACS (Figura 2). O episódio é oposto, a meta do MS que oferece teto de 4.359 ACS para o Município de Manaus (BRASIL, 2011a).

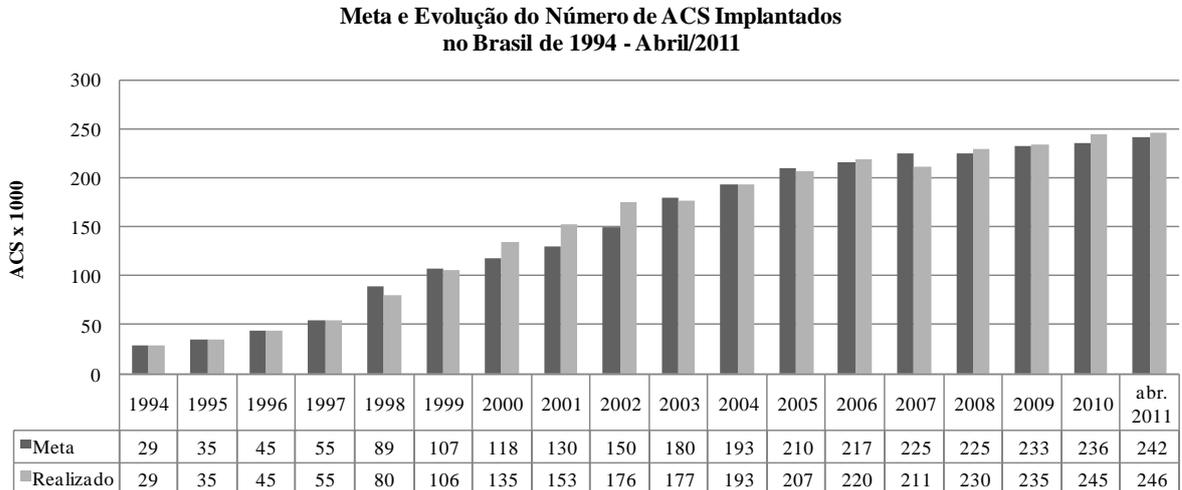


Figura 1 – Meta e evolução do número de ACS implantados no Brasil de 1994 a abril de 2011.

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. BRASIL/MS/ Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB, 2011a.

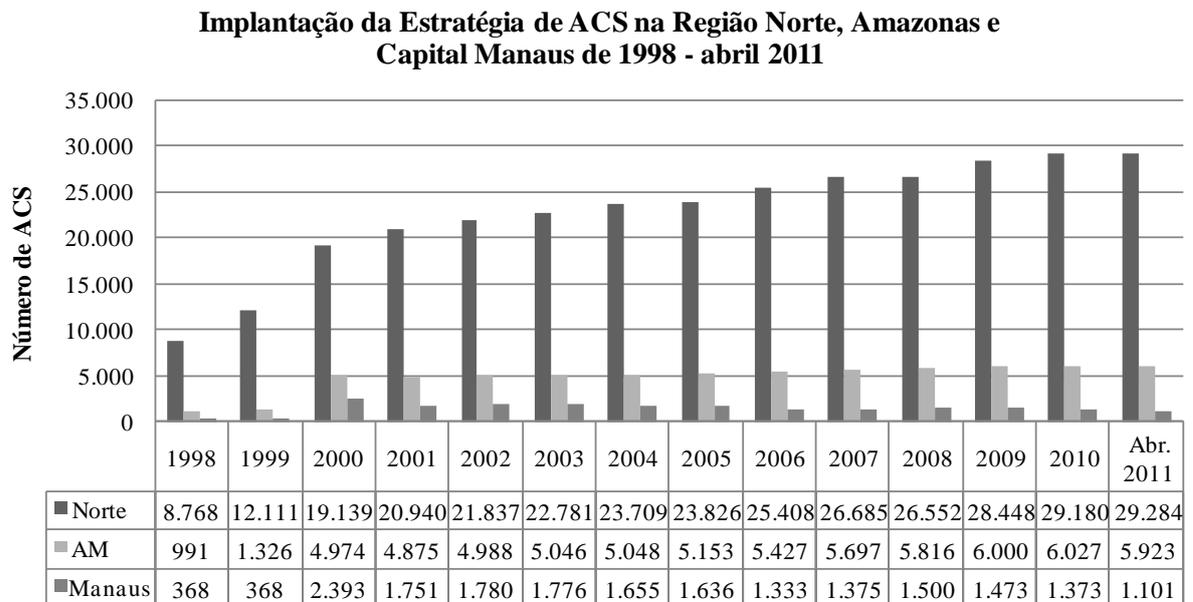


Figura 2 – Implantação de ACS na Região Norte, Amazonas e capital Manaus de 1998 a abril 2011.

Fonte: BRASIL/MS/SAS/DAB. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB, 2011a.

Em Manaus, o Programa de Agentes Comunitários foi aprovado pelo Conselho Municipal da Saúde (CMS) em 1998 e iniciou com 368 ACS (MANAUS, 1998a). No mesmo ano, também foi aprovado o Programa Médico da Família, que vigorou até julho de 2001 e, após esse período, por meio da Resolução n.º 023/CMS, o referido Programa foi convertido para PSF e adequou-se, assim, às exigências do MS e recebeu o respectivo repasse financeiro (MANAUS, 1998b, 2001). No projeto de conversão, consta que, em 2001, havia 1.161 ACS, 168 equipes, 164 “casas de saúde”, 6 centros de referência para as ações de maior complexidade (MANAUS, 2001).

A cobertura da população por ACS, presentemente é de 36,4% da população de Manaus, a mais baixa desde a implantação do PSF no município (BRASIL, 2011). Nas informações quanto ao quantitativo de ACS, constatou-se várias divergências. Assim sendo, para este trabalho foi considerado o número de ACS repassado pelas direções dos Distritos Sanitários Urbanos, por serem dados primários, estratificados, somatória com maiores valores, proporcionando maior amostra.

A problemática deste estudo decorre da importância do ACS à saúde da população brasileira, sempre enfocada pelo próprio MS, bem como do número crescente de ACS e, em contrapartida, a restrita publicação sobre suas condições de trabalho.

A inquietação pelas condições de trabalho do ACS e a decisão de realizar essa pesquisa ocorreram por trabalhar no Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST/Manaus) e, ao participar da elaboração do conteúdo Saúde do Trabalhador para ser incluído no curso de formação dos ACS, senti a necessidade de conhecer esses, extraordinários trabalhadores da saúde, bem como as suas condições de trabalho.

Portanto, a questão norteadora deste estudo é saber: Qual o perfil profissional dos ACS de Manaus? Quais os possíveis riscos ocupacionais aos quais os ACS podem estar

expostos no exercício da atividade profissional? Como estão a segurança e a saúde no trabalho de ACS? Quais as Condições de Trabalho dos ACS de Manaus?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Perfil Profissional do Agente Comunitário de Saúde

O perfil profissional do ACS baseia-se nos pré-requisitos estabelecidos pelo MS para o exercício da profissão. Os requisitos alteraram-se no decorrer dos anos. Inicialmente, a Portaria n.º 1.886/1997, que aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF, determinava que o ACS fosse morador da área onde exerceria suas atividades há pelo menos dois anos, soubesse ler e escrever, fosse maior de dezoito anos e tivesse disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 1997).

O Decreto n.º 3.189, de 4 de outubro de 1999, que fixa diretrizes para o exercício da atividade de ACS, estabelece que ele deva residir na própria comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade. 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 MS. A publicação tornou-se um marco para a categoria, com a comemoração do Dia do Agente Comunitário de Saúde em 4 de outubro (BRASIL, 1999).

A Lei n.º 10.507/2002, que cria a profissão de ACS, exige dele: residir na comunidade em que atuar; haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de ACS; e possuir ensino fundamental completo (BRASIL, 2002a).

Em prosseguimento, a Lei n.º 11.350/2006, que regulamenta o § 5.º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal, amparado pelo parágrafo único do art. 2.º da Emenda Constitucional n.º 51, de 14 de fevereiro de 2006, e profere que os requisitos para exercer a profissão de ACS são: residir na comunidade assistida em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; haver concluído, com

aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada e ter concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006b).

A legislação acima citada estabelece que a contratação de ACS deva ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Deve ser admitido mediante concurso público. O vínculo de trabalho do ACS deve ser direto com órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional (BRASIL, 2006b).

Ante o exposto, nota-se discreta elevação do nível de escolaridade, de alfabetização para o ensino fundamental; na formação, com as alterações mais pronunciadas a partir de 2002, com o estabelecimento do curso de qualificação básica e, posteriormente, em 2006, com a ênfase em ter o curso introdutório e a formação continuada. Em oposito à ascensão desses critérios, está a exigência de ter espírito de liderança e solidariedade - menos evidente -, e a solicitação de residir na comunidade, que deverá ser determinada a partir da data de publicação do edital do concurso para ACS. A carga horária de tempo integral de trabalho passa para o regime de 40 horas semanais e, por fim, a desprecarização das relações de trabalho.

Theisen (2004) pontua que alguns dos requisitos para ser ACS, como residir na comunidade, ser líder e solidário, tenham sido os grandes fatores que dificultaram construir o modelo jurídico de contratação. O ACS é um personagem fundamental, é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce. Logo, o pertencer e o estar na comunidade traduzem-se em fatores imprescindíveis para sua ligação com a comunidade, familiares, grupos e indivíduos.

Assim, o ACS precisa ser proveniente da comunidade em que vai atuar como origina a sua denominação. Deve exercer uma liderança entre os seus pares, apresentar um perfil distinto do servidor público clássico. Na seleção de um servidor público comum, procura-se, a princípio, a pessoa mais qualificada tecnicamente para o exercício daquele mister. Aqui, não necessariamente. São fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança, a necessidade de residir na própria comunidade e o conhecimento da realidade social que o cerca. Os ensinamentos técnicos virão depois, mediante os cursos ministrados pelo Poder Público. Assim, em primeiro lugar, busca-se para o ACS um perfil mais social do que burocrático ou técnico (BRASIL, 2002a).

2.2. Trabalho, Ambiente de Trabalho e Riscos Ocupacionais

Trabalho é um esforço humano dotado de um propósito e envolve a transformação da natureza por meio do dispêndio de capacidade física e mental. Além do valor intrínseco, o trabalho expressa as características da essência do ser humano e está intimamente relacionado à personalidade do ser (OUTHWAITE, 1996). Por esse prisma, o trabalho humano está, direta ou indiretamente, para a produção de bens e serviços e visa à reprodução da vida humana, individual e social (ALVES, 2002).

O trabalho no contexto social é mediador de integração e interação do homem com a sociedade e, seja por seu valor econômico, de subsistência, seja pelo aspecto cultural, simbólico, tem importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas (BRASIL, 2002b).

Na saúde, insere-se na esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Ele é essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. A prestação do serviço pode assumir formas diversas, como a realização de uma consulta, um exame-

diagnóstico, a aplicação de medicações, ações preventivas, individuais ou coletivas (PIRES, 2000; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

O trabalho é uma fonte de subsistência do homem, de acúmulo de riquezas, de realização profissional e de satisfação pessoal, como também pode ser fonte de sofrimento, de doença, de exploração e de escravidão, muitas vezes suportados pelo trabalhador em virtude necessidade de sobrevivência pessoal e de sua família, nem sempre com a devida compensação social e/ou econômica (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define trabalho decente como um trabalho produtivo e adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, sem quaisquer formas de discriminação e capaz de garantir uma vida digna ao trabalhador e a todas as pessoas que vivem de seu trabalho (OIT, 2006).

As relações de trabalho dos ACS são diferenciadas pelo fato de residirem na própria comunidade onde trabalham e desenvolverem suas atividades diretamente no seu contexto sociodemográfico (BRASIL, 2002a).

As atividades profissionais do ACS abrangem a realização de visitas domiciliares, cadastramento das famílias, identificação de situações de risco à saúde, encaminhamento dos casos graves à equipe de saúde, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, busca ativa de faltosos, preenchimento de relatórios, entre outras (SIMÕES, 2009).

O trabalho do ACS vai desde visitas domiciliares, onde realiza orientações sobre saúde, meio ambiente e saneamento básico, até a prestação de primeiros socorros nos casos de emergência (THEISEN, 2004).

Segundo a Portaria n.º 648/2006, as atribuições específicas do ACS são:

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), consideradas as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

- Trabalhar com adstrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- Estar em contato permanente com as famílias e desenvolver ações educativas, que visem à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade e manter a equipe informada, principalmente a respeito daquelas que estão em situação de risco;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS com relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria n.º 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

As atribuições gerais da equipe da ESF, incluindo o ACS, são:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe e identificação de riscos;
- Realizar o cuidado em saúde da população adstrita;
- Realizar ações de atenção integral;
- Garantir a integralidade da atenção, atendimento da demanda espontânea, realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionar atendimento humanizado e viabilizar o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pela população adstrita;
- Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe;

- Promover a mobilização e a participação da comunidade;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas;
- Participar das atividades de educação permanente;
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às respectivas atribuições descritas (BRASIL, 2006a). Além dessas, em quase todas as ações programáticas do MS, existem atribuições do ACS, apresentadas nos Cadernos de Atenção Básica de um a vinte e oito.

O ambiente de trabalho é o local onde o trabalhador desenvolve a sua atividade profissional e obtém os meios para prover sua sobrevivência e onde geralmente passa a maior parte do tempo de sua vida. Esse ambiente pode interferir, direta ou indiretamente, na qualidade de vida do trabalhador e nos resultados do próprio trabalho (LAURELL, 1989).

O ambiente pode ser diverso e depende da atividade exercida, desde um espaço interno, fechado, até um ambiente mais amplo, externo (MELO, 2006).

O ambiente de trabalho do ACS é amplo, envolve a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), a comunidade e o domicílio do comunitário. O ACS realiza visitas às famílias, medeia processos entre a unidade de saúde e a comunidade, entre as casas, anda por ruas, vielas e becos, vai a áreas distantes e isoladas, onde muitas famílias podem estar em situação difícil. O ambiente de trabalho deste profissional é ainda mais variável, ao considerar a própria dinâmica da comunidade: migrações, mudanças, invasões, operações policiais, variações climáticas (NASCIMENTO; DAVID, 2008).

As condições de trabalho contextualizadas por Dejours (1992) relacionam-se com o ambiente de trabalho e seus respectivos fatores de risco, não só físicos, químicos e biológicos, bem como com as condições de higiene, segurança e organização do trabalho. As condições

de trabalho como fatores físicos, sociais e administrativos relativos ao meio no qual o trabalhador exerce a sua atividade profissional (BRASIL, 2003).

Segundo Assunção, Rosales e Belisário (2008), as condições de trabalho referem-se às circunstâncias em que o trabalho se realiza, à presença de exposição aos riscos físicos, químicos, mecânicos e biológicos, bem como às solicitações além das capacidades humanas, decorrentes da forma de organização do trabalho. Elas relacionam-se com as condições gerais de vida e a saúde dos trabalhadores.

A maioria dos riscos envolvidos nas condições de trabalho estão dispostos na Portaria n.º 25, de 29 de dezembro de 1994, que estabelece os riscos ocupacionais físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidente de trabalho (BRASIL, 1995). Os principais agentes de cada um desses riscos estão descritos em um mapa de risco, intitulado “classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos, de acordo com a sua natureza e a padronização das cores correspondentes (Quadro 1), adotado como base para investigar os riscos ocupacionais, presentes no ambiente de trabalho dos ACS de Manaus-AM.

Em estudo de revisão sobre os riscos ocupacionais no ambiente de trabalho dos ACS, encontraram-se alguns achados, os quais foram mencionados com base no respectivo mapa de risco (Quadro 1).

- *Riscos físicos* - exposição solar, calor e umidade, decorrentes da atividade laboral a céu aberto e/ou em espaços restritos, no caminhar pelas ruas sob o sol forte, visitar os comunitários residentes em ambientes abafados e úmidos, tendo em vista a situação socio-econômica de muitos comunitários e o clima tropical do Brasil. O ruído, oriundo do tráfego de carros, ônibus, do compressor odontológico, nebulizador (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004; NASCIMENTO; DAVID, 2008).
- *Riscos químicos* – poeira por não pavimentação de ruas; fumaça, proveniente dos automóveis, de queimadas a céu aberto e dos comunitários fumantes, além dos desagradáveis

odores oriundo de esgotos e valas a céu aberto (TRINDADE et al., 2007; NASCIMENTO; DAVID, 2008).

Classificação dos Principais Riscos Ocupacionais em Grupos, de acordo com a sua Natureza e a Padronização das Cores Correspondentes				
Grupo 1 Verde	Grupo 2 Vermelho	Grupo 3 Marrom	Grupo 4 Amarelo	Grupo 5 Azul
<i>Riscos Físicos</i>	<i>Riscos Químicos</i>	<i>Riscos Biológicos</i>	<i>Riscos Ergonômicos</i>	<i>Riscos de Acidentes</i>
Ruídos	Poeiras	Vírus	Esforço físico intenso	Arranjo físico inadequado
Vibrações	Fumos	Bactérias	Levantamento e transporte manual de peso	Máquinas e equipamentos sem proteção
Radiações ionizantes	Névoas	Protozoários	Exigência de postura inadequada	Ferramentas inadequadas ou defeituosas
Radiações não ionizante	Neblinas	Fungos	Controle rígido de produtividade	Iluminação inadequada
Frio	Gases	Parasitas	Imposição de ritmos excessivos	Eletricidade
Calor	Vapores	Bacilos	Trabalho em turno ou noturno	Probabilidade de incêndio ou explosão
Pressões anormais	Substâncias compostas ou produtos químicos em geral	-	Jornada de trabalho prolongada	Armazenamento inadequado
Umidade	-	-	Monotonia e repetitividade	Animais peçonhentos
-	-	-	Outras situações causadoras de stress físico e/ou psíquico	Outras atuações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes

Quadro 1: Classificação dos Principais Riscos Ocupacionais em Grupos, de acordo com a sua Natureza e a Padronização das Cores Correspondentes. Fonte: BRASIL, 1994. Portaria nº 25 de 29/12/94. Anexo IV.

- *Riscos biológicos* – bactérias, bacilos, vírus em virtude do contato direto com pessoas portadoras de doenças infectocontagiosas, a exemplo da tuberculose não diagnosticada; protozoários pela ingestão de água e alimento contaminados; pediculose e micoses; fungos oriundos da umidade dos ambientes domésticos, que podem tornar-se significativos quando o ACS visita muitas casas úmidas e com fungos em um dia de trabalho. Dengue, esta com dados inconclusivos: se o trabalho de ACS realmente oportuniza um maior contato com o vetor, ou se o risco é o mesmo risco de qualquer outro morador na comunidade (NASCIMENTO; DAVID, 2008; TOMASI et al., 2008).

- *Riscos ergonômicos* – esforço físico decorrente de longas caminhadas, muitas vezes transportando pastas e/ou mochilas pesadas, com cartões de vacinação, garrafa de água, caderno de anotações, fichas de cadastro de usuários, plano de visitas, estetoscópio e esfigmomanômetro; longos períodos em pé com indisponibilidade para sentar na residência do comunitário e/ou na unidade de saúde por falta de espaço, de cadeira; falta de transporte para ir a locais mais distantes da comunidade. Vestimenta inadequada, com uso de sandálias nas caminhadas. A sensação de insegurança decorre da violência dos grandes centros urbanos, de modo que muitos bairros são dominados pelo tráfico. A ansiedade e a pressão emocional em razão de determinadas situações extrapolarem a capacidade dos ACS em darem resposta, a exemplo da epidemia de dengue, quando muitas famílias manifestam o quadro clínico de dengue e necessitam de avaliação por profissional de nível superior, mas nem sempre podem atender à demanda (KLUTHCOVSKY et al., 2007; NASCIMENTO; DAVID, 2008).
- *Riscos de acidentes* – queda, mordida de cachorro, picada de insetos e de animais peçonhentos, agressão por membro da família, comunitário. Os riscos podem estar no percurso com ruas sem infraestrutura, sem calçadas e/ou estreitas; tráfego de carros intenso, muitas escadarias sem corrimão e sem proteção; passagens improvisadas sob valas, rios, igarapés; regiões sem pavimentação, no meio do mato, com áreas úmidas e escorregadias; moradias construídas em locais sob risco de desabamentos; presença de fios expostos pelos trajetos com riscos de choque elétrico (FERRAZ; AERTS, 2005; NASCIMENTO; DAVID, 2008; TRINDADE et al., 2007; TOMASI et al., 2008).

2.3. Segurança e Saúde do Trabalhador da Saúde

A segurança do trabalhador compreende um conjunto de medidas adotadas, a fim de minimizar os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, bem como proteger a integridade e

a capacidade de trabalho do trabalhador (PINTO; WINDT; CESPEDES, 2008, BRASIL, 1978).

No Brasil, a legislação de segurança no trabalho compõe-se de Normas Regulamentadoras, Portarias, Decretos e Normas Internacionais, ratificadas de Convenções Internacionais da Organização Internacional do Trabalho.

Existem, atualmente, 34 normas publicadas pela Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (SSST) do Ministério de Trabalho e Emprego (MTE). As Normas Regulamentadoras, denominadas NRs, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, abrangem diversas situações e segmentos de trabalho, como inspeção, embargo e interdição, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), controle médico de saúde ocupacional, riscos ambientais, ergonomia, trabalho a céu aberto, fiscalização e penalidades, trabalho portuário, trabalho em serviço de saúde e outras (BRASIL, 1978).

As NRs são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta e outros que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), embora não contemple todos os trabalhadores (BRASIL, 1978).

Tal circunstância delimita direitos a inúmeros trabalhadores, em especial, os servidores públicos da saúde, mesmo havendo a NR32, que estabelece as diretrizes básicas para promover as medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, como é caso dos ACS (PINTO; WINDT; CESPEDES, 2008).

A NR32 visa não só a proteger os trabalhadores da saúde de riscos biológicos e químicos, das radiações ionizantes (físico), dos resíduos, bem como a oferecer condições de conforto por ocasião das refeições, cuidados relativos aos trabalhadores de lavanderia,

limpeza e conservação, manutenção de máquinas e equipamentos e, ainda, em suas disposições gerais, os serviços de saúde devem dispor de condições de conforto relativas aos níveis de ruídos, iluminação, temperatura e manutenção dos ambientes de trabalho em condições de limpeza e conservação (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2008).

Para maior segurança dos trabalhadores, as NRs complementam-se, a exemplo da NR32, que comunga com a NR9 do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), a NR7 do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), a NR15 - Atividade e Operações Insalubres e outras previamente adotadas. Além disso, a observância das NRs não desobriga as empresas do cumprimento de outras disposições contidas em leis, decretos, portarias e demais documentos oficiais, como os códigos de obras ou regulamentos sanitários dos estados ou municípios, e outras, oriundas de convenções e acordos coletivos de trabalho (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2008; BRASIL, 1978).

A NR9 do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), de grande aplicação ao trabalhador ACS, estabelece a preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores pela antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, com a finalidade de proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. As ações do PPRA devem ser desenvolvidas no âmbito da empresa, sob a responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, cuja abrangência e profundidade dependem das características dos riscos e das necessidades de controle. Consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho e que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2008).

Aos ACS, por terem um ambiente de trabalho amplo, caberiam mais normas, como a NR21, referente ao trabalho a céu aberto, que determina ser obrigatório proteger os

trabalhadores contra intempéries, com medidas especiais que os protejam contra a insolação excessiva, o calor, o frio, a umidade e os ventos inconvenientes. Para os trabalhos realizados em regiões pantanosas ou alagadiças, serão imperativas as medidas de profilaxia de endemias, de acordo com as normas de saúde pública (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2008).

A NR6, referente a Equipamento de Proteção Individual (EPI), considera como tal todo dispositivo ou produto de uso individual, utilizado pelo trabalhador e destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Essa mesma Norma menciona indicação, análise, qualidade, instrução de uso do EPI (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2008).

A NR17 estabelece que os postos de trabalho devam ser organizados de forma a evitar deslocamentos e esforços adicionais. Nesses locais, devem ser previstos dispositivos seguros e estáveis, que permitam aos trabalhadores acessar locais altos sem esforço adicional e também capacitá-los para adotarem mecânica corporal correta na movimentação de pacientes ou de materiais, de forma a preservar a sua saúde e integridade física, orientados nas medidas a serem tomadas diante de pacientes com distúrbios de comportamento. Para os ACS esta caberia, principalmente no planejamento da microárea de atuação (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2008).

A NR5, que dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), evidencia que o trabalhador e o empregador devem ser ativos e empenhados no reconhecimento das condições de trabalho, compostas pelas duas partes. Tem função essencialmente preventiva e encarregada de aconselhar o empregador, os trabalhadores e seus representantes, na empresa em apreço, sobre os requisitos necessários para estabelecer e manter um ambiente de trabalho seguro e salubre, de modo a favorecer uma saúde física e mental ótima em relação com o trabalho e a adaptação do trabalho às capacidades dos

trabalhadores, em consonância com seu estado de sanidade física e mental (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2008).

O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão publicou a Portaria Normativa de 7 de maio do 2010, que estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) aos Órgãos e Entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal (SIPEC), com o objetivo de definir diretrizes gerais para a promoção das ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho e à saúde do servidor. Nela menciona-se que o serviço público deve constituir comissões de servidores com papel semelhante ao da CIPA.

Em Manaus, no dia 1.º de agosto de 2011, ocorreu Consulta Pública para a implantação de Comissão de Saúde do Trabalhador, voltada aos trabalhadores dos Serviços Públicos do Município da Manaus. Espera-se que o processo possa ser concretizado, a exemplo do Estado de São Paulo, que instituiu, por meio da Resolução SS-5, de 16 de janeiro de 2006, nas Unidades da Secretaria de Estado da Saúde, a Comissão de Saúde do Trabalhador (COMSAT), cujos objetivos são a prevenção de acidentes de trabalho e de doenças decorrentes do trabalho, a par da análise das interfaces do trabalho e de seus riscos ocupacionais, com o fim de promover a melhoria das condições de trabalho e saúde do trabalhador. Para tais finalidades, a Comissão pode usar as NRs e/ou outro qualquer instrumento destinado à preservação da saúde do trabalhador e do ambiente de trabalho.

Ampliando as ações de Segurança e Saúde do Trabalhador (SST), está a Política de Saúde do Trabalhador do MS, que contempla a todos os trabalhadores, independente de vínculo empregatício. É elemento integrante do campo da saúde coletiva, interdisciplinarmente da epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde. Centra-se na compreensão dos vários níveis de complexidade das relações entre o trabalho e a saúde (MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011).

Mendes e Dias (1991) dizem que a Saúde do Trabalhador (ST) objetiva o processo de saúde e doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho. Minayo-Gomez, Machado, Pena (2011) são consoantes em que a análise do processo de trabalho deve contemplar o alcance social, econômico, político e cultural, definidor das relações travadas nos espaços de trabalho e das condições de reprodução dos trabalhadores.

Na ST, os trabalhadores são vistos como sujeitos políticos coletivos, depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras. A incorporação desse saber é decisiva, tanto no âmbito da produção do conhecimento, como no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde. A solução dos problemas envolve todos os atores sociais, população, governantes, gestores, empresas, profissionais, trabalhadores, técnicos (MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011).

A ST foi garantida pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica de Saúde 8.080, de 1990, na qual o MS assume o compromisso de reestruturar o modelo de atenção Brasil (BRASIL, 1988, 1990). Em 1998, o MS aprovou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), que estabelece procedimentos e diretrizes, a fim de orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS (BRASIL, 1998).

O MS, para potencializar as ações de promoção da atenção integral à saúde dos trabalhadores, criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), por meio da Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002 (BRASIL, 2002b). Conceitualmente, a RENAST é uma “rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de promover ações de assistência, de vigilância e de promoção da saúde no SUS, na perspectiva de saúde do trabalhador” (DIAS e HOEFEL, 2005).

As diretrizes do SUS para a Saúde do Trabalhador são: atenção integral à ST; articulação intra e intersetoriais; estruturação da rede de informações em ST; apoio ao

desenvolvimento de estudos e pesquisas; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos e, em especial, participação da comunidade na gestão das ações em ST (BRASIL, 2005).

A RENAST estabelece que, em cada Estado, haja dois tipos de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): um estadual, de abrangência estadual, e outro regional, municipal, definidos por ordem crescente de complexidade e distinção de atribuições (BRASIL, 2002b).

Presentemente, a RENAST é composta por 178 CERESTs e por uma rede sentinela de 1.000 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade, responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho e por registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) (BRASIL, 2004b). No estado do Amazonas, há um CEREST Estadual e dois CERESTs Regionais.

Em 2009, foi publicada a Portaria 2.728, de 11 de novembro, que dispõe sobre a RENAST, mediante a inclusão das ações de ST na ABS, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e demais instrumentos que favoreçam a integralidade (BRASIL, 2009b).

Entretanto, apesar dos esforços, sabe-se que os avanços da política de ST no campo da saúde pública são paulatinos no que tange aos profissionais do SUS, para que estes a programem com relação à identificação, promoção, prevenção e notificação dos agravos relacionados ao trabalho na comunidade assistida. Isso se justifica porque, em um olhar mais direcionado nos próprios trabalhadores da ESF, em especial os ACS, se vê a carência de dados sobre sua própria saúde e os possíveis agravos a que podem estar expostos, suas condições de trabalho e as medidas preventivas a serem adotadas.

Para os profissionais da ABS realizarem as ações de ST, é importante que se percebam enquanto trabalhadores e, para tanto, faz-se necessário que a Instituição ofereça,

além do conhecimento em ST por meio do CEREST, medidas complementares de Segurança e Medicina do Trabalho.

A Política de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS (PPST) é recente. Foi precedida da Portaria 2.871, de 19 de novembro de 2009, que constituiu o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS (BRASIL, 2009c).

Dentre os desígnios do Comitê, está a criação das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, com programas e ações que objetivam aperfeiçoar, garantir e/ou recuperar as condições e ambientes de trabalho no SUS. A minuta da Portaria, que aprova, no âmbito do SUS, as respectivas diretrizes, encontra-se em fase de conclusão por meio das Consultas Públicas n. 3, de 17 de maio de 2011, e n. 4, de 21 de julho de 2011 (BRASIL, 2011).

A futura legislação busca anunciar as melhorias das condições de saúde do trabalhador do SUS, com o enfrentamento lógico dos fatores de risco, como: facilitar o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde; aumentar o compromisso dos gestores de saúde nas três esferas - federal estadual e municipal; reforçar a gestão democrática nos locais de trabalho, com a participação ativa dos trabalhadores e suas representações; reconhecer a interconexão entre a saúde do trabalhador e os diversos aspectos arrolados às relações de trabalho, como a existência de planos de carreiras, cargos e salários e a desprecarização dos vínculos de trabalho (BRASIL, 2011).

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar as Condições de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus, Amazonas

3.2. Específicos

- Descrever o perfil profissional dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus;
- Investigar os riscos ocupacionais a que estão expostos os Agentes Comunitários de Saúde de Manaus;
- Analisar as condições de segurança e saúde no trabalho de Agente Comunitário de Saúde de Manaus;

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Características do Estudo

Estudo transversal, quantitativo de caráter analítico e descritivo de dados primários coletados por meio de questionário de auto-preenchimento, contendo questões objetivas e discursivas.

No estudo transversal os dados são coletados num único momento, período de tempo, sem seguimento dos indivíduos. É indicado para obter informações de grandes populações. Permite descrever as características destas, sobre determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição. Em saúde pública usa-se para avaliar e planejar programas de controle de doenças (SILVA; MENEZES, 2001).

Segundo Minayo e Sanches (1993), o método quantitativo tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis e deve ser utilizado para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, classificá-los e torná-los inteligíveis mediante variáveis.

A abordagem quantitativa, positivista e dedutiva procura confirmar as hipóteses investigadas ou gerar outras, utilizar métodos estatísticos confiáveis e replicáveis para mensurar o impacto ou o efeito de uma intervenção. Esse método busca obter evidências de associações entre as variáveis independentes e dependentes (MANAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Estudos analíticos são delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde. Os estudos descritivos, por sua vez, visam descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento.

Determina a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (LIMA-COSTA. BARRETO, 2003).

4.2. Local

A pesquisa foi realizada na rede pública de ABS da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manaus, Amazonas, no segundo semestre de 2010, que apresenta população de 1.802.525 habitantes (IBGE, 2010). Os estabelecimentos de saúde puderam ser Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Módulo e Policlínica.

A ABS no Município de Manaus está estruturada em cinco distritos sanitários, sendo quatro urbanos e um rural, esses denominados pela localização geográfica, distrito sanitário: norte, sul, leste, oeste e rural (MANAUS, 2009, SILVA, 2010).

Segundo informação do Departamento de Atenção Básica (DAB), do MS, em março de 2010, o número de ACS implantados em Manaus era de 1.373 e o número de cadastrados de 1.503 ACS (BRASIL, 2011b). Pelo Relatório do primeiro trimestre de 2010, a quantidade de ACS era de 1.479 (MANAUS, 2010). Em consulta local, com os diretores dos distritos sanitários urbanos o número de ACS totalizou 1.450 profissionais.

4.3. População e Amostra

A população do estudo foi constituída pelos ACS dos 4 distritos sanitários urbanos de Manaus, trabalhando no sistema de ESF, tendo como critério amostral o mesmo percentual de ACS por distrito. A obtenção do cálculo amostral foi elaborada por um especialista da área, o estatístico, Érico Jander, que a partir da população geral chegou à amostra.

Representando um número total de 1.450 ACS nos quatros distritos urbanos com uma proporção estimada de 0,5 (o que nos dá o maior tamanho de amostra). Fixando a

margem de erro = 0,05 ou 5%. Grau de confiança 95%. $z_{\alpha} = 1,96$ é a ordenada da N (0,1) de tal forma que área na densidade da N (0,1) no intervalo $(-z_{\alpha}; z_{\alpha})$ é igual a $1-\alpha$.

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}} = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 1450}{0,0469^2 * (1450) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5} \cong 336 \text{ indivíduos.}$$

n = tamanho da amostra

N = população alvo

p = proporção estimada

d = precisão

q = 1 - p

Z = valor da normal padronizada

Com um n = 336 e considerando uma perda de 10% (perda média em trabalhos deste tipo), obtém-se um número estimado de 369 indivíduos. Utilizando os dados dos distritais sobre o quantitativo de ACS de cada um e utilizando amostragem estratificada proporcional

por meio da equação $n_h = \frac{N_h}{N} \cdot n$, obtém-se a seguinte distribuição, tabela 1.

Distrito Sanitário	População	Amostra
Oeste	266	68
Norte	389	99
Leste	443	113
Sul	352	89
Total	1.450	369

Tabela 1. População e amostra por Distrito Sanitário.
Fonte: Relatório 2010, 1º trimestre, Manaus, 2010b.

Perante os dados amostrais e no anseio de dar oportunidade igual para os ACS participarem e o cuidado de evitar viés, referente ao contexto de trabalho dos ACS, adotou-se o método de sorteio aleatório simples das equipes da ESF para então, chegar aos ACS.

Considerando o número de ACS por equipe da ESF, máximo 12 e mínimo 6, com a possibilidade, neste último caso, de algum ACS não atender os critérios de inclusão, estimou um mínimo de 5 e o limite de 12 ACS participante por equipe da ESF.

As equipes da ESF sorteadas foram ordenadas na sequência do sorteio, de forma a permitir o encerramento da pesquisa assim que completasse a amostra por distrito, deixando em alguns casos, as últimas equipes sorteadas de fora, conforme ocorrido nos distritos norte e leste, onde teve maior número de ACS por equipe em relação ao número mínimo previsto. Em oposto os distritos oeste e sul tiveram número inferior ao estimado, fazendo-se necessário o sorteio de mais equipes (Tabela 2 e Figura 3).

Distrito Sanitário	Nº total de equipes	Cálculo Amostral	Nº de equipes Participantes
Oeste	43	$68/5=14$	15*
Norte	45	$99/5=20$	18
Leste	42	$113/5=23$	20
Sul	48	$89/5=18$	24*
Total	178	369	77

Tabela 2. Cálculo do número de equipes da ESF para atingir a amostra de ACS por distrito, estimando 5 ACS por equipe. *Distritos Sanitários, onde houve sorteio de mais equipes para atingir a amostra. Fonte: Relatório 2010, 1º trimestre, Manaus, 2010b.

Ante a possibilidade de no encerramento da coleta de dados, o número de ACS presentes na ESF, extrapolasse a amostra por distrito sanitário, programou se sorteio aleatório simples entre os ACS para definir os últimos participantes.



Figura 3. Sorteio aleatório simples das equipes da ESF do Distrito Sanitário Oeste para se chegar à amostra de 68 ACS. As equipes sorteadas, última imagem, não são visualizadas para evitar a identificação dos participantes.

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Os participantes foram incluídos na pesquisa quando todos os critérios listados fossem alcançados pelo sujeito: ser ACS; ter no mínimo um ano de atuação profissional, garantindo a experiência e vivência na área; aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão foram: ACS em férias ou qualquer tipo de licença e que não aceitasse participar do estudo.

4.5. Coleta dos Dados

A pesquisa de campo ocorreu nos meses de agosto, setembro e outubro de 2010. Em agosto foi realizada a pesquisa de campo nos distritos oeste e norte; no mês de setembro o leste e em outubro o sul.

O instrumento utilizado para coleta foi um questionário de auto-preenchimento, contendo questões fechadas e abertas (Apêndice A). A estrutura do questionário focava em três alvos de informação: perfil profissional dos ACS (questões de 1 a 27); riscos ocupacionais (questões de 28 a 45) e segurança e saúde no trabalho dos ACS de Manaus (questões de 46-55).

O pré-teste foi realizado com 20 ACS do distrito sanitário norte, pela facilidade de acesso aos mesmos. Depois da análise do pré-teste, duas questões foram ajustadas para facilitar o entendimento da pergunta.

Na realização da pesquisa, os ACS tomavam posse das duas vias do TCLE e os que concordavam em participar da pesquisa, assinavam o termo e entregavam uma das vias à pesquisadora. Apenas seis ACS se recusaram ou não puderam participar da pesquisa por ter que ficar na recepção da unidade de saúde. O número de não participação por distrito de saúde

foi de um ACS, exceto no sul que foram três ACS. Todos os ACS abordados tinham mais de um ano na profissão.

Logo após o consentimento dos ACS, foi entregue o questionário de auto-preenchimento para ser respondido. A pesquisadora permaneceu no ambiente da aplicação do questionários para esclarecer possíveis dúvidas. As questões que mais suscitaram comentários dizem respeito a conclusão do curso de formação em ACS, renda, número de compartimento do local de trabalho e equipamento de proteção individual. Concluído o preenchimento, os ACS entregaram os questionários, os quais foram colocados em envelope e identificados pelo distrito. Findado o trabalho, a pesquisadora e equipe de apoio agradeciam o empenho dos participantes, bem como dos demais membros da equipe da ESF pela receptividade.

Em relação a estrutura física ocupada pelos ACS, encontrou-se as seguintes formas:

- a) Distrito sanitário oeste – amostra de 68 ACS, 15 equipes participantes, tendo 10 equipes instaladas em casas específicas da UBSF com medida aproximada de 32m² e 4 compartimentos, incluindo o sanitário; uma equipe localizada em policlínica; 2 equipes situadas em uma mesma UBS, sendo uma delas provisória; as outras 2 equipes sorteadas ocupando um módulo, que tem ao todo 3 equipes.
- b) Distrito sanitário norte – amostra de 99 ACS, 18 equipes participantes, todas instaladas em casas de UBSF. Houve 2 casos em que a unidade de saúde tinha 2 equipes da ESF instaladas. Em uma dessas unidades as 2 equipes tinham sido sorteadas; no outro caso apenas uma equipe participou da pesquisa. Neste Distrito de Saúde não havia módulo instalado.
- c) Distrito sanitário leste – amostra de 113 ACS, 20 equipes participantes, dessas 14 estavam instaladas em casas específicas da UBSF; uma equipe situada em imóvel alugado, diferindo pouco do tamanho da estrutura padrão, mas com enorme mau cheiro de um galinheiro vizinho; outras 5 equipes instaladas em módulos, dentre esses um possuía apenas uma equipe,

a qual foi sorteada; os outros 2 módulos seguintes tinham 3 equipes instaladas, participando apenas 2 equipes de ACS de cada um desses módulos.

d) Distrito sanitário sul – amostra de 89 ACS, 24 equipes participantes, 19 instaladas em casas específicas da UBSF; houve um caso em que a unidade de saúde tinha 2 equipes da ESF instaladas, participando ambas as equipes, por terem sido sorteadas; uma equipe situada em subsolo alugado, próximo da estrutura padrão, entretanto sem ventilação. Outras 4 equipes localizadas em UBS distintas, exceto 2 que ficavam o mesmo endereço e dividiam um ginásio improvisado da UBS, por longa data e com histórico de alagações, sem privacidade no atendimento aos usuários. Neste Distrito de Saúde não havia módulo instalado.

Conclui-se que em relação aos tipos de estabelecimentos ocupados pelos participantes, a grande maioria, 61 equipes (79,2%) estavam instaladas na estrutura física comum de UBSF com aproximadamente 32m², espaço restrito, compartimentos pequenos, quente, insuficiente para acomodar os profissionais e usuários, sanitário sem divisão por sexo, poucas cadeiras, mesas levando muitos ACS responderem o questionário em pé. A situação era ainda mais grave, quando 2 equipes da ESF dispunha deste mesmo espaço. Outras 7 equipes (9,1%) participantes estavam situadas em módulos, esses dispunham de uma melhor infra-estrutura para os usuários, para os ACS uma sala, o mobiliário nem sempre era suficiente para todos, os sanitários eram separados por sexo. As 9 equipes distintas (11,7%), ocupavam desde espaços improvisados em UBS (6), policlínicas (1); imóveis alugados com tamanho também restrito, similar ao da casa da UBSF (2), sem ventilação, mau cheiro.

4.6. Análise Estatística

Os dados foram digitados no *Microsoft Office Excel*® - versão 2007, e, inicialmente aplicados a tabela dinâmica, visando identificar e corrigir possíveis erros sistemáticos que poderiam comprometer a validade dos resultados. O banco de dados organizado foi exportado para realização das análises estatísticas no programa estatístico *R*® - versão 2.11.

As questões do instrumento de avaliação foram agrupadas em variáveis para facilitar a delimitação de cada uma delas, dessa forma, decidiu-se atribuir as seguintes dimensões: variável perfil profissional; variável riscos ocupacionais; variáveis segurança e saúde no trabalho e por fim a variável desfecho, avaliação das condições de trabalho dos ACS.

Variável perfil – descreve o perfil profissional dos ACS de Manaus de acordo com os pré-requisitos para exercer a profissão;

Variável riscos ocupacionais aos quais os ACS podem estar expostos – investiga os riscos ocupacionais: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes de trabalho.

Variável segurança e saúde no trabalho dos ACS – analisa a presença de treinamento; medidas de segurança adotadas, utilização de equipamentos de proteção individual; os problemas de saúde e possíveis agravos relacionados à profissão de ACS.

Variável desfecho – analisa os fatores relacionados as condições de trabalho do ACS de Manaus, por meio de agrupamento das dimensões anteriores, de modo a ajuizar o desfecho final, as condições de trabalho dos ACS de Manaus.

Os dados foram analisados em duas etapas: descritiva e analítica. A partir das informações coletados e armazenadas em um banco de dados, foram realizados os procedimentos de análises descritivas dos dados. Para análise das variáveis discursivas utilizou-se o teste *Exato de Fisher*. A comparação entre médias (variáveis quantitativas), foi realizada o *Teste de Mann-Whitney*, uma vez que os pressupostos necessários para a utilização do teste de *T de Student*, não foram satisfeitos. Empregou-se para análise o programa *R*® -

versão 2.11. Para todas as análises, foi fixado um nível de significância igual a 0.05 e um coeficiente de confiança de 95%.

4.7. Aspectos Éticos

A pesquisa não ofereceu risco previsível aos ACS, e nela foram resguardadas as questões éticas de confidencialidade da identidade dos sujeitos, seus direitos de participação livre e esclarecida, por meio do TCLE (Apêndice B), dentre as outras recomendações das normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto em conjunto com o Termo de Anuência emitido pela SEMSA seguiu para a submissão do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal do Amazonas, conforme Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Este recebeu parecer favorável protocolo CAAE nº 0258.0.115.000-10 (CNS, 1996).

Em conformidade com o que preconiza a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o projeto de pesquisa foi enviado para conhecimento à gerência de Atenção Básica a Saúde da SEMSA e, posteriormente, aos diretores dos distritos sanitários urbanos, informando-os da pesquisa e a da proposta de cronograma.

Ao término da defesa desta dissertação será divulgado, o resultado final nas instituições participantes (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e Universidade Federal do Amazonas), com a entrega de um exemplar da dissertação para cada instituição, na qual constarão três artigos científicos, um sobre o Perfil Profissional dos ACS; outros sobre Riscos Ocupacionais e o último sobre Saúde e Segurança no Trabalho do ACS.

5. ARTIGO 1

Perfil Profissional dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus

PALHARES, Flávia Ferreira Martinez¹; LOPES NETO, David²; NASCIMENTO, Rogério Rudson Passos³

¹Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia- UFAM/UFPA/ Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, FIOCRUZ-Amazônia. Fisioterapeuta do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador - CEREST/Manaus e do Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas - HUGV/UFAM. E-mail: flavia.palhares@pmm.am.gov.br

² Doutor em Enfermagem. Professor da Escola de Enfermagem de Manaus/Universidade Federal do Amazonas.

³ Acadêmico de Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas/Manaus.

Resumo

O estudo tem por objetivo descrever o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Manaus. Estudo quantitativo, com dados primários coletados por meio de questionário, realizados em Manaus, Amazonas, 2010. A amostra foi composta de 369 ACS dos quatro Distritos Sanitários Urbanos. A seleção dos ACS deu-se por sorteio aleatório simples, respeitados os aspectos éticos. Os resultados mostram que entre os profissionais ACS predominam mulheres 321 (87%), com média de idade de quarenta anos; ensino médio completo, 307 (83,2%); formação em Técnico de Agente Comunitário de Saúde (TACS) incompleta, com 289 (78,3%) ACS em curso; a maioria reside na comunidade onde trabalha 271 (73,4%) ACS. Conclui-se que os ACS preenchem, parcialmente, os requisitos do perfil profissional exigido para o exercício do cargo, conforme estabelece o Ministério da Saúde. Nota-se desvalorização profissional, em relação à formação em TACS, uma vez que tem, em média, 10 anos na profissão e ainda não possuem o título e também quanto à falta de incentivos financeiros por serem profissionais exclusivos do Sistema Único de Saúde, ter que residirem na comunidade onde trabalha e servirem integralmente a comunidade.

Descritores: Profissional da Saúde, Censos, Atenção Básica à Saúde.

Professional Profile of Community Health Agents of Manaus

Abstract

The study aims to describe the professional profile of Community Health Agents (CHA) of Manaus. Quantitative study with primary data collected by questionnaire, held in Manaus, Amazonas, 2010. The sample consisted of 369 CHA of the four Urban Sanitary Districts. The selection of the CHA was made by simple random raffle, respecting the ethical aspects. The results show that among CHA professionals women predominate 321 (87%), with an average age of forty years; complete secondary education, 307 (83.2%); Formation in Technical Community Health Agent (TCHA) incomplete, with 289 (78.3%) CHA underway; with most living in the community where they work 271 (73.4%) CHA. Concludes that the CHA fulfill partially the requirements of the profile required for tenure, as established by the Ministry of Health. It is noticed professional devaluation in relation to formation in TCHA, as it has an average of 10 years in the profession and do not yet have the title and also the lack of financial incentives by being professionals exclusive of the Unified Health System, have to live in the community where they work and serve the entirely community.

Descriptors: Health Personnel, Censuses, Primary Health Care

Introdução

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal^{1,2,3}.

O profissional ACS trabalha exclusivamente no âmbito do SUS, mediante vínculo direto com o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional¹. É um elemento efetivo de trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da Atenção Básica em Saúde (ABS), que visa, sobretudo, à ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso da população à saúde³.

Para exercer a profissão de ACS, o candidato deve atender a determinados requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e modificados no decorrer dos anos. Inicialmente, determinava que o pretendente morasse na área onde exerceria suas atividades, há, pelo menos, dois anos, soubesse ler e escrever, fosse maior de dezoito anos e dispusesse de tempo integral para exercer suas atividades⁴.

O Decreto 3.189, de 4 de outubro de 1999, fixa diretrizes para o exercício da atividade de ACS e estabelece que ele resida na própria comunidade e tenha espírito de liderança e de solidariedade. A publicação desse documento constitui um marco para a categoria, cujo dia é comemorado em 4 de outubro³. Posteriormente, a Lei 10.507/2002 cria a profissão de ACS e exige que ele resida na comunidade onde atua, tenha concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de ACS e possua ensino fundamental completo².

Por fim, a Lei 11.350/2006 estabelece que os requisitos para exercer a profissão de ACS são: residir na comunidade assistida em que atuar desde a data da publicação do edital

do processo seletivo público; ter concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada e o ensino fundamental¹.

Portanto, observa-se que, ao longo do tempo, houve discreta elevação do nível de escolaridade, de alfabetizado para ensino fundamental completo. As exigências na formação dos ACS ficaram mais evidentes com a Lei que cria a profissão e estabelece curso de qualificação básica, e da Portaria 648/2006, que determina curso introdutório e formação continuada⁵. Em oposto à ascensão desses critérios, está a exigência de ter espírito de liderança e solidariedade, menos evidentes. A solicitação de residir na comunidade mudou para estar instalado na comunidade a partir da data de publicação do edital do concurso para ACS. A carga horária de trabalho é de 40 horas semanais.

Atendidos os pré-requisitos, os candidatos à vaga de ACS deverão submeter-se a um processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atendam aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência¹.

O objetivo deste estudo é descrever o perfil profissional dos ACS de Manaus, levando-se em consideração os pré-requisitos para exercer a profissão.

Material e Métodos

Estudo transversal, quantitativo, de caráter analítico e descritivo com dados primários coletados por meio de questionário de autopreenchimento e questões objetivas e discursivas.

No estudo transversal os dados são coletados num único momento, período de tempo, sem seguimento dos indivíduos. É indicado para obter informações de grandes populações. Permite descrever as características destas, sobre determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição⁶.

Segundo Minayo et al.⁷ o método quantitativo tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis e deve ser utilizado para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, classificá-los e torná-los inteligíveis mediante variáveis.

O estudo foi realizado em 2010 em Manaus-AM e apresentou uma população de 1.802.525 habitantes⁸. Nela, a proposta da ABS ocorreu em 1998 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com 368 ACS⁹, e pela aprovação do Programa Médico da Família, no respectivo ano, mas implantado em 1999¹⁰. Em julho de 2001, por meio da Resolução 023/CMS, do Conselho Municipal de Saúde (CMS), o PMF foi convertido em Programa Saúde da Família (PSF) e contou com 1.161 ACS^{11, 12}. Atualmente, a rede pública de ABS de Manaus está estruturada em cinco distritos sanitários, quatro urbanos e um rural, denominados norte, sul, leste, oeste e rural¹³.

A população foi composta de ACS da ESF dos quatro distritos sanitários urbanos, que representa um número de 1.450 ACS¹³. A amostra calculada do estudo constituiu-se de 369 ACS, distribuídos de forma estratificada proporcional entre os quatro distritos avaliados.

O sorteio aleatório simples foi adotado para chegar aos ACS da amostra. Considerando o quantitativo de ACS por equipe da ESF - máximo doze e mínimo seis - com a possibilidade, neste último caso, de algum ACS não atender aos critérios de inclusão, estimou-se um mínimo de cinco e o limite de doze ACS participantes por equipe da ESF.

Os participantes foram incluídos na pesquisa quando todos os critérios listados fossem alcançados pelo sujeito: ser ACS; ter no mínimo um ano de atuação profissional, garantindo a experiência e vivência na área; aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: ACS em férias ou qualquer tipo de licença e que não aceitasse participar do estudo.

A pesquisa de campo ocorreu no segundo semestre de 2010. O instrumento utilizado para coleta foi um questionário de autopreenchimento, com questões objetivas e discursivas sobre perfil dos ACS de Manaus. O projeto de pesquisa foi aprovado sob o protocolo CAAE 0258.0.115.000-10.

A análise estatística foi realizada por um especialista da área, Érico Jander. O banco de dados foi construído no *Microsoft Office Excel*® - versão 2007, além de aplicada a tabela dinâmica, a fim de identificar e corrigir possíveis erros sistemáticos que poderiam comprometer a validade dos resultados.

As informações sobre o perfil profissional dos ACS foram analisadas em duas etapas: descritiva e analítica. A comparação entre médias foi realizada o *Teste de Mann-Whitney*, uma vez que os pressupostos necessários para a utilização do teste de *T de Student*, não foram satisfeitos. Empregou-se para análise o programa *R*® - versão 2.11. Para todas as análises, foi fixado um nível de significância igual a 0.05 e um coeficiente de confiança de 95%.

Resultados e Discussão

O perfil dos ACS de Manaus-AM demonstra que os ACS apresentam *idade* média de quarenta anos e os intervalos mais frequentes de idade estão entre 31 e 40 anos, 172 (46,6%) e 41 e 50 anos, 123 (33,3%) (tabela 1). Esta idade representa uma população trabalhadora adulta e segue a tendência do mercado de trabalho de ter maior número de trabalhadores na faixa etária acima de 30 anos. De acordo com o censo de 2010, o fato deve-se ao envelhecimento da população, cuja idade média passou de 28 anos, em 2000, para 29 anos em 2010, o que, também, está fundamentado pelo aumento do trabalho informal, haja vista, que o trabalhador tem de continuar ativo para prover sustento familiar e aposentadoria, uma vez que poucos trabalhadores informais dispõem de aposentadoria⁸.

Ao analisar a idade dos participantes com o tempo de exercício profissional, em média 10 anos, nota-se a referida idade de ingresso no mercado de trabalho, hoje, trabalhadores com experiência profissional, conhecedores das suas atribuições práticas. Pesquisadores afirmam que os ACS descobriram o significado de ser ACS somente no decorrer da prática efetiva¹⁴. Os mesmos profissionais, com mais de dois anos de atuação, já dominam a área sob seus cuidados, conhecem os locais e famílias de risco e os conflitos da comunidade¹⁵. Outros estudos detectaram que o tempo de permanência na atividade é fator importante para o estabelecimento da assistência proposta¹⁶. Os ACS de mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizade¹⁷.

A faixa etária mais elevada na atividade de ACS contribui para a vivência na profissão e favorece a realização das ações de educação em saúde na comunidade, visto ser uma atividade exclusiva para prestar serviço ao SUS, com pouca ou nenhuma oportunidade de adquirir experiência antes de ser ACS. Esse fato os torna privilegiados em relação a outros ACS mais novos no quesito experiência prática.

Outros pontos favoráveis a ter mais idade são a possibilidade de esses ACS terem maior visão sobre a organização e a estrutura familiar e, assim, poderem contribuir para ele trabalhar a família e não só o indivíduo. O ACS mais velho e experiente também tem mais oportunidade de identificar o interesse das pessoas nas diversas fases da vida e, então, podem abordá-las de maneira mais habilidosa para conquistar atenção e adesão.

Ainda assim, é importante pontuar outros fatores positivos e negativos arrolados em cada idade dos ACS para, então, traçar o projeto de formação mais adequado a cada perfil, visto ser a formação, somada ao tempo de trabalho, um dos grandes diferenciais na atuação profissional.

A maioria dos profissionais - 321 (87,0%) – são mulheres e apenas 47 (12,8%) homens (tabela 1). Cabe levantar que o número de mulheres no Brasil é superior ao de

homens. Em 2010, os resultados apontaram existirem 95,9 homens para cada 100 mulheres, ou seja, existem 3,9 milhões de mulheres a mais que homens no Brasil. Em Manaus, a população masculina é de 879.893 mil e a de mulheres, 922.632, o que representa uma diferença de 42.739 mil mulheres⁸.

A prevalência de mulheres na profissão de ACS pode estar ligada a diversos fatores, como ter maior contato com vizinhos e prestar-lhes ajuda nos casos de doença; participar mais de atividades sociais, clube de mães, reuniões religiosas, associação de moradores; e apresentar mais disposição, tempo para realizar trabalho voluntário na comunidade. Esses atributos são encontrados com maior frequência entre as mulheres e devem favorecer a indicação para serem ACS, em especial no início do Programa, quando, possivelmente, se pôde priorizar essas características.

O fato de haver mais mulheres pode estar intimamente ligado ao papel de cuidador, desempenhado na sociedade, por serem as principais responsáveis pela educação e pela alimentação das crianças e pelos cuidados prestados aos membros idosos da família¹⁸.

Outro ponto é a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, porque, além de prover sustento à família, mesmo assim, continua responsável pelos afazeres da casa e tem de cuidar dos filhos, maridos, pais. Ser ACS representou, assim, oportunidade financeira e maneira de ficar próximo da casa e da família. Desde a implantação do PACS, a contratação de mulheres foi priorizada com o pressuposto de causar impacto na condição social delas por meio do trabalho remunerado¹⁹.

A predominância do sexo feminino na profissão de ACS é evidente, fato que deve favorecer as ações relacionadas à saúde da mulher e ao acesso às residências dos comunitários. As famílias podem ficar constrangidas em revelar certas particularidades do universo feminino a um ACS do sexo masculino, além da dificuldade de acesso às moradias¹⁷.

Por fim, a identificação das mulheres com os cuidados à saúde é notável e perdura por vários anos. O fenômeno da feminilização da mão de obra nas atividades de saúde não representa fato novo e abrange do nível superior ao técnico ou mesmo elementar. As mulheres representam quase 80% da força de trabalho em saúde²⁰.

Tabela 1. Perfil dos ACS referente à idade, sexo, raça/cor, número de filhos e estado civil, Manaus-AM, 2010.

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
27 – 30	29	7,9
31 – 40	172	46,6
41 – 50	123	33,3
51 – 60	36	9,8
61 – 64	2	0,5
NI	7	1,9
Média de Idade	40,21	
Desvio-Padrão	7,62	
Sexo		
Feminino	321	87,0
Masculino	47	12,7
NI	1	0,3
Raça/cor		
Parda	314	85,1
Branca	37	10,0
Preta	13	3,5
Amarela	3	0,8
Indígena	2	0,5
Número de Filhos		
Nenhum	50	13,6
1 – 2	168	45,5
3 – 4	118	32,0
5 – 6	28	7,6
7 – 10	5	1,4
Estado civil		
Casado (a)	137	37,1
Solteiro (a)	123	33,3
União estável	85	23,0
Separado (a) /divorciado (a)	16	4,3
Viúvo (a)	3	0,8
NI	5	1,4
Total	369	100,0

NI – não informado

A raça/cor mais frequente é parda 314 (85,1%), seguida da branca 37 (10,0%) e, em último lugar, a indígena, com apenas 2 (0,5%) dos ACS (tabela 1). Esse resultado implica uma possível ocultação da raça/cor indígena, seja pelo receio de sofrer discriminação, seja pela perda dos valores e da identidade indígena ao longo do tempo. Em 2000, a população de Manaus estava composta por 63,93% de pardos, 31,88% brancos e 0,56 indígenas²¹. Em 2010, os índios autodeclarados compunham 0,4% da população brasileira e somavam cerca de 519 mil indivíduos. Desses, mais da metade estava concentrada na região amazônica do Norte e Centro-Oeste⁸.

A média de filhos entre os ACS é de 2,3, entretanto o intervalo de maior predomínio esta entre um a dois filhos o que representa 168 (45,5%) dos ACS (tabela 1). Esse dado é próximo ao de outros cuja média foi de 2 filhos¹⁵. As regiões Norte e Nordeste do Brasil têm as maiores taxas de fecundidade: 2,5 para a primeira e 2,2 para a segunda região²².

As vantagens de ter passado pelo exercício da maternidade ou paternidade trazem consigo vivências sobre saúde infantil, geradas pelas experiências no cuidado de seus filhos¹⁷.

O estado civil casado supera o de solteiro e o de união estável (tabela 1). É provável que 222 (60,1%) dos ACS tenham atribuição de chefes de família ou pelo menos vivência de união, o que favorece a experiência de cumplicidade e compartilhamento de responsabilidade.

Entre os ACS, a presença de tabagismo, 27 (7,3%) e etilismo, 66 (17,9%), são baixos, mas mesmo nesta proporção, pode comprometer as atividades de promoção e prevenção de agravos deles decorrentes, bem como causar danos à própria saúde.

O peso dos ACS de Manaus (tabela 2) está discretamente abaixo da mediana do Brasil e discretamente inferior ao do estado do Amazonas, se comparado com a faixa etária de 35 a 44 anos³⁹. Para as mulheres, os comparativos das medianas de peso são 63kg ACS; 63kg AM e 63,8kg Brasil. O comparativo masculino fica em 71,7kg ACS; 73,3 AM e 74,6 Brasil²³.

A altura dos ACS também segue com índices inferiores aos do Estado e do Brasil (tabela 2). A mediana feminina é de 155,0cm ACS; 157,9cm AM e 159,4cm Brasil. A altura da população masculina é 165,0cm ACS; 169,0cm AM e 171,0cm Brasil²³.

A discordância com os dados estaduais pode ter como causa a concentração do estudo em um só público, os ACS, deduzida a menor oferta de nutrientes, na fase de crescimento dessa população. É comum a discrepância na comparação com dados gerais do Brasil e, para tanto, há pesquisas por região, estado e município.

O Índice de Massa Corporal (IMC) encontrado entre os ACS de Manaus - 27 kg/m² para as mulheres e 26 kg/m² para os homens - revela excesso de peso em ambos os sexos (tabela 2). Indivíduos com IMC acima de 25 kg/m² são classificados como portadores de sobrepeso com risco de morbididades aumentado²⁴.

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008-2009 aponta excesso de peso da população adulta, acima de 20 anos²³. O sobrepeso na amostra masculina é de 49% e, na feminina, 50,1%⁸. O excesso de peso e a obesidade são mais frequentes na faixa etária entre 45 e 54 anos nos homens, e 55 e 64 anos nas mulheres⁸. Tal informação, considerada a faixa etária dos ACS, 40 anos e, ainda, a presença de sobrepeso entre os ACS de Manaus, torna necessária a adoção de ações de promoção à saúde nutricional desses importantes trabalhadores.

A manutenção da capacidade para o trabalho tem resultados positivos na determinação da saúde, bem-estar e empregabilidade dos trabalhadores, com benefícios para as organizações e para a sociedade em função de seus impactos sobre a produtividade, absenteísmo e custos sociais decorrentes das pensões por incapacidade e da assistência às doenças²⁵.

O sobrepeso pode evoluir para a obesidade e os riscos mais importantes são o desencadeamento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes tipo 2, e as doenças

cardiovasculares, com consequência de maior risco de morte prematura ou redução da qualidade de vida do indivíduo²⁶. É recomendável para indivíduos adultos, IMC de 18,5 a 24,9 kg/m² e, ainda, que se evitem ganhos de peso maiores do que 5 kg ao longo da vida adulta²⁷.

Tabela 2. Perfil dos ACS relativo a peso, altura e IMC, Manaus-AM, 2010.

Variáveis	Sexo		P-valor
	Feminino	Masculino	
Peso (Kg)			
Média	65,19	71,46	<0.001
Desvio-Padrão	12,45	10,75	
Mediana	63	71,75	
n	308	44	
Altura (cm)			
Média	155,11	166,18	<0.001
Desvio-Padrão	6,75	6,01	
Mediana	155	165	
n	306	45	
IMC (kg/m²)			
Média	27,07	25,91	0,221
Desvio-Padrão	4,61	3,87	
Mediana	26,43	26,11	
n	302	44	

Teste de Teste de Mann-Whitney. IMC = Índice de Massa Corporal

A escolaridade *ensino médio completo*, predomina, 307 (83,2%) (Tabela 3). Os ACS atendem quase por completo a esse requisito, 365 (99%) dos participantes. Além disso, 361 (97,9%) ultrapassam a requerida escolaridade e concentram a vantagem no ensino médio completo. A escolaridade exigida pelo MS para ser ACS é apenas ensino fundamental completo².

O requisito de mais anos de estudo favorece o desenvolvimento da vasta e complexa atribuição dos ACS. Para uma visão mais concreta dessa magnitude, basta observar o contexto socioeconômico do próprio profissional, a transformação do conhecimento teórico em prática, a missão de aproximar a comunidade da equipe da ESF, a tarefa de estimular a participação

social dos comunitários e, ainda, a necessidade de dominar mais recursos tecnológicos para serem aplicados à ABS.

A segunda escolaridade mais frequente foi nível superior incompleto 39 (10,6%) dos ACS, ordem presente em outras regiões do Brasil. É evidente que, quanto maior o grau de escolaridade, mais condições terá o ACS de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade^{17,28}. Após o ensino médio completo, o curso superior é o mais frequente entre os profissionais dessa nova área de trabalho em saúde¹⁵.

Quanto ao ensino superior, é extraordinário o ACS graduar-se, embora caiba analisar qual o curso superior dos ACS e se hoje é possível escolher uma formação superior que contemple a sua atuação profissional.

Ao discutir o processo de formação ou qualificação de recursos humanos, é fundamental ter clareza em três aspectos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e quais competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional²⁹.

Diante disso e considerando o quantitativo de ACS no Brasil, mais de 246 mil.³⁰ As atribuições profissionais, os bons resultados obtidos com o trabalho dos ACS para a saúde da população, a contribuição para a consolidação e reestruturação da ABS no SUS, o desenvolvimento socioeconômico, somados à procura espontânea dos ACS para cursar nível superior, à necessidade de valorização da classe profissional, à remuneração compatível com as atribuições/formação e à possibilidade de perdas futuras de profissionais experientes, torna-se necessário refletir um curso superior, direcionado ao perfil e às atribuições dos ACS.

Do contrário, caberá sempre reiniciar o árduo processo de formação, agora não só para os ACS, que irão garantir novas áreas de cobertura da ESF, mas também para substituir os que abandonaram a profissão.

Alerta-se que uma das causas de elevação dos custos é a contratação de trabalhadores sem qualificação profissional para o exercício de ações de saúde, como no caso dos ACS³¹, já que o estudo mostra que a totalidade dos ACS entrevistados não tinha experiência prévia na área²⁸. No início do exercício profissional, recebem pouco treinamento e, além de não haver profissionais com formação específica para a saúde da família, os esquemas de educação permanente são precários³². Mesmo com todos os esforços, não será possível, de imediato, ter o saber prático dos ACS mais antigos. O tempo de permanência na estratégia é importante para o entendimento do papel do ACS, construído nas suas práticas cotidianas¹⁷.

O ACS é um cidadão que emerge das comunidades e se integra às equipes de saúde, sem trazer qualquer bagagem cultural ou técnica, específicas dessa área. Esse papel lhe é conferido pela instituição executora das políticas públicas de saúde, com acesso a novas práticas, mediante incipientes dinâmicas de capacitação¹⁴.

A elevação da formação e transferência da mesma para as universidades poderá facilitar o processo de ensino, proporcionará valorização do profissional ACS, elevará o número de brasileiros com curso superior, em área que carece de profissionais qualificados, concentrará o perfil de promoção à saúde e prevenção de doenças, o que tornará a ABS mais plena e, ainda por fim, a afirmação de que o ACS é mão de obra barata e não qualificada para o SUS.

Os achados também apontam um dado significativo: 267 (72,4%) dos ACS de Manaus possuem *cursos na área da saúde*, do nível elementar ao curso superior completo, sem contar os cursos de qualificação e educação continuada para ACS. Dentre os cursos, o mais presente é o de nível médio, Técnico de Enfermagem 237 (88,8%). O respectivo conhecimento é relevante para o trabalho em saúde. No entanto, tal saber pode ser um facilitador para que o ACS, além de desempenhar suas atribuições profissionais, também faça outros serviços, fato apontado, dentro da amostra, porque 286 (77,5%) dos ACS dizem

realizar trabalhos que não são da sua responsabilidade, sendo o mais habitual o trabalho de técnico de enfermagem, pontuado por 191 (66,8%) dos ACS.

Apesar dessa evidência, os ACS de Mossoró/RN desejaram ter capacitações em Auxiliar de Enfermagem, 33 (24,62%), seguido de Relações Humanas, 27 (20,14%), no intuito de maximizar o seu desempenho³¹.

As capacitações mais desejadas pelos ACS eram atualização, curso de auxiliar de enfermagem e relações humanas. Também sugeriram sua transformação em auxiliares de enfermagem a fim de, no entendimento deles, facilitar a atuação junto à população³².

Quanto ao *curso introdutório de formação inicial e continuada* para os ACS, segundo a Gerência da Educação na Saúde (GESAU) da SEMSA, 1418 profissionais da Atenção Básica realizaram o mesmo no período de outubro de 2010 a abril de 2011.

O curso de formação em *Técnico de Agente Comunitário de Saúde* (TACS) está em andamento, frequentado por 289 (78,3%) dos participantes da pesquisa (Tabela 3). Quanto ao título de TACS, 353 (95,7%) afirmaram não possuí-lo. Os ACS demonstram anseio em concluir o curso de formação, no intuito de ter aumento salarial, equiparado ao de Técnico de Enfermagem.

O trabalho do ACS diferencia-se dos outros trabalhadores da área da saúde, porque esse profissional, mesmo não reconhecido como técnico por não ter uma formação científica, atua em várias situações ao mesmo tempo, que envolvem questões sobre saúde/doença, educação/informação, prevenção/assistência, bem como contato direto e constante com o usuário de seus serviços³³.

Estudo prévio diz que os ACS não recebem capacitações e não passam por atualizações sobre assuntos relacionados à saúde e às novas tecnologias existentes e para alguns, ter de lidar com o computador pode significar um martírio, porque não foram qualificados para o seu uso¹⁵.

A formação em ACS constitui um instrumento fundamental para o acesso à profissão e para o aumento de poder no mercado de trabalho. Essa profissionalização se torna um meio para que os ACS possam conquistar o direito de exercer uma determinada atividade produtiva, obter controle sobre o seu exercício e abrir possibilidade de mobilidade social no interior do sistema produtivo³⁴.

Tabela 3. Perfil profissional dos ACS referente à escolaridade, formação, residência, tempo de ACS, participação de atividade social, Manaus-AM, 2010.

Variáveis	n	%
Escolaridade		
Alfabetização	2	0,5
Ensino fundamental incompleto	2	0,5
Ensino fundamental completo	4	1,1
Ensino médio incompleto	12	3,3
Ensino médio completo	307	83,2
Ensino superior incompleto	39	10,6
Ensino superior completo	3	0,8
Cursando Técnico de Agente Comunitário de Saúde		
Sim	289	78,3
Não	80	21,7
Reside na comunidade onde trabalha		
Sim	271	73,4
Não	98	26,6
Tempo de ACS (anos)		
1 – 4	4	1,1
5 – 8	20	5,4
9 – 12	341	92,4
13 – 14	4	1,1
	Média	10,2
	Desvio-Padrão	1,53
Participa de atividade social na comunidade		
Não	219	59,3
Sim	150	40,7
Total	369	100,0

ACS = Agente Comunitário de Saúde. NI = Não informado.

A relação de trabalho dos ACS é diferenciada pelo fato de residirem na própria comunidade onde trabalham, desenvolverem suas atividades diretamente no seu contexto sociodemográfico^{2,35,36}. A exigência de *residir na comunidade* é atendida por 271 (73,4%)

(Tabela 3) Dessa amostra específica, o tempo médio de moradia é de 17 anos. O intervalo de nove a doze anos de residência na comunidade representa 80 (29,5%) dos ACS. O período superior a esse intervalo é o mais frequente, tendo 162 (59,8%) dos participantes com treze anos ou mais instalados na comunidade e apenas 29 (10,7%) com tempo de moradia inferior a oito anos.

Ao analisar o tempo de moradia na comunidade, somado ao tempo de exercício profissional (Tabela 3), em média dez anos, e mais os anos de início do programa na Capital entre 10 e 11 anos, nota-se o cumprimento do requisito na admissão. Vale ressaltar que, em 1999, Manaus tinha 368 ACS e, em 2001, 1.161 profissionais. Tal fato se deve, ao estímulo do MS, por meio de recursos financeiros para que os municípios implantassem equipes de saúde da família^{10, 11}.

Os benefícios de residirem na comunidade são diversos, como conhecimento dos locais, das famílias em risco e dos conflitos da comunidade¹⁵. Os ACS vivenciam, porém, constrangimentos no trabalho, por pertencerem à mesma comunidade onde desempenham seu papel profissional³⁷.

Contudo, 98 (26,6%) dos ACS da amostra não residem na comunidade onde trabalham. Nesse sentido, algumas inferências podem ser levantadas para elucidar o motivo do desacordo. Primeiro, a implantação do Programa Social e Ambiental dos Igarapés de Manaus – PROSAMIM, com possível deslocamento de ACS que residiam às margens de igarapés para outros bairros fora do local de trabalho; segundo, a mudança na estrutura da unidade de saúde de UBFS para módulo e o deslocamento da equipe da UBSF para a UBS e/ou para casas alugadas e, ainda, o agrupamento de equipes de ACS na mesma UBSF. Tais fatos, conseqüentemente, redimensionam a área de atuação do ACS.

Há evidência do redimensionamento e possíveis conseqüências podem ser vistas ao observar o tipo de estrutura ocupada pelas equipes participantes e a frequência dos que não

moram na comunidade. Ao todo, foram 77 equipes de ACS que participaram da pesquisa: 61 instaladas em Unidade Básica da Saúde da Família (UBSF) e, dessas, 2 abrigavam, no mesmo espaço, 2 equipes de ACS; 7 equipes situadas em módulos; 6 em Unidade Básica de Saúde (UBS); 2 imóveis alugados e uma em policlínica.

Os ACS que não moram na comunidade são mais frequentes entre os que trabalham em estruturas como módulos, UBS, imóveis alugados, policlínica, UBFS com 2 equipes. Nessas construções, estão 96 ACS da pesquisa e, desses, 35 (36,5%) residem fora da comunidade. Os outros 273 ACS trabalham em estrutura comum e 63 (23,1%) não moram na comunidade. Portanto, o percentual indica que o deslocamento das equipes tende a separar os ACS do local onde residem e trabalham.

A maioria dos ACS é originária do próprio estado do Amazonas, 295 (80,2%) e, em segundo, do Pará 47 (12,8%). Ao todo foram dez Estados de origem dos ACS e, desses, 90% estão localizados em apenas duas regiões do Brasil: Norte (AM, AC, PA, RO, RR) e Nordeste (BA, CE, MA, PI).

Os resultados colhidos sobre a *participação dos ACS em atividade social* na comunidade, foram: 150 (40,7%) dos ACS compartilham de atividade social e 219 (59,3%) não compartilham (tabela 3). As atividades sociais de que os ACS mais participam são Grupo Religioso 123 (82%) e Associação de Moradores 15 (10%) dos ACS.

O ACS pode ser visto como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas não restritas ao campo da saúde, ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do SUS. Tem um perfil social composto basicamente por sua capacidade de liderança e uma história de iniciativas na linha da ajuda solidária intracomunitária. Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACS tem de ser ancorado nesse perfil social³⁸.

O quesito *Tempo Integral de Trabalho*, com a exigência de 40 horas semanais, é questionável. Primeiro, não é fácil separar o tempo de trabalho e descanso dos ACS, porque, por residirem na mesma comunidade, há constantes solicitações fora do horário de expediente, conforme registro de 255 (69,1%) dos ACS, principalmente em casos de emergência. As maiores frequências mensais desses episódios são de 1 a 4 solicitações por mês, o que representa 153 (60%) dos ACS.

Os usuários assediam os ACS em locais públicos ou em suas residências em qualquer horário. A porosidade entre trabalhar e morar na mesma comunidade expõe excessivamente os trabalhadores e há elevada contaminação do tempo do não trabalho^{37,38}.

O segundo questionamento diz respeito à realização de atividades extras pelos ACS, sem adentrar no horário. Há possibilidade de que algumas sejam desenvolvidas simultaneamente ao horário de trabalho como ACS, em virtude do ramo de atividade. Entretanto, houve relatos espontâneos de que o trabalho extra é feito à noite, aos sábados ou nos finais de semana.

Os resultados mostram que 130 (35,2%) dos ACS realizam atividade extra. Dentre elas, os ramos de trabalho mais comuns são comércio 95 (70,4%) e serviços 35 (25,9%). A comercialização de produtos, na maioria das vezes, é feita por catálogos, sem local instalado. A identificação usada no comércio é diversa: vendedor 39 (28,9%), consultor 21 (15,6%), revendedor 7 (5,2%). Os produtos mais vendidos incluem cosméticos, joias e semijoias, roupas, alimentos (bolos, salgados). Também podem ser contemplados nesse grupo os ACS artesãos 18 (13,3%), porque, além de produzirem, comercializam seus artigos, como bordados, ponto cruz, crochê, *biscuit*, arranjos de flores. No ramo de serviços, são prestados trabalhos de cabeleireiro, costureira, cuidador, técnico de enfermagem, manicura e pedicuro, pedreiro, eletricista, segurança, diarista.

Os aspectos relacionados à *renda* têm os seguintes resultados: 102 (27,6%) dizem receber entre 1 a 1,5 salário mínimo, 164 (44,4%) de 1,5 a 2 salários mínimos. Essa pergunta teve um dos maiores índices de não informado (NI) na pesquisa 48 (13%) (Tabela 4).

A questão também foi a que mais gerou dúvida na aplicação do questionário em virtude do desconhecimento do valor bruto do salário. Alguns ACS lembravam apenas o valor depositado em conta, que diziam ser inferior, em virtude de empréstimo bancário descontado em folha, situação confirmada pela renda inferior à de um salário mínimo 5 (1,4%).

Em outros estudos, a renda do ACS variou de 1 a 2 salários mínimos e inseriu-os na classe de baixa renda, com uma inserção econômica muito semelhante à da população por eles assistida^{15,17}. O espaço onde vivem é o mesmo em que atuam. As pessoas da sua realidade social são as mesmas pessoas para quem dirigem as suas ações de cuidado¹⁴.

Para muitos ACS, a profissão foi uma oportunidade de reingresso no mercado de trabalho enquanto para outros ser ACS representou reconhecimento e remuneração do trabalho já desenvolvido como voluntários na comunidade³⁹.

Há descrição de que muitos ACS têm um papel importante na sustentação econômica de suas famílias. Essa, talvez, a razão de alguns ACS realizarem trabalhos. A quantidade de participantes que conseguem ganhos superiores a dois salários mínimos envolveu 50 (13,6%) ACS.

O MS determina que um ACS ganhe pelo menos um salário mínimo por mês⁴⁰, entretanto esse piso salarial é muito discrepante do piso dos demais profissionais da ESF e gera desvalorização do profissional ACS e também incompatibilidade com suas atribuições e competências profissionais. A remuneração também deve considerar a carga horária de trabalho, riscos ocupacionais, horas extras, sobrecarga de trabalho, gastos com deslocamento até o local dos cursos de educação continuada.

Além disso, são necessárias medidas corretivas mais enérgicas para solucionarem a realização de atribuições de outros profissionais, como de técnico de enfermagem, recepcionista, serviços gerais.

A *residência própria* é frequente, mas não contempla a todos, de modo que está ausente para, aproximadamente, um quarto da amostra (tabela 4). O tipo de estrutura parece favorável, alvenaria 318 (86,2%), no entanto, não foram vistos todos os critérios de adequação da moradia. Há dados de que 43 (11,7%) residem em casas de madeira e 8 (2,2%) em estrutura mista, constituída por madeira e alvenaria, o que levanta uma possível inadequação da moradia. Na região Norte, apenas 28,6% das moradias são consideradas adequadas⁸.

O trabalho, em conjunto com a alimentação, a moradia e a educação, constitui uma necessidade básica humana, que deve ser atendida para que se possa edificar uma vida com qualidade⁴¹.

Corroborando com a avaliação da moradia, está a rede geral de água e esgoto. O fornecimento de água para a moradia é citado por 283 (76,7%) ACS como ofertada pela concessionária Águas do Amazonas e, em seguida, de poço 79 (21,4%). No entanto, a maior parte da água ingerida tem ascendência diferente da origem da água usada para uso geral (tabela 4).

A percentagem de água oriunda e tomada diretamente do poço, sem passar por algum tratamento, corresponde a 167 (37,1%) dos ACS. A percentagem de água usada para beber, proveniente da empresa Águas do Amazonas, é igual à da água mineral, 66 (17,9%) para ambas. Os ACS que adotam algum tipo de tratamento no preparo da água para beber obtiveram os menores percentuais: tratam com hipoclorito de sódio 48 (13,0%); filtram 46 (12,5%) e, em último, o hábito de ferver a água antes de ser ingerida apenas 6 (1,6%) (tabela 4).

Os meios de eliminação dos dejetos da residência são fossa 214 (58,0%), canalização dita como “rede de esgoto” 101 (27,4%), igarapé 40 (10,8%), vala a céu aberto 11 (3,0%) (tabela 4).

Tabela 4. Perfil dos ACS relativo à renda, moradia, saneamento, Manaus-AM, 2010.

Variáveis	n	%
Renda Mensal em Salário Mínimo (SM)		
< 1	5	1,4
1 a 1,5	102	27,6
1,5 a 2	164	44,4
> 2	50	13,6
NI	48	13,0
Residência		
Própria	271	73,4
Alugada	52	14,1
Cedida	10	2,7
Outra	36	9,8
Origem da água para residência		
Águas do Amazonas	283	76,7
Poço artesiano	79	21,4
Caminhão-pipa	2	0,5
Outra	5	1,4
Água para ingestão		
Direto do poço artesiano	137	37,1
Água mineral	66	17,9
Águas do Amazonas	66	17,9
Tratada com hipoclorito de sódio	48	13,0
Filtrada	46	12,5
Fervida	6	1,6
Destino dos dejetos da residência		
Fossa	214	58,0
Rede de esgoto (canalização)	101	27,4
Igarapé	40	10,8
Vala a céu aberto	11	3,0
Outro	3	0,8
Total	369	100,0

Os menores percentuais de residências com abastecimento de água por rede geral estão concentrados na região Norte⁸. O estudo ressalta que a maior proporção de domicílios se

abastece da água de poços ou nascentes. A média nacional dos domicílios que possuem abastecimento de água por rede geral é de 83,9%, embora a porcentagem de casas que possuam esgoto sanitário adequado ainda seja inferior a 73,2% e esteja diretamente associada ao indicador de Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado.

Conclusão

A idade dos ACS de Manaus confirma a tendência do mercado de trabalho de ter população trabalhadora com mais idade, bem como o predomínio feminino nas profissões da saúde. Ambos os sexos carecem de cuidados com a saúde, devido ao sobrepeso que somado a demanda física do trabalho de ACS, favorece sintomas de lombalgia, o desgaste articular.

A escolaridade exigida pelo MS deve ser examinada para que possa corresponder a realidade presenciada, ensino médio completo, inclusive pela necessidade de valorização da classe profissional e principalmente para tornar as ações de promoção e prevenção de excelências no Brasil.

Outra razão, são os entraves na formação em Técnico em Agente Comunitário de Saúde, pois apesar dos ACS participantes dessa pesquisa, terem em média dez anos na profissão, até o momento não possuem um título de formação profissional. A situação leva-os a buscar outros cursos, não específicos, a exemplo do curso de Técnico de Enfermagem. E que ao final, pode lhes causar frustração profissional, por ter um curso e exercer outro, e ainda levá-los a realizar outras atividades, além das suas atribuições profissionais.

A maioria dos ACS residem na comunidade onde trabalha, contudo, os que não atendem o requisito, tem correlação, mais freqüente, com o local de trabalho, ou seja, são os ACS que trabalham mais em UBS, módulos. Há dificuldade para delimitar o tempo de trabalho e descanso do ACS, advindo, sobretudo, do requisito de residir na comunidade.

Conclui se que o perfil dos ACS de Manaus, atende significativamente aos requisitos do MS, entretanto, nota-se ausência de contrapartida, por parte da instituição, em relação à formação, remuneração, valorização pela exclusividade profissional ao SUS, pelos benefícios promovidos a população. Novos estudos devem ser realizados, para investigar o processo de formação, as aspirações dos mesmos, bem como aprimorar o conhecimento sobre a saúde desses trabalhadores da saúde e suas condições sócio-econômicas.

Referências

- 1 Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 6 out.
- 2 Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 11 jul.
- 3 Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa as Diretrizes para o Exercício da Atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1999; 5 out.
- 4 Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 1997; 22 dez.
- 5 Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; ?.
- 6 Minayo MCS e Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? . *Cad Saúde Pública* 1993; 9:239-262.
- 7 Silva EL, Menezes EM. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed., Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC; 2001.
- 8 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Contagem da população*. Brasília: IBGE; 2010.
- 9 Resolução Municipal nº 002, de 17 de fevereiro de 1998. Aprova o projeto de Agentes Comunitários de Saúde de Manaus. *Conselho Municipal de Saúde* (CMS) 1998; fev.
- 10 Resolução Municipal nº 006, de 29 de abril de 1998. Aprova a implantação do Programa Saúde da Família no Município de Manaus. *Conselho Municipal de Saúde* (CMS) 1998; abr.
- 11 Silva NC. *Atenção primária em saúde e contexto familiar*: análise do atributo ‘centralidade na família’ no PSF de Manaus [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
- 12 Resolução Municipal nº 023, de 2 de julho de 2001. Aprova a conversão do Programa Médico da Família para o Programa Saúde da Família no Município de Manaus. *Conselho Municipal de Saúde* (CMS) 2001; jul.
- 13 Conselho Municipal de Saúde (CMS). Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Relatório Gestão 1º trimestre de 2010. *Conselho Municipal de Saúde* (CMS) 2010.
- 14 Bachilli RG, Scavassa AJ e Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência Saúde Coletiva* 2008; 13(1):51-60.

- 15 Simões AR. O Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. *Rev Saúde Pública*. 2009; 2(1):2175-1323.
- 16 Baralhas M e Pereira MAO. Concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas assistenciais. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2011; 21 (1):31-46,
- 17 Ferraz L e Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência saúde coletiva* 2005; 10 (2):347-355.
- 18 Ellis J e Hartley CL. **Enfermagem Contemporânea: desafios, questões e tendências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
- 19 Lunardelo SR. O trabalho *do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto* [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.
- 20 Minayo-Gomez C, Machado JMH e PENA PGL (org.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
- 21 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Contagem da população*. Brasília: IBGE; 2000.
- 22 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Taxa de fecundidade*. Brasília: IBGE; 2009.
- 23 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamento Familiar (POF): Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Brasília: IBGE; 2008-2009.
- 24 Coutinho W. Obesidade: conceitos e classificação. In: Appolinario JC, Nunes MAA, Abuchaim ALG, Coutinho W, editores. **Transtornos alimentares e obesidade**, v.1. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
- 25 Martinez MC, Latorre MRDO e Fischer FM. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciência Saúde Coletiva* 2010; 15(1): 1553-1561.
- 26 Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Doenças Crônico-degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, DF; 2003.
- 27 World Health Organization (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic of obesity**. Geneva: WHO; 2004.
- 28 Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN e Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória. *Ciência Saúde Coletiva* 2011; 16(1): 231-240.
- 29 Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface* 2002; 6(10): 84-87.

- 30 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. ***Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família***. 201 [acessado 2011 jul 10]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php.
- 31 Espínola FDS e Costa ICC. Agentes Comunitários de Saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. ***Rev. Odont. Univ. cidade de SP*** 2006; 18(1): 43-51.
- 32 Pedrosa JIS e Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. ***Rev Saúde Pública*** 2001; 35(3): 303-11.
- 33 Theisen NIS. ***Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico*** [dissertação]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2004.
- 34 Melo MB, Brant LC, Oliveira LA, Santos APS. Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde: instrumento de Inclusão social. ***Trab. educ. saúde*** 2010; 7(3).
- 35 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. ***O Agente Comunitário da Saúde*** 2008. [acessado 2011 jan 6]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176.
- 36 _____. _____. Departamento de Atenção Básica. ***O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde***. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. Brasília: MS; 2009.
- 37 Jardim TA e Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. ***Interface*** 2009; 13(28): 123-135.
- 38 Nogueira RP, Silva FB e Ramos ZVO. ***A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis: O Agente Comunitário de Saúde***. Rio de Janeiro: MPOG/IPEIA; 2000.
- 39 Silva JA, Whitaker DAS. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. ***Interface*** 2002; 6(10): 75-83.
- 40 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. ***Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)***. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 41 Nahas MV. A era do estilo de vida. In: Nahas MV. ***Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo***. Londrina: Midiograf; 2001.

6. ARTIGO 2

Riscos Ocupacionais no Trabalho de Agente Comunitário de Saúde

PALHARES, Flávia Ferreira Martinez¹ e LOPES NETO, David²

¹Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia- UFAM/UFPA/ Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, FIOCRUZ-Amazônia. Fisioterapeuta do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador - CEREST/Manaus e do Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas - HUGV/UFAM. E-mail: flavia.palhares@pmm.am.gov.br

² Doutor em Enfermagem. Professor da Escola de Enfermagem de Manaus/Universidade Federal do Amazonas.

Resumo

Com o objetivo de investigar os riscos ocupacionais no ambiente de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizou-se estudo quantitativo, com 369 ACS de Manaus-AM; os aspectos éticos foram respeitados. Os resultados levantam que os principais riscos ocupacionais são: físicos - exposição solar 352 (95,4%); temperatura elevada 289 (78,3%); químicos - poeira 198 (53,7%); biológicos - tuberculose 250 (84,7%). Os riscos ergonômicos são inúmeros: longas caminhadas 231 (62,6%); muito tempo em pé 187 (50,7%); mobiliário insuficiente 326 (88,3%); falta de espaço físico 347 (94%); solicitações dos comunitários fora do horário de trabalho 255 (69,1%); atividade profissional estressante 169 (45,8%). Dentre os riscos de acidentes estão, arranjo físico inadequado 305 (82,7%); risco de assalto 212 (57,5%); armazenamento inadequado 201 (54,5%). Conclui-se que os ACS ficam expostos a diversos riscos ocupacionais, de modo que é necessário adotar medidas preventivas enérgicas, bem como estimular estudos voltados à segurança e à saúde no trabalho dos profissionais da Atenção Básica à Saúde.

Descritores: Profissional da Saúde, Riscos Ocupacionais, Condições de Trabalho, Ambiente de Trabalho, Atenção Básica à Saúde.

Occupational Risks in the Work of Community Health Agent

Abstract

In order to investigate the occupational hazards in the workplace of Community Health Agents (CHA), quantitative study was conducted with 369 CHA of Manaus-AM, ethical aspects have been respected. The findings raise that the main occupational risks are: physical - sun exposure 352 (95.4%), high temperature 289 (78.3%), chemicals - dust 198 (53.7%), biological - tuberculosis 250 (84, 7%). Ergonomic risks are many: long walks 231 (62.6%), long standing 187 (50.7%), insufficient furniture 326 (88.3%), lack of physical space 347 (94%); requests community outside of working hours 255 (69.1%), stressful professional activity 169 (45.8%). Among the risks of accidents, are inadequate physical arrangement 305 (82.7%), risk of assault 212 (57.5%), improper storage 201 (54.5%). Concludes that the CHA are exposed to various occupational hazards, so it is necessary to take vigorous preventive actions and to encourage studies focused on health and safety at work of the professionals in Primary Health Care

Descriptors: Health Personnel, Occupational Risks, Working Conditions, Working Environment, Occupational Health.

Introdução

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) trabalha exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças na Atenção Básica à Saúde (ABS). As ações são desenvolvidas em conjunto com os demais membros da Estratégia Saúde da Família (ESF) e/ou Estratégia Agente Comunitários da Saúde (EACS)¹⁻³.

Dentre as atribuições específicas do ACS, estão desenvolver ações de integração entre a equipe de saúde e a população; cadastrar e atualizar os dados das pessoas de sua microárea; estar em contato permanente com as famílias; desenvolver ações educativas nos domicílios e na comunidade; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponível; acompanhar, por meio de visita domiciliar, as famílias e indivíduos; desenvolver atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças, agravos e de vigilância; manter a equipe informada. Além delas, o ACS deve desenvolver atribuições gerais em conjunto com a equipe da ESF. O ACS pode desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às respectivas atribuições referidas³.

Aos analisar as atribuições profissionais do ACS, nota-se a complexidade do seu ambiente de trabalho, porque, para cumpri-las, é primordial realizar visitas domiciliares, percorrer a comunidade, repassar informações à equipe, fazer anotações, lançar produção. Portanto, o ambiente é extenso, desde um local fechado, unidade de saúde e casa do comunitário, até externo, a céu aberto, enquanto caminha pela comunidade.

O ambiente de trabalho é o local onde o trabalhador desenvolve sua atividade profissional e obtém os meios para prover sua sobrevivência; nele, geralmente, passa a maior parte do tempo de sua vida e isso pode interferir, direto ou indiretamente, na qualidade de vida do trabalhador e nos resultados do próprio trabalho⁴.

Agregado ao local de trabalho do ACS, está o meio ambiente, marcante nas periferias de metrópoles, pela degradação ambiental, falta de infraestrutura básica, desigualdade socioeconômica, falta de habitação, acidentes industriais e ocupações de áreas de risco. As comunidades vulneráveis nem sempre têm capacidade de reconhecer e enfrentar seus problemas socioambientais e sanitários⁵.

Retornando ao ambiente interno de trabalho do ACS, geralmente ele é restrito e, na maior parte, não climatizado e compartilhado com toda a equipe e usuários; poucos recursos e equipamentos para trabalhar e proteger-se. Integrando o ambiente delimitado, está a casa do comunitário, por vezes precária, haja vista as condições socioeconômicas. O espaço externo, territorial da comunidade, na maioria, carece de ações públicas de pavimentação, acessibilidade e arborização.

Além das dimensões espaciais do ambiente de trabalho do ACS, veem-se também as extensões interpessoais complexas, pois ele, além de saber lidar e de relacionar-se com a sua equipe de trabalho e com os usuários, tem a difícil missão de harmonizar as falas e os encontros destes. Para finalizar, o ACS deve viver em meio próximo ao seu ambiente de trabalho e residir na comunidade onde trabalha². O quesito pode gerar implicações sociais e risco de contágio do seu tempo de ócio.

O ACS, por fazer parte da comunidade e ser membro da equipe de saúde, ajuda a criar a relação de confiança, vínculo e acolhimento das famílias com os demais membros da equipe de saúde⁶.

Ante esse contexto de trabalho, brotou o interesse em avaliar os riscos ocupacionais no ambiente de trabalho dos ACS de Manaus-AM. Para tanto, adotou-se como base o mapa de riscos ocupacionais, que contempla riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes de trabalho. Nessa base, a classificação dos principais riscos ocupacionais está em grupos, de acordo com a natureza e padronização das cores correspondentes⁷ (Quadro 1).

Classificação dos Principais Riscos Ocupacionais em Grupos, de acordo com a sua Natureza e a Padronização das Cores Correspondentes				
Grupo 1 Verde	Grupo 2 Vermelho	Grupo 3 Marrom	Grupo 4 Amarelo	Grupo 5 Azul
Riscos Físicos	Riscos Químicos	Riscos Biológicos	Riscos Ergonômicos	Riscos de Acidentes
Ruídos	Poeiras	Vírus	Esforço físico intenso	Arranjo físico inadequado
Vibrações	Fumos	Bactérias	Levantamento e transporte manual de peso	Máquinas e equipamentos sem proteção
Radiações ionizantes	Névoas	Protozoários	Exigência de postura inadequada	Ferramentas inadequadas ou defeituosas
Radiações não ionizantes	Neblinas	Fungos	Controle rígido de produtividade	Iluminação inadequada
Frio	Gases	Parasitas	Imposição de ritmos excessivos	Eletricidade
Calor	Vapores	Bacilos	Trabalho em turno ou noturno	Probabilidade de incêndio ou explosão
Pressões anormais	Substâncias compostas ou produtos químicos em geral	–	Jornada de trabalho prolongada	Armazenamento inadequado
Umidade	–	–	Monotonia e repetitividade	Animais peçonhentos
–	–	–	Outras situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico	Outras atuações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes

Quadro 1: Classificação dos Principais Riscos Ocupacionais em Grupos, de acordo com a sua Natureza e a Padronização das Cores Correspondentes. Fonte: BRASIL, 1994. Portaria nº 25, de 29/12/94. Anexo IV⁷.

O mapa de risco é um instrumento regulamentado pela Portaria nº 25, de 29 de dezembro de 1994, e um de seus objetivos é reunir informações para estabelecer o diagnóstico da situação do ambiente de trabalho. No processo, devem-se identificar os riscos existentes no local avaliado. O recurso é comum a várias empresas e instituições, além de largamente utilizado para diagnosticar, possibilitar divulgação e estimular a participação dos trabalhadores⁷. Desse modo, acredita-se que o instrumento proporciona melhor estruturação do estudo, facilita a identificação dos riscos e ainda poderá ser uma prévia para a própria instituição e trabalhadores.

A problemática do estudo decorre da importância dos ACS à saúde da população brasileira e à consolidação do SUS, sempre mencionada pelo Ministério da Saúde (MS). A quantidade de profissionais, mais de 246 mil ACS⁸, em crescente demanda, tem, em

contrapartida, o restrito conhecimento sobre os riscos ocupacionais relacionados à atividade. O objetivo deste estudo é investigar os principais riscos ocupacionais a que estão expostos os ACS de Manaus-AM.

Material e Métodos

Estudo transversal, quantitativo de caráter analítico e descritivo com dados primários coletados por meio de questionário de autopreenchimento, com questões objetivas e discursivas para conhecer os riscos ocupacionais do ambiente de trabalho dos ACS.

Segundo Minayo e Sanches (1993), o método quantitativo tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Devem, ainda, ser utilizados para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, classificá-los e torná-los inteligíveis mediante variáveis⁹. A abordagem quantitativa, positivista e dedutiva procura confirmar as hipóteses investigadas ou gerar outras, com a utilização de métodos estatísticos confiáveis, replicáveis para mensurar o impacto ou o efeito de uma intervenção¹⁰.

O estudo foi realizado em Manaus-AM, com uma população de 1.802.525 habitantes (IBGE, 2010)¹¹. Em Manaus, a proposta da ABS ocorreu em 1998 por meio do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), com 368 ACS¹², e da aprovação do Programa Médico da Família, no respectivo ano, mas implantado em 1999^{13,14}. Em julho de 2001, por meio da Resolução nº 023/CMS do Conselho Municipal de Saúde (CMS), o Programa Médico da Família foi convertido em Programa Saúde da Família (PSF) e contou com 1.161 ACS^{15,16}. A rede pública de ABS do município de Manaus está estruturada, hoje, em cinco distritos sanitários de saúde, quatro urbanos e um rural, denominados: norte, sul, leste, oeste e rural¹⁷.

A população deste estudo foi composta por ACS dos quatro distritos urbanos, representando 1.450 ACS. A amostra calculada constituiu-se de 369 ACS, distribuídos de

forma estratificada, proporcional entre os quatro distritos. Adotou-se sorteio aleatório simples para chegar à amostra.

Os participantes foram incluídos na pesquisa quando todos os critérios listados fossem alcançados pelo sujeito: ser ACS; ter no mínimo um ano de atuação profissional, garantindo a experiência e vivência na área; aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: ACS em férias ou qualquer tipo de licença e que não aceitasse participar do estudo.

A pesquisa ocorreu no segundo semestre de 2010. O instrumento utilizado para coleta foi um questionário de autopreenchimento, com questões objetivas e discursivas sobre riscos ocupacionais.

A análise estatística foi realizada por um especialista da área, Érico Jander. O banco de dados foi construído no *Microsoft Office Excel*® - versão 2007, além de aplicada a tabela dinâmica, a fim de identificar e corrigir possíveis erros sistemáticos que poderiam comprometer a validade dos resultados. Neste instrumento foi calculado as medidas de posição (média, mediana) e de variabilidade pelo desvio padrão.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa não ofereceu risco previsível aos ACS e nela foram resguardadas as questões éticas de confidencialidade da identidade dos sujeitos, seus direitos de participação livre e esclarecida por meio do TCLE. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Amazonas, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸ e aprovado, Protocolo CAAE nº 0258.0.115.000-10. Em conformidade com o que preconiza a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, o projeto de pesquisa foi encaminhado à gerência de ABS da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e, posteriormente, aos diretores dos distritos sanitários urbanos, informando-os da pesquisa e da proposta de cronograma, e ainda, assegurando os que os resultados serão divulgados na instituição.

Resultados e Discussão

Os resultados gerais dos riscos ocupacionais no trabalho de ACS estão consolidados em cinco grupos de riscos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes de trabalho. Alguns achados, além dos descritos pela classificação de riscos ocupacionais, foram incluídos nos grupos, de acordo com a afinidade e natureza, uma vez que cada ambiente de trabalho possui suas próprias particularidades.

A percentagem de riscos ocupacionais citados pelos ACS, na maioria, corresponde à amostra total, ou seja, os 369 ACS. Em casos esporádicos, apenas os ACS que disseram sim ou não, representaram a amostra subsequente. Os ACS puderam apontar mais de um risco, fato necessário para atingir o objetivo e extrair os riscos mais frequentes.

Os *riscos físicos* encontrados no ambiente de trabalho dos ACS estão expostos na Tabela 1, tendo o sol forte com 352 (95,4%) apontamentos. Integrando essas informações, há as citações do calor, especificamente na casa do comunitário, 237 (64,2%) ACS.

Tabela 1 – Riscos físicos e químicos presentes no ambiente de trabalho dos ACS de Manaus-AM, 2010.

Variáveis	n	%
Riscos físicos		
Sol forte	352	95,4
Calor	289	78,3
Calor na casa do comunitário	237	64,2
Sudorese*	192	52,0
Sudorese na casa do comunitário*	146	39,6
Umidade	54	14,6
Ruído	52	14,1
Riscos químicos		
Poeira	198	53,7
Mau cheiro de lixo*	198	53,7
Mau cheiro de esgoto a céu aberto*	190	51,5
Mau cheiro da casa do comunitário*	186	50,4
Fumaça de cigarro	143	38,8
Fumaça de queimadas de lixo	128	34,7
Fumaça de carro	102	27,6

A percentagem é referente à amostra de 369 participantes. Os ACS puderam citar mais de um risco físico e químico. *Fator inserido por afinidade ao grupo.

A sudorese decorrente da falta de climatização da unidade de saúde e da ausência de controle da temperatura em campo foi associada a este agente, que, especialmente na casa do comunitário, teve 146 (39,6%) menções. Para finalizar, o ruído citado por 52 (14,1%) dos participantes provém do funcionamento do compressor odontológico, do nebulizador para aerossolterapia e dos carros.

Seguindo a investigação da exposição solar, perguntou-se aos ACS em que momentos realizam visitas, a que responderam ser tanto no período da manhã, quanto da tarde. No turno da manhã, praticamente todos os ACS fazem visitas, 368 (99,7%) e o horário de partida mais comum é às oito horas, 174 (47,3%) e a volta às onze horas e trinta minutos, 135 (36,7%) ACS. A carga horária média de visitas pela manhã foi de três horas (Tabela 2).

Tabela 2. Horários em que os ACS realizam visitas domiciliares, Manaus-AM, 2010.

Turno	IDA			VOLTA		
	Hora	Frequência	Percentual	Hora	Frequência	Percentual
MANHÃ	7h	2	0,5	10h	6	1,6
	7h30	2	0,5	10h30	9	2,4
	8h	174	47,3	11h	131	35,6
	8h30	99	26,9	11h30	135	36,7
	9h	89	24,2	12h	84	22,8
	9h30	2	0,5	13h	3	0,8
		Tempo médio de visita			3,020	
		Desvio-Padrão			0,673	
	n			368		
TARDE	13h	15	4,1	14h30	1	0,3
	13h30	14	3,8	15h	1	0,3
	14h	104	28,3	15h30	1	0,3
	14h30	42	11,4	16h	79	21,5
	15h	35	9,5	16h30	72	19,6
	15h30	2	0,5	17h	60	16,3
	16h	2	0,5	18h	1	0,3
	17h	1	0,3			
	Tempo médio de visita			2,240		
	Desvio-Padrão			0,762		
	n			215		

No turno da tarde, o horário de ida mais habitual é às quatorze horas, 104 (28,3%) ACS, e a volta às dezesseis horas, 79 (21,5%). A carga horária de visitas neste turno é inferior à da manhã, em média 2 horas e 24 minutos. À tarde, também houve queda do número de ACS que fazem visitas para 215 (58,3%) (tabela 2).

A descrição dos horários aponta que o único momento com menor exposição solar é pela manhã, na ida para a visita. Nos demais horários, visto que a média de visitas é de 8,5 por dia, há significativa exposição à radiação solar, propiciada também pelo deslocamento entre as visitas, no momento em que ficam em campo, a céu aberto.

As visitas domiciliares constituem a atividade básica no cotidiano do ACS¹⁹. No percurso, eles ficam na rua, em atendimento aos usuários e em caminhada. Os ACS ficam expostos a raios solares, calor, umidade nos períodos de chuvas, nas visitas a locais úmidos, próximos de rios²⁰. Nota-se que a radiação solar e a elevação da temperatura, expressas pelos ACS, como calor intenso e sudorese, são as mais presentes.

A luz solar, frequente no ambiente de trabalho do ACS, é uma radiação eletromagnética, composta principalmente do espectro ultravioleta (UV). Esta pode causar danos, como queimadura solar, fotoenvelhecimento, câncer cutâneo e cujo índice tem aumentado nas últimas décadas, principalmente nos países ensolarados²¹.

Sob a denominação fotoenvelhecimento, estão agrupadas as alterações causadas pela exposição contínua e prolongada às radiações solares, dentre elas, a melanose solar, caracterizada pelo aparecimento de manchas acastanhadas na face, dorso das mãos, antebraços, “V” do decote e outras áreas expostas²¹.

A referida característica relatada pelos participantes e notada por nós durante a pesquisa, possivelmente, seja a mais presente, ao ver vários ACS com rostos e braços marcados pelo sol. O número de ACS que sofreram queimaduras solares no trabalho, foi de

85 dos participantes. Essa é caracterizada por vermelhidão transitória e depois eritema tardio²¹.

Corroborando, há achados de que o ruído no ambiente de trabalho do ACS é oriundo do tráfego de carros e de ônibus, do compressor odontológico e do nebulizador²⁰. Num trabalho de revisão bibliográfica sobre riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidade Básica de Saúde (UBS), sete resultados apontavam riscos físicos, destacando-se a temperatura ambiente desconfortável e o nível de ruído incômodo, que podem ocasionar irritabilidade nos trabalhadores e dificuldade de concentração e até levar a acidentes de trabalho²².

Os *riscos químicos* com a inserção do mau cheiro apresentam-se na Tabela 1. O mau cheiro decorre de reações químicas, provenientes da decomposição de matéria orgânica. Durante o processo, há liberação de gases com odores desagradáveis, os quais geram grande desconforto ao trabalhador²³. Essa condição, aparentemente subjetiva, torna-se mais concreta, ao ver a quantidade de ACS que marcaram os respectivos itens. A embaraçosa constatação de mau cheiro na casa do comunitário teve de ser mantida, uma vez que esse ambiente faz parte do contexto de trabalho do ACS (Tabela 1).

Em campo, presenciemos várias situações nesse sentido, encontrando com frequência mau cheiro de esgoto a céu aberto, às margens das UBSF, entre a rua e o meio-fio, na calçada. Cabe registrar que, em três estabelecimentos de saúde, o odor dentro do ambiente de trabalho era muito intenso, originário de igarapés poluídos, mas um, especificamente, provinha de galinheiro vizinho, cujo mau cheiro era insuportável e causava nítida sensação de desconforto e estresse na equipe. Outros estudos referentes a esta área constatarem desagradáveis odores, advindos de esgotos e valas a céu aberto^{20,24}.

A poeira, que pode conter substâncias irritativas para as vias aéreas, decorre da falta de pavimentação das ruas e estradas, condição a que ficam expostos os ACS quando estão caminhando pela comunidade²⁵.

A fumaça surge dos escapamentos dos automóveis e da queima de cigarros pela exalação dos comunitários fumantes. A inalação de fumaça constitui riscos químicos de constatação evidente^{20,24}.

Os *riscos biológicos* provenientes de vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas e bacilos foram obtidos pela análise do contato dos ACS com usuários portadores de doenças infectocontagiosas, do saneamento do ambiente de trabalho e da exposição a hospedeiros, vetores como mosquitos e cachorros.

Os ACS que tiveram contato com usuários portadores de doenças infectocontagiosas totalizaram 295 (79,9%). As doenças mais deparadas pelos ACS expostos e com risco de contágio foram tuberculose, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a hanseníase (Tabela 3). Dentre os ACS que tiveram contacto com usuário portador de doença infectocontagiosa, dezesseis (5,4%) informaram contaminação.

Tabela 3 – Riscos biológicos no ambiente de trabalho dos ACS de Manaus-AM, 2010.

Variável	n	%
Riscos Biológicos		
Tuberculose	250	84,7
HIV	121	41,0
Hanseníase	86	29,2
Hepatite	23	7,8
Catapora	14	4,7
Rubéola	12	4,1
Meningite	9	1,4
Sarampo	4	0,7
Outras	6	1,2

Amostra referente 295 (79,9%) ACS que tiveram contato com portadores de doenças infectocontagiosas. Os ACS puderam expor mais de uma doença.

A tuberculose é uma doença infecciosa crônica, causada pelo bacilo aeróbico *Mycobacterium tuberculosis* e a transmissão de pessoa para pessoa ocorre pela inalação de partículas infectadas por esse bacilo. A fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente

com tuberculose lançam no ar gotículas contaminadas. A chance de transmissão da tuberculose em contatos domiciliares está entre 30-50%²⁶.

O ACS tem contato direto com pessoas portadoras de doenças infectocontagiosas, a exemplo da tuberculose não diagnosticada^{20,27}. Ela constitui um risco biológico amplamente conhecido aos trabalhadores de saúde, com a existência, inclusive, de tuberculose ocupacional²⁸. Há também casos de HIV e de Hepatite, diagnosticada em trabalhadores de saúde após exposição ocupacional²².

O diagnóstico do risco de os ACS serem expostos a parasitoses intestinais deu-se pela observação da procedência da água usada na unidade de saúde e da água ingerida no trabalho, como também pelo sistema de eliminação dos dejetos. A maior quantidade de água consumida na unidade para uso geral é fornecida pela Companhia Águas do Amazonas 163 (44,2%) ACS, em seguida, de poço artesiano 144 (39%) e caminhão-pipa 35 (9,5%).

A água a ser ingerida teve mais diversificação das fontes, incluindo cuidados prévios: direto do poço 145 (39,3%); água mineral 135 (36,6%); Águas do Amazonas 23 (6,2%); tratada com hipoclorito de sódio 24 (6,5%) e filtrada, citada por 17 (4,6%) ACS.

A maioria dos ACS 252 (68,3%) informam que os dejetos da unidade de saúde vão para fossa; outros 71 (19,2%) dizem ir para rede de esgoto (canalização sem tratamento) e 32 (8,7%) vão para igarapé.

Em face dos resultados, observa-se que o fornecimento de água, em mais da metade dos casos, não tem procedência segura, visto que a água dos poços nem sempre é analisada e muitos não têm a devida profundidade, tratamento e, ainda, a frequente presença de fossas nas intermediações. A situação agrava-se ao ver que a ingestão de água, direto do poço, é superior a todas as outras formas e poucos têm o hábito de tratar a água. É possível que tal fato possa contribuir com número de ACS que assinalaram ter tido diarreia nos últimos doze meses: 134

ACS. Outro estudo com ACS aponta a ingestão de água não tratada, proveniente de nascentes²⁰.

A água mineral está em segundo lugar em ingestão, fato positivo, mas, para tanto, incumbe saber qual dos profissionais paga por ela e suas repercussões para a equipe, visto que não é fornecida gratuitamente. Tal situação nos transpareceu como desconforto, uma vez que alguns ACS diziam não poder contribuir para a aquisição e, conseqüentemente, não tinham o direito de consumi-la.

Quanto aos possíveis vetores transmissores de doenças, os achados são: 29 ACS sentem picadas de mosquitos e 76 foram mordidos por cão. A incidência de dengue e malária num período de doze meses foi de trinta casos de dengue e oito de malária.

Para finalizar os riscos biológicos no trabalho do ACS, acrescenta-se a informação de que estes são frequentemente solicitados a olhar e a avaliar curativos, de modo a levá-los ao contato direto com feridas limpas ou contaminadas, ação feita ante os pedidos insistentes dos moradores, o que gera risco de contaminação e sofrimento²⁰.

Os principais *riscos ergonômicos* encontrados na profissão de ACS foram: esforço físico, exigência de posturas inadequadas, controle rígido de produtividade, imposições de ritmos excessivos, monotonia e repetitividade, jornada de trabalho prolongada, estresse físico, psíquico e outros.

Os fatores ergonômicos estão relacionados à adequação entre o homem e o trabalho. As formas de organização do trabalho, à consideração das capacidades psicofisiológicas dos trabalhadores²².

O *esforço físico* é um risco inerente à profissão de ACS, em virtude do deslocamento físico necessário para realizar as visitas domiciliares. A regularidade desta confirmou-se com 341 (92,4%) ACS que realizam visitas diárias, em média, 8,5 visitas por dia, valor bem próximo do proposto, oito visitas.

As demandas físicas continuam nos relatos dos participantes: 231 (62,6%) disseram caminhar muito; 187 (50,7%) ficam muito tempo em pé; 177 (48%) referem ter muitos morros/ladeiras no percurso das visitas (os ACS puderam marcar mais de um esforço físico).

O resultado de uma amostra proporcional de 82 (22,2%) ACS, que manifestaram dificuldades para chegar aos locais de visitas: 47 ACS expuseram ser a presença de ladeiras, 19 falta de pavimentação e 16, a distância.

As *exigências de posturas inadequadas* decorrem principalmente da falta de mobiliário e espaço, visto que 326 (88,3%) ACS revelam que a quantidade de cadeiras e mesas não é suficiente para a equipe. Essa falta de acomodação também é vivenciada na casa do comunitário, onde 177 (48%) participantes mencionam não haver local para sentar.

Outra resposta, marcada por 347 (94%) ACS, delatou a falta de espaço físico na unidade de saúde para abrigar a equipe e os usuários. E, ainda, 315 (85,4%) ACS discorrem que o seu local de trabalho contém apenas um a quatro compartimentos, incluindo o sanitário. Em casos diferenciados, 38 (10,3%) ACS afirmam contar com espaços entre cinco e dezenove compartimentos e só onze (3%) ACS relatam que à equipe dispõem de vinte ou mais compartimentos para receber e prestar serviços aos comunitários.

Os participantes pontuaram que o número de sanitários presentes na sua unidade de saúde, a maioria, 320 (86,7%) dispõem de apenas um sanitário para a equipe e usuários. Os que contam com maior número são: 14 (3,8%), dois sanitários; 12 (3,3%), três sanitários e 16 (4,3%) quatro sanitários e 2 (0,5%) cinco sanitários. De acordo com a norma regulamentadora, específica, sobre condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho, as instalações sanitárias deverão ser separadas por sexo²⁹.

O número de profissionais trabalhando na mesma unidade de saúde variou de seis até 57 trabalhadores; o mais habitual foi entre nove e doze com 211 (57,2%) e igual ou mais de treze pessoas com 146 (39,6%) ACS.

No diário de campo, foram registradas 77 equipes de ACS da ESF, participantes da pesquisa; dessas, 61 estavam instaladas na estrutura física comum das UBSF com 32m², divididos em quatro compartimentos, sendo um deles, o sanitário. Outras duas equipes estavam instaladas em imóveis alugados, com estruturas próximas à das anteriores. A soma totaliza 63 equipes e isso representa que 85,7% das equipes que dispõem de apenas quatro compartimentos com um sanitário, dado próximo ao relatado pelos ACS. Durante a aplicação dos questionários, muitos ACS responderam a eles em pé ou sentados sobre embalagens de medicamentos, ou, ainda, no chão e nas calçadas.

As demais equipes ocupavam desde espaços improvisados em UBS (6), policlínicas (1), até estruturas bem mais adequadas, como no caso de sete equipes participantes, situadas em módulos. Esse fato exhibe a diversificação dos dados em relação à quantidade de compartimentos e número de sanitários apontados anteriormente pelos ACS.

Ao analisar o número de compartimentos da unidade e o número de profissionais, mais os usuários, admite-se a falta de espaço e as possíveis consequências, como a exigência de posturas inadequadas para adaptar-se a tal circunstância. Autores apontam heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, algumas com estruturas inadequadas e em situação precária³⁰.

Em Manaus, é previsto a substituição do espaço físico de 32m² para as novas UBSF com 130m². Até a data de 10 de agosto 2011 foram apresentadas 19 unidades com esta característica. Fato positivo para minimizar o desconforto da equipe.

Os fatores ergonômicos seguintes tiveram os respectivos índices: *controle rígido de produtividade* 167 (45,3%); *imposição de ritmos excessivos* de trabalho 47 (12,7%) ACS e *monotonia e repetitividade* de atividades 62 (16,8%). Neste item, incluíram-se por afinidade o trabalho de ACS é *desgastante mentalmente* 135 (36,6%) e a constatação de *realização de outras atividades*, além das respectivas atribuições de ACS. Esse desacordo foi registrado por

286 (77,5%) ACS. As principais atividades manifestadas por esse grupo foram as de técnico de enfermagem 191 (66,8%), limpeza da unidade de saúde 183 (64%) e recepção 52 (18,2%) (Os ACS puderam apontar mais de uma atividade).

Há presença de cobrança e pressão sobre o trabalho do ACS para o cumprimento das tarefas e responsabilidades inerentes, assim como há mais requisições por parte da população, para ter o acesso a serviço e para ouvir suas necessidades¹⁹.

O trabalho na saúde pública primária, ao contrário do hospitalar, caracteriza-se em picos de movimento. O intervalo entre esses ápices costuma ser monótono e repetitivo e isso torna o trabalho desestimulante e cansativo, enquanto durante os picos é tenso, com exigência física e mental²².

Existe dificuldade em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho pela sobrecarga de atendimento, pelos diferentes estilos de gestão das equipes, de modo a gerar ora relações aproximativas, ora conflituosas, além de expectativas contraditórias e conflitos das ESF com os poderes locais³⁰.

A *jornada de trabalho* do ACS acontece no *período diurno*, com carga horária de quarenta horas semanais¹. O prolongamento dessa jornada de trabalho é retratado por 255 (69,1%) ACS, que atendem a solicitações dos comunitários fora do horário de trabalho. A média é de 4,6 solicitações mensais.

A presença de *estresse físico* e *psíquico* foi obtida de forma direta e indireta. No primeiro caso, com a pergunta sobre se considera a atividade profissional estressante: 169 (45,8%) ACS responderam que sim e cujas causas são: *a difícil relação com a equipe de trabalho* 79 citações; *a relação com a comunidade*, 68 e *a falta de materiais, recursos de trabalho* 48 (Os ACS puderam descrever mais de um fator de estresse). A interrogação direta foi sobre se, nos últimos 12 meses, haviam tido estresse: 149 confirmaram o episódio.

A segunda forma mais subjetiva, porém contributiva para investigar o estresse, refere-se à frequência de agressões sofridas no trabalho: verbal, 218 casos e física, 13 ocorrências. Para aguçar o quadro, a sensação de insegurança ao caminhar pela comunidade: 197 relatos.

A exposição à violência é iminente durante as visitas domiciliares, porque, muitas vezes, os trabalhadores executam suas atividades em áreas distantes, pouco habitadas e perigosas²². O estresse também pode ser causado pela falta de habilidade para o enfrentamento de situações novas ou adversas, como a violência, as desigualdades, os confrontos e as impotências cotidianas em que os ACS se veem imersos em seu trabalho¹⁹. O ACS sofre ansiedade, pressão emocional por situações que extrapolam a sua capacidade em dar resposta e atender à demanda^{20,31}.

Diversos estudos retratam e confirmam sintomas de estresse nos trabalhadores da área da saúde, com um contingente relevante de ACS acometidos³². Esses trabalhadores estão constantemente em contato com o sofrimento do paciente e, sobretudo os da saúde pública, que se envolvem de forma particular, já que, muitas vezes, criam vínculos de amizade com os usuários; e outros já as têm, antes mesmo de ingressar no serviço, por residirem próximo ao local de atuação²².

A falta de infraestrutura urbana, como saneamento básico e de moradia adequada, situação socioeconômica precária das famílias e comunidade; a pobreza e a miséria; o analfabetismo, a violência e o preconceito são percebidos como fatores que trazem limitações às atividades dos ACS¹⁴. O ambiente de trabalho do ACS é um gerador contínuo de estresse¹⁹.

Estudo de revisão identificou em todas as amostras estresse, sobrecarga mental e violência sofrida pelos profissionais, conseqüente à demanda de usuários em relação aos trabalhadores disponíveis e à agressividade dos usuários²².

Outros achados ergonômicos referem-se à *falta de autonomia* para atender às suas necessidades fisiológicas em razão da conjuntura do trabalho na casa do comunitário e em campo. Essa situação foi apontada por 195 ACS, que ficam com sensação de sede, e outros 82, com vontade de urinar, quando estão realizando visitas.

As evidências sobre os *riscos de acidentes* no ambiente de trabalho dos ACS provêm do número de citações de arranjo físico inadequado, ferramentas de trabalho inadequadas ou defeituosas, armazenamento de utensílios, produtos e remédios inadequados (Tabela 4).

Tabela 4 – Riscos de acidentes na unidade de saúde dos ACS de Manaus-AM, 2010.

Variável	n	%
Riscos de acidentes		
Espaço/arranjo físico inadequado da unidade de saúde	305	82,7
Risco de assalto*	212	57,5
Instrumentos de trabalho inadequados ou defeituosos	201	54,5
Armazenamento inadequado de utensílios, produtos, remédios	174	47,2
Iluminação insuficiente	53	14,4
Risco de incêndio ou explosão na unidade de saúde	37	10,0

A porcentagem refere-se à amostra total: 369 participantes, que puderam citar mais um risco de acidente de trabalho. *Fator inserido por afinidade ao grupo.

Outra descoberta propícia a riscos de acidentes está no percurso de trabalho dos ACS pela falta de pavimentação das ruas, acesso, falta de segurança. Esses riscos são visualizados pelo número de acometimentos de ACS: 142 quedas, 45 assaltos, treze agressões físicas, cinco atropelamentos e quatro choques elétricos.

Os riscos podem estar no percurso com ruas sem infraestrutura, sem calçadas e/ou estreitas; tráfego intenso, escadarias sem corrimão, sem proteção; passagens improvisadas sob valas, rios, igarapés; regiões sem pavimentação, no meio do mato, com áreas úmidas e escorregadias; moradias construídas em locais com risco de desabamentos; presença de fios expostos pelos trajetos, com riscos de choque elétrico^{20, 24, 27}.

Apoiando esses achados, o trabalho de revisão de riscos ocupacionais para trabalhadores de UBS com doze amostras teve os seguintes achados: riscos físicos em 58,3%

dos trabalhos revisados; riscos biológicos 66,7% e riscos ergonômicos 33,3%. A este último, pode ser acrescido do estresse e violência comum em todas as amostras²².

Conclusão

O ambiente de trabalho dos ACS deixa-os expostos a todos os tipos de riscos ocupacionais, com determinados predomínios de riscos: físicos - exposição solar, temperaturas elevadas; químicos - poeiras, odores desagradáveis, fumaças; biológicos – tuberculose, HIV, hanseníase; ergonômicos - esforço físico, posturas inadequadas, cobrança de produtividade, realização de atividades além das de ACS, interrupção/incomodo durante o período de descanso, estresse decorrente da relação com a equipe e com comunitários e da falta de recursos de trabalho, de segurança pública; por fim, os riscos de acidentes de trabalho, em virtude do arranjo físico, instrumentos de trabalho e armazenamentos inadequados e, ainda, pela probabilidade de sofrerem assaltos e violência.

Finalizada a análise dos riscos ocupacionais, nota-se que é de suma importância o planejamento de medidas preventivas com vista à promoção da saúde dos ACS e demais trabalhadores da ABS. E frente ao grande número de profissionais que atuam na saúde pública e da diversidade de riscos ocupacionais a que estão expostos, considera-se que mais estudos contemplando este tema, sejam incentivados, a fim de vislumbrarem a aquisição de conhecimentos para subsidiar melhorias nas condições de trabalho e nas estratégias educativas dos trabalhadores e de eles serem capazes de identificar os riscos ocupacionais a que estão expostos e, assim, aderirem às medidas de segurança.

Referências

- 1 Ministério da Saúde. Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 2 Ministério da Saúde. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 3 Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 4 Melo RS. Direito ambiental do trabalho e a saúde do trabalhador: responsabilidades legais, dano material, dano moral, dano estético, perda de uma chance. 2. ed. São Paulo: LTr, 2006.
- 5 Porto MF. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciênc saúde coletiva* 2005; 10:829-39.
- 6 Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 7 Ministério do Trabalho Emprego. Portaria nº 25 de 29 de dezembro de 1994. Anexo IV-Mapa de Riscos. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 1995.
- 8 Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - DAB. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/> (acesso em jul/ 2011).
- 9 Minayo MCS e Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad Saúde Pública* 1993; 9:239-62.
- 10 Minayo MCS, Assis SG e Souza ER, organizadoras. Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- 11 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
- 12 Conselho Municipal de Saúde. Resolução Municipal nº. 002. Aprova o projeto de Agentes Comunitários de Saúde de Manaus. Secretaria Municipal de Saúde; 1998.
- 13 Conselho Municipal de Saúde. Resolução Municipal nº 006. Aprova a implantação do Programa Saúde da Família no Município de Manaus. Secretaria Municipal de Saúde; 1998.
- 14 Silva NC. Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo 'centralidade na família' no PSF de Manaus [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.

- 15 Secretaria Municipal de Saúde. Lei nº 531. Renomina para “Programa Médico da Família”, o Programa de Saúde da Família, referido na Lei nº 470, de 21 de janeiro de 1999, e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Manaus; 2000.
- 16 Conselho Municipal de Saúde. Resolução Municipal nº 023. Aprova a conversão do Programa Médico da Família para o Programa Saúde da Família no Município de Manaus. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde; 2001.
- 17 Conselho Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2009. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
- 18 Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- 19 Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN e Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc saúde coletiva* 2011; 16:231-40.
- 20 Nascimento GM, David HMSL. Avaliação de Riscos no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um Processo Participativo. *Rev enferm* 2008; 16:550-6.
- 21 Petri V. Guia de Dermatologia. Barueri, São Paulo: Manole; 2003.
- 22 Chiodi MB e Marziale MHP. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta paul enferm* 2006; 19:212-7.
- 23 Melo LH, Page T e Guy C. Gestão de odores: fundamentos. *Eng. Sanit Ambient* 2009; 14:9-18.
- 24 Trindade LL, Gonzáles RMB, Beck CLC, Lautert L. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm* 2007; 8:473-479.
- 25 Costa MAF e Costa MFB. Segurança e Saúde no Trabalho: cidadania, competitividade e produtividade. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2004.
- 26 Veronesi, R.; Focaccia, R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu; 2004.
- 27 Tomasi E et.al. Perfil Sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008. 24:S193-S201.
- 28 Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Lista de doenças relacionadas ao trabalho. Portaria nº1339/GM, de 18 de novembro 1999/MS. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 29 Pinto A LT, Windt MCVS, Cespedes L. Segurança e medicina do trabalho. 2. ed. São Paulo: Saraiva; 2008.
- 30 Ribeiro EM, Pires D e Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: 438-446.

31 Kluthcovsky ACGC et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev psiquiatria* 2007; 29: 176-183.

32 Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.

7. ARTIGO 3

Segurança e Saúde no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus, Amazonas, 2010

PALHARES, Flávia Ferreira Martinez¹; LOPES NETO, David² e SILVA, Maria Verônica Souza

¹Mestranda em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia- UFAM/ Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, FIOCRUZ-Amazônia/ UFPA. Fisioterapeuta do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador - CEREST/Manaus e do Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas - HUGV/UFAM. E-mail: flaviafisioterapia@hotmail.com

² Doutor em Enfermagem. Professor da Escola de Enfermagem de Manaus/Universidade Federal do Amazonas.

³ Especialista em Saúde do Trabalhador e Socióloga do CEREST/Manaus.

Resumo

O objetivo da pesquisa foi analisar as condições de segurança e saúde no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Manaus. Estudo transversal, quantitativo, com dados primários coletados por meio de questionário, realizado em Manaus, Amazonas, 2010. A amostra foi composta de 369 ACS dos quatro Distritos Sanitários Urbanos. A seleção dos ACS deu-se por sorteio aleatório simples, respeitados os aspectos éticos. Os resultados apontam que 261 (70,7%) ACS desconhecem a saúde do trabalhador; 251 (68,0%) não receberam orientações sobre riscos ocupacionais na profissão de ACS e 319 (86,4%) não realizam exames ocupacionais. Sobre o fornecimento de equipamento de proteção individual, 282 (76,4%) ACS disseram não recebê-los. Os problemas de saúde estão relacionados com o sistema musculoesquelético, 269 (85,9%) e cardiovascular, 155 (49,5%) apontamentos. Nos últimos doze meses, os sintomas mais referenciados por 312 (84,5%) ACS são decorrentes de virose, estresse, diarreia, infecção urinária. Os agravos diretamente relacionados ao trabalho atingiram 308 (83,5%) ACS. Dentre os mais frequentes, estão: agressão verbal, queda, queimadura solar, mordida de cachorro. Conclui-se que a saúde dos ACS carece de cuidados. As condições de segurança e saúde no trabalho de ACS são inadequadas e o trabalhador ACS não é o único prejudicado, mas também a Instituição e a comunidade.

Descritores: Profissional da Saúde, Saúde do Trabalhador, Doenças Ocupacionais, Atenção Básica à Saúde, Prevenção de Acidentes

Safety and Health at Work of the Community Health Agents in Manaus, Amazonas, 2010

Abstract

The objective of this research was to analyze the conditions of safety and health at work of the Community Health Agents (CHA) from Manaus. Cross-sectional study, quantitative, with primary data collected through a questionnaire, held in Manaus, Amazonas, 2010. The sample consisted of 369 CHA of the four Urban Sanitary Districts. The selection of the CHA was made by simple random raffle, respecting the ethical aspects. The results showed that 261 (70.7%) CHA ignore the health of workers, 251 (68.0%) did not receive guidance on occupational risks in the profession of CHA and 319 (86.4%) did not perform occupational exams. About providing personal protective equipment, 282 (76.4%) CHA said not to receive them. Health problems are related to the musculoskeletal system, 269 (85.9%) and cardiovascular 155 (49.5%) notes. In the last twelve months, the symptoms demonstrated by 312 (84.5%) CHA are due to virosis, stress, diarrhea, urinary tract infection. The grievances directly related to the work reached 308 (83.5%) CHA. Among the most common are: verbal aggression, fall, sun burn, dog bite. Concludes that the health of the CHA needs care. The conditions of safety and health at work are inadequate for the CHA and the worker CHA is not the only injured but also the Institution and the community.

Descriptors: Health Personnel, Occupational Health, Occupational Diseases, Primary Health Care, Accident Prevention

Introdução

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) realiza atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças. Trabalha exclusivamente no âmbito do SUS e tem como requisito, para exercer a profissão, residir na comunidade onde irá desenvolver suas atribuições profissionais. Em detrimento, ficou a ascensão da escolaridade, a formação em ACS, a delonga para definir critérios de seleção e o vínculo empregatício, que, por fim, determinou relação direta com o gestor local do SUS, no caso, o Município (BRASIL, 1997; 1999; 2002; 2006a; 2006b).

Em Manaus, a Prefeitura efetivou, em 9 de junho de 2009, os ACS contratados em Regime de Direito Administrativo (RDA), temporários, admitidos até 2006, período que contempla a publicação da Emenda Constitucional n. 51. No processo, foram contemplados 1.777 ACS da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) (BRASIL, 2006b; MANAUS, 2010a).

No que se refere ao trabalho do ACS, há, ainda, uma grande lacuna na política de segurança e saúde no trabalho para esses importantes e peculiares profissionais do SUS. Tal situação é embaraçosa, ao analisar quanto são primordiais para desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador, embora, quando se trate de si mesmos, não as tenham.

Os trabalhadores de saúde nem sempre são vistos pelas políticas de recursos humanos como trabalhadores. Muitas vezes, ele só é percebido como instrumento para fornecer serviços e não como um trabalhador, cujas condições de trabalho influenciam diretamente a sua saúde e a sua qualidade de vida (ASSUNÇÃO; ROSALES; BELISÁRIO, 2008).

Os autores Assunção, Rosales e Belisário (2008) dizem que compreender as novas complexidades do trabalho em saúde significa assumir a enorme responsabilidade da

sociedade em formar trabalhadores capacitados e capazes de assumirem com competência as tarefas no âmbito da atenção à saúde da população.

Os avanços da política de saúde do trabalhador no campo da saúde pública são paulatinos no que tange aos profissionais do SUS, para que estes a programem com relação à identificação, promoção, prevenção e notificação dos agravos relacionados ao trabalho na comunidade assistida, talvez porque, em um olhar com maior enfoque nos próprios trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), em especial os ACS, se note a carência de dados sobre sua própria saúde, os possíveis agravos a que podem estar expostos, suas condições de trabalho e as medidas preventivas a serem adotadas.

Na Saúde do Trabalhador, os trabalhadores devem ser vistos como sujeitos políticos coletivos, depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras. A incorporação desse saber é decisiva, tanto no âmbito da produção do conhecimento, como no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde. A solução dos problemas envolve todos os atores sociais, população, governantes, gestores, empresas, profissionais, trabalhadores, técnicos (MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011).

A política específica de promoção à saúde do trabalhador do SUS está em desenvolvimento, visto que a Portaria n. 2.871, de 19 de novembro de 2009, constituiu o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS (BRASIL, 2009a).

Dentre os desígnios do Comitê, está a formulação das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, com programas e ações, cujo objetivo é aperfeiçoar, garantir e/ou recuperar as condições e ambientes de trabalho no SUS. A minuta da Portaria que aprova as respectivas diretrizes no âmbito do SUS se encontra em fase de conclusão por meio da Consulta Pública n. 3, de 17 de maio de 2011 (BRASIL, 2009a; 2011).

A futura legislação anuncia melhorar as condições de saúde do trabalhador do SUS com o enfrentamento lógico dos fatores de risco; facilitar o acesso às ações e aos serviços de

atenção integral à saúde; aumentar o compromisso dos gestores de saúde nas três esferas - federal, estadual e municipal; reforçar a gestão democrática nos locais de trabalho, com a participação ativa dos trabalhadores e suas representações; reconhecer a interconexão entre a saúde do trabalhador e diversos aspectos arrolados às relações de trabalho, como a existência de planos de carreiras, cargos e salários, a desprecarização dos vínculos de trabalho (BRASIL, 2011).

Segundo David *et al* (2009), no nível da atenção básica, deve-se reconhecer a dívida sanitária que o SUS tem com seus trabalhadores, já que as especificidades do trabalho neste plano são pouco contempladas do ponto de vista normativo e das ações de prevenção e controle. Faz-se necessário desenvolver processo de avaliação, prevenção e controle de riscos e danos ocupacionais que atendam às necessidades de saúde do trabalhador dos centros e postos de saúde - Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

Nas instituições de saúde, verifica-se um índice elevado de acidentes do trabalho, doenças, essas muitas vezes decorrentes de condições de trabalho inadequadas ou da não utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), somados à falta de orientação aos trabalhadores. Por fim, o não cumprimento das normas de segurança, seja por negligência dos órgãos gestores, seja por falta de fiscalização ou por desconhecimento dos próprios trabalhadores (MULATINHO, 2001).

Segundo Nascimento e David (2008), o apontamento das condições de trabalho é importante para o desenvolvimento de atividades laborais mais seguras, com eliminação de riscos preveníveis a que podem estar expostos, além de contribuir para a produção de conhecimentos voltados aos profissionais da Atenção Básica à Saúde (ABS).

Diante das exposições, este estudo objetiva analisar as condições de segurança e saúde no trabalho de ACS. A inquietação decorre do fato de serem profissionais de extrema importância para promoverem a saúde do trabalhador à população, mas, ao mesmo tempo,

carecem de conhecimentos e cuidados referentes ao próprio trabalho. Por conseguinte, como o trabalhador ACS poderá ver outro trabalhador, sem antes perceber a si mesmo enquanto trabalhador?

Materiais e Métodos

Estudo transversal, quantitativo, de caráter analítico e descritivo, com dados primários coletados por meio de questionário de autopreenchimento e questões objetivas e discursivas.

Segundo Minayo e Sanches (1993), o método quantitativo tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis e deve ser utilizado para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, classificá-los e torná-los inteligíveis mediante variáveis.

A abordagem quantitativa, positivista e dedutiva procura confirmar as hipóteses investigadas ou gerar outras, utilizar métodos estatísticos confiáveis e replicáveis para mensurar o impacto ou o efeito de uma intervenção (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

O estudo foi realizado no ano de 2010 em Manaus, Amazonas e, no período, apresentou uma população de 1.802.525 habitantes (IBGE, 2010). Nela, a proposta da ABS ocorreu em 1998 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com 368 ACS (MANAUS, 1998a), e pela aprovação do Programa Médico da Família, no respectivo ano (MANAUS, 1998b). Em julho de 2001, por meio da Resolução 023/CMS, do Conselho Municipal de Saúde (CMS), o Programa Médico da Família foi convertido em Programa Saúde da Família (PSF) e contou com 1.161 ACS (MANAUS, 2001; SILVA, 2010). Atualmente, a rede pública de ABS de Manaus está estruturada em cinco Distritos Sanitários, quatro urbanos e um rural, denominados norte, sul, leste, oeste e rural (MANAUS, 2010a).

A população de ACS composta pelos quatro Distritos Sanitários Urbanos representa um número de 1.450 ACS (MANAUS, 2010b). A amostra calculada do estudo constituiu-se de 369 ACS, distribuídos de forma estratificada e proporcional entre os quatro Distritos Urbanos avaliados.

O sorteio aleatório simples foi adotado para chegar aos ACS da amostra. Considerando o quantitativo de ACS por equipe da ESF - máximo doze e mínimo seis - com a possibilidade, neste último caso, de algum ACS não atender aos critérios de inclusão, estimou-se um mínimo de cinco e o limite de doze ACS participantes por equipe da ESF. Dessa forma, as equipes foram sorteadas e ordenadas e o encerramento da pesquisa ocorreria assim que se completasse a amostra por Distrito.

Os participantes foram incluídos na pesquisa quando todos os critérios listados fossem alcançados pelo sujeito: ser ACS; ter no mínimo um ano de atuação profissional, garantindo a experiência e vivência na área; aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: ACS em férias ou qualquer tipo de licença e que não aceitasse participar do estudo.

A pesquisa de campo ocorreu no segundo semestre de 2010. O instrumento utilizado para coleta foi um questionário de autopreenchimento, com questões fechadas e abertas sobre segurança e saúde no trabalho dos ACS de Manaus. O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), que recebeu parecer favorável, Protocolo CAAE 0258.0.115.000-10.

A análise estatística foi realizada por um especialista da área, Érico Jander. O banco de dados foi construído no *Microsoft Office Excel*® - versão 2007, além de aplicada a tabela dinâmica, a fim de identificar e corrigir possíveis erros sistemáticos que poderiam comprometer a validade dos resultados. Neste instrumento foi calculado as medidas de posição (média, mediana) e de variabilidade pelo desvio padrão.

Os dados do questionário foram agrupados em duas variáveis para facilitar a delimitação de cada uma delas e, dessa forma, atribuíram às seguintes dimensões: variável segurança e variável saúde dos ACS de Manaus, Amazonas.

Resultados e Discussão

Os resultados referem a 369 ACS de quatro Distritos Sanitários Urbanos, dando um total de 77 equipes de ACS da ESF: 61 instaladas em Unidade Básica da Saúde da Família (UBSF) e, dessas, 2 abrigavam, no mesmo espaço, 2 equipes de ACS; 7 equipes situadas em módulos; 6 em Unidade Básica de Saúde (UBS); 2 imóveis alugados e uma em policlínica.

A média de ACS por equipe participante variou em cada Distrito Sanitário: Oeste – 4,7 ACS; Norte – 5,5 ACS; Leste – 5,7 ACS; e Sul – 3,8 ACS por equipe de saúde.

A maioria da percentagem corresponde à amostra total. Em casos esporádicos, apenas os ACS que disseram sim ou não, representaram a amostra subsequente. Os ACS em determinadas questões puderam apontar mais de um item, fato necessário para atingir o objetivo do trabalho.

A quantidade de ACS que desconhecem saúde do trabalhador chegou a 261 (70,7%). Os que já tiveram alguma informação representam apenas 91 (24,7%) ACS referentes à amostra de 369 participantes. Do grupo com conhecimento, 63 já tinham trabalhado previamente, sugerindo que tal saber também possa provir de outras instituições. Ademais, o total de ACS que trabalharam antes de exercerem a profissão atual chegou a 240 (65%), com a média de 6,85 anos de trabalho (DP=5,86). Os ramos das atividades anteriores foram: indústria 116, serviços 107 e comércio com 53 menções (Os participantes puderam citar mais de um ramo de atividade em que trabalharam).

A experiência profissional prévia também deve ter provindo do saber a respeito do significado do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), 90 (24,4%) ACS e da

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), de que 131 (35,5%) participantes disseram ter ciência. O número de ACS que não sabem de tais medidas são 263 (71,3%) para PPRA e 223 (60,4%) para CIPA.

O número de ACS que receberam treinamento e/ou orientações sobre os riscos ocupacionais na profissão de ACS totalizou 99 (24,4%), que não detalharam a forma, apenas mencionaram os responsáveis pelo feito: o médico e/ou o enfermeiro da própria equipe. A mesma situação parece repetir-se com relação aos exames ocupacionais, visto que, dos 34 (9,2%) ACS que citaram realizá-los, o solicitante era o médico da equipe de trabalho. Os demais - 319 (86,4%) ACS - não fazem exames ocupacionais.

O percentual de ACS que apresentaram ter alguma informação e cuidado referente à saúde do trabalhador é baixo, o que caracteriza desconhecimento em relação a sua segurança e saúde no trabalho. Segundo Bulhões (1994), um dos aspectos que contribuiu para aumentar a vulnerabilidade profissional do setor saúde é a falta de conhecimento em assuntos relativos à saúde do trabalhador.

O conhecimento da sustentação para programar novas estratégias de melhoria das condições de vida e do trabalho dos ACS e ajudar a subsidiar políticas públicas de saúde que pode gerar um impacto positivo na saúde, tanto pessoal, quanto da população por ele assistida (KLUTHCOVSKY, 2007).

É direito do trabalhador obter informações sobre condições adequadas de trabalho, os riscos ocupacionais que o ambiente de trabalho pode causar-lhe, receber treinamento sobre a forma de execução do trabalho e os meios de se prevenir (BRASIL, 1994; PINTO; WINDT; CESPEDES, 2008).

Quanto aos achados sobre fornecimento de EPIs para trabalhar, 282 (76,4%) ACS disseram não recebê-los e os 82 (22,2%) contemplados afirmam ter recebido apenas no início do Programa, aproximadamente, 10 anos, com raras exceções para fornecimento recente. Os

EPIs recebidos compreendem: capa de chuva (30), farda (20), boné (13), bolsa (13), camisa (8) e outros (7). Ao todo, foram 91 itens apontados (Os ACS puderem citar todos os EPIs recebidos).

Os EPIs acendem questionamentos quando se analisa a quantidade de ACS que fazem uso de algum meio de segurança por conta própria, advindos de seu recurso financeiro, exceto as camisetas de campanhas, largamente usadas pelos ACS e tidas como fardamento. Os EPIs mais utilizados pelos ACS são guarda-chuva/sombrinha 274 (74,3%), protetor solar 189 (51,2%), tênis 181 (49,1%) entre outros expostos na Tabela 1.

Tabela 1 – Equipamentos usados pelos ACS, por conta própria, durante o trabalho, Manaus-AM, 2010.

Variável	n	%
Guarda-chuva/sombrinha	274	74,3
Bolsa/pasta*	217	58,8
Protetor solar	189	51,2
Tênis	181	49,1
Fardamento	117	31,7
Óculos de sol	92	24,9
Boné	89	24,1
Sandália**	80	21,7
Capa de chuva	28	7,6
Cantil/garrafa com água*	11	3,0

Amostra de 369 ACS. Os ACS puderam apontar todos os equipamentos usados, em média, 2 a 3 itens marcados por participante. *material de apoio. **Item não indicado para proteção.

Ao indagar aos ACS se gostariam de receber EPI, 336 (91,1%) disseram sim. Dentre os equipamentos, destaca-se o protetor solar, citado por 279 (83%) ACS, posteriormente sugere sombrinha 180 (48,8%), fardamento 161 (43,6%), tênis 93 (25,2%) e outros apresentados na Tabela 2.

Ao comparar as Tabelas 1 e 2, observa-se alteração na sequência dos itens usados com os almeçados. O protetor solar posicionado em terceiro lugar na Tabela 1 muda para primeiro na Tabela 2, possivelmente restrito na situação anterior pelo valor, mas, na ocasião

seguinte, foi o mais indicado, por saberem da importância dele e subterderem que não arcaíam com os custos.

Tabela 2 – Equipamentos sugeridos pelos ACS para receberem e usarem no seu trabalho, Manaus-AM, 2010.

Variável	n	%
Protetor solar	279	75,6
Sombrinha	180	48,8
Fardamento	161	43,6
Tênis	93	25,2
Capa de chuva	68	18,4
Óculos de sol	60	16,3
Bolsa*	55	14,9
Boné	53	14,4
Prancheta*	19	5,1
Garrafa para água	10	2,7
Repelente	5	1,4
Outros (bicicleta, bota, <i>notebook</i>)	8	2,2

Amostra referente a 336 ACS, que quiseram sugerir EPI. Os participantes puderam apontar mais de um equipamento almejado.*material de trabalho.

Continuando a análise, bolsa/pasta (material de trabalho), de segunda alocada saltou para sétima, evento que pode ser compreendido ao vê-la como um objeto de trabalho com particularidades na escolha. Durante a pesquisa, os ACS relatavam a preferência pelas mais compactas e leves, tipo *nécessaire*, bolsinha de mão, suficiente para transportar canetas e medicamentos. O diálogo conferia o que presenciávamos das formas de bolsa: o modelo adotado, além de reduzir o peso, facilita o manuseio concomitante com a sombrinha.

O guarda-chuva/ sombrinha teve pouca variação, de primeiro posto para segundo. A pequena alteração da ordem justifica-se pela grande adesão dos ACS ao equipamento. Em várias ocasiões, visualizamos inúmeras delas engastadas à porta interna dos estabelecimentos de saúde.

A proteção mecânica, chapéus e roupas adequadas e o uso regular dos filtros solares são recursos primordiais de prevenção aos indivíduos com atividades diárias, que impliquem

exposição contínua às radiações solares, capazes de causar queimaduras solares, câncer de pele relacionadas à radiação ultravioleta (PETRI, 2003; BRASIL, 2005).

As alterações na ordem de EPIs usados, em relação ao sugerido, demonstra que a adoção deste deve ser feita mediante estudo prévio dos itens mais adequados à profissão, bem como ter o envolvimento dos trabalhadores no processo para que se sintam ativos na promoção da segurança e da saúde e, ao mesmo tempo, evitar gastos desnecessários com determinadas escolhas que não terão a adesão dos ACS.

Quanto à saúde do trabalhador ACS, foram colhidas previamente, informações breves sobre o seu perfil e em seguida investigação de possíveis problemas de saúde sistêmicos, doenças/sintomas apresentados num período de 12 meses e ainda os acidentes de trabalho.

Os resultados revelam que a maior parte da amostra de 369 ACS é constituída por mulheres, 321 (87,0%); apresentam idade média de 40 anos e, em relação à saúde, ambos os sexos têm sobrepeso, com Índice de Massa Corporal (IMC) de 27kg/m^2 para as mulheres e de 26kg/m^2 para os homens, com base nos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998).

Os problemas de saúde mais referidos pelos trabalhadores estão relacionados aos sistemas musculoesquelético 269 (85,9%) e cardiovascular, 155 (49,5%) ACS (Tabela 3). O tempo médio do início das manifestações ocorreu há sete anos.

Ante aos resultados, se nota que a saúde do trabalhador ACS merece atenção. Os profissionais, cuja maioria é composta de mulheres, que, além do exercício profissional, realizam mais atividades em casa em comparação com os homens; o sobrepeso em ambos os sexos, entretanto, as mulheres têm taxa de sobrepeso mais elevada; a idade média dos ACS passa dos 40 anos, fatos que acrescidos da demanda física requerida no trabalho de ACS e do tempo de profissão, em média 10 anos, geram mais sobrecarga ao corpo e, conseqüentemente,

o surgimento de problemas musculoesqueléticos, como a dor lombar e a artrose e os cardiovasculares, como hipertensão arterial e varizes.

Tabela 3 – Problemas de saúde apresentados pelos ACS, Manaus-AM, 2010.

Variável	N	%	Tempo médio (ano)
Sistema musculoesquelético (dor na coluna 207, artrose 23)	269	85,9	5
Sistema cardiovascular (varizes 101, hipertensão arterial 53)	155	49,5	6
Sistema respiratório (rinite 80)	94	30,0	14
Sistema digestório (gastrite 67)	67	21,4	5
Sistema urogenital (problema nos rins 11)	11	3,5	6
Outros (anemia 22, diabetes 12)	40	12,8	7

Amostra de 313 ACS, que referiram problemas de saúde. Os participantes puderam apontar mais de um problema de saúde.

No estudo de Kluthcovsky *et al.* (2007) com amostra de 169 ACS, o número de participantes que relataram ter algum problema de saúde, no momento da coleta de dados, atingiu 74 (43,8%) ACS. Os problemas de saúde mais relatados foram “pressão alta” (21%), “problema crônico de pé” (8%) e “depressão” (6%).

Os problemas levantados como, dor na coluna vertebral e artrose, podem estar relacionados ao trabalho, uma vez que posições forçadas e gestos repetitivos as desencadeiam. Além desses, a coluna é susceptível a ritmo de trabalho penoso e condições difíceis de trabalho (BRASIL, 2005).

As varizes possivelmente sejam agravadas pela atividade profissional de ACS, porque os indivíduos, cuja atividade profissional os obrigue a ficar em pé por tempo prolongado, têm maior probabilidade de desenvolvê-las. O risco para os homens é de 1,85, enquanto para as mulheres é de 2,63 (LUIGI, 2006). A hipertensão arterial está na lista das doenças relacionadas ao trabalho, cujo fator desencadeador é a exposição ocupacional ao ruído e a problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (BRASIL, 2005).

A rinite acomete 80 participantes e a gastrite 67. A primeira pode ter agente etiológico ocupacional, como enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriana no ambiente de trabalho (BRASIL, 2005). A gastrite, apesar de não constar na relação de doenças

ocupacionais, também é passível de correlação com o trabalho, visto que, entre as causas da gastrite crônica, está o estresse psicológico (ROBBINS e COTRAN, 2010). O estresse foi o segundo sintoma mais referido pelos ACS deste estudo.

Na análise dos problemas de saúde, deve atentar para as desigualdades sociais e dos ambientes de trabalho, visto que os trabalhadores mais pobres realizam atividades em locais mais perigosos e insalubres e, por sua vez, também têm as piores situações de habitação e do meio ambiente (ASSUNÇÃO; ROSALES; BELISÁRIO, 2008).

A fala anterior remete ao risco de exposição dos ACS a agentes biológicos, que, dentre os profissionais de saúde, é um dos mais susceptíveis a entrar em contato com usuários portadores de doenças infectocontagiosas, não diagnosticadas, a agentes endêmicos e, ainda, sem os devidos aparatos de proteção.

A desigualdade também é vista na infraestrutura do local de trabalho dos ACS, uma vez que 320 (86,7%) dispõem de apenas um sanitário, usado por toda a equipe e usuários. A água para ingestão, na maioria, não é potável e tem várias origens, inclusive até o pagamento por ela, o que causa desconforto na equipe, porque nem todos podem contribuir. Além disso, 195 ACS registraram sensação de sede e outros 82, vontade de urinar quando estão realizando visitas, embora nem sempre seja possível atender às necessidades fisiológicas.

As doenças/sintomas mais demonstradas por 312 (84,5%) ACS, nos últimos doze meses (setembro 2009/2010), foram virose 177 (56,7%), estresse 149 (47,8%), diarreia 134 (42,9%), infecção urinária 132 (42,3%) e outros expostos na Tabela 4.

A infecção urinária relaciona-se com a redução da micção, segundo Prado, Ramos, Valle (2003). Um dos mecanismos de resistência às infecções urinárias faz-se por meio da micção, porque esse ato promove a lavagem da uretra e da bexiga e reduz a população bacteriana local. Nos quadros de obstrução ou estase do trato urinário, o fenômeno de lavagem bacteriana atenua e favorece o aparecimento de infecções urinárias. A mulher tem

maior probabilidade de desenvolvê-las pelo fato de a uretra ser menor, em média, um quarto do tamanho da uretra masculina. Quanto à diarreia é ocasionada por múltiplos agentes etiológicos infecciosos: vírus, bactérias, parasitas e fungos (ROBBINS e COTRAN, 2010).

Tabela 4 – Doenças/sintomas apresentadas pelos ACS nos últimos 12 meses (setembro 2009/2010) Manaus-AM, 2010.

Variável	n	%
Virose	177	56,7
Estresse	149	47,8
Diarreia	134	42,9
Infecção urinária	132	42,3
Dengue	30	9,6
Pneumonia	13	4,2
Malária	8	2,6
Outros (hepatite, tuberculose)	9	2,9

Amostra de 312 (84,5%) ACS, que foram acometidos nos últimos doze meses. Os participantes puderem apontar mais de uma doença/sintoma.

O estresse vem em segundo posto entre as doenças/sintomas mais vivenciadas pelos ACS, num período de doze meses e converge com a agressão verbal (tabela 5), agravo de maior incidência. Essa realidade se torna mais crítica, quando se percebe que o agente agressor pode estar tanto no ambiente de trabalho, quanto no contexto social e na comunidade onde reside e trabalha.

Os apanhados de acidentes/agrivos relacionados ao trabalho atingiram 308 (83,5%) ACS e, dentre os mais frequentes, estão agressão verbal 218 (70,8%), queda 142 (46,1%), queimadura solar 85 (27,6%), mordida de cachorro 76 (24,7%) (Tabela 5).

A alta incidência de agressão verbal sofrida pelos ACS, reflete uma consequência da falta de treinamento para exercerem a profissão, comprometendo tanto a segurança e a saúde do trabalhador ACS, quanto as metas profissionais ao serem interrompidas pelos conflitos gerados, pelas repercussões nas relações interpessoais, seja com a equipe de trabalho ou com os usuários.

Os agravos também apontam para a falta de EPIs completos e eficazes, assim como a

ausência de estudos direcionados à categoria, à falta de políticas públicas à saúde do trabalhador para a melhoria das regiões periféricas das cidades que carecem de infraestrutura, cuidados com o meio ambiente, segurança pública.

Tabela 5 – Agravos sofridos durante o trabalho de ACS, Manaus-AM, 2010.

Variável	n	%
Agressão verbal	218	70,8
Queda	142	46,1
Queimadura solar	85	27,6
Mordida de cachorro	76	24,7
Assalto	45	14,6
Agressão física	13	4,2
Atropelamento	5	1,6

Amostra de 308 ACS, que sofreram agravos durante o trabalho.
Os participantes puderem apontar mais de um dano.

Para finalizar o discurso sobre a saúde dos ACS, faz-se o seguinte apanhado: problemas de saúde (dor lombar, artrose, varizes, hipertensão), somam-se com as doenças/sintomas mais intermitentes, apresentados num período de 12 meses (virose, estresse, diarreia, infecções urinárias), que por sua vez, é acrescido dos acidentes/agravos relacionados ao trabalho (agressões, quedas, queimaduras solares, mordidas de cachorro, assalto), e então, como resultado absenteísmo.

O índice anual de absenteísmo chegou a 215 (58,3%) dos participantes, com média de quatro ausências por ano. As justificativas mais pontuadas remetem a problemas de saúde, o que significa uma grande perda para ambos, instituição e trabalhador, e um grande pesar ao ver que muitos problemas/agravos são preveníveis.

Assim sendo, para garantir a assiduidade do trabalhador, evitar perdas de boas relações profissionais e o desinteresse do trabalhador pela atividade é necessário garantir, a sua saúde, na proporção da definição de saúde, e não só a ausência de doença. Evitar situações como as narradas por Assunção, Rosales e Belisário (2008) de “alta incidência de descaso e

de violência nos ambientes de trabalho de saúde, onde a dignidade da pessoa e a autoestima são postas em riscos”.

Segundo, Assunção, Rosales e Belisário (2008) os profissionais e as instituições necessitam ter clareza das condições vigentes de segurança e saúde no trabalho do SUS, uma vez que as possibilidades de sucesso e fracasso dos serviços prestados dependem das condições de trabalho. A qualidade dos cuidados em saúde depende da forma como o sistema atende às necessidades e à subjetividade dos trabalhadores em exercício das suas funções.

Conclusão

A segurança e a saúde do trabalhador do SUS, por si sós, são um desafio. Garanti-las para os profissionais da ABS será um novo desafio, ao envolvê-las na prática com os contrastes sociais, degradação ambiental, segurança pública, desvalorização das ações de prevenção em relação às assistencialistas, gestão de recursos humanos. Para o ACS, em especial, essas podem repercutir ainda mais, já que, ao mesmo tempo em que exercem o trabalho em vários ambientes de trabalho, têm um único meio ambiente para trabalhar e habitar.

Conclui-se que análise das condições de segurança e saúde no trabalho de ACS, por meio da investigação dos índices de conhecimento em saúde do trabalhador, pelo fornecimento de EPI, pelos problemas de saúde e demais agravos relacionados ao trabalho, explanam condições inadequadas de trabalho e cujo resultado prejudica não só o ACS, mas todo o sistema de saúde, a sociedade e a população mais carente.

Espera-se que tais achados possam subsidiar políticas públicas de saúde do trabalhador do SUS, sobretudo na cidade de Manaus e no estado do Amazonas, estimular novos estudos sobre segurança e saúde do trabalhador e reforçar a importância de ações públicas conjuntas para alcançar melhor qualidade de vida para os trabalhadores da saúde do SUS e cidadãos.

Referências

ASSUNÇÃO, A. A.; ROSALES, C. e BELISÁRIO, S. A. (Orgs.). **Condiciones de salud y trabajo en el sector salud**. Belo Horizonte: Nescon – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 dez. 1997.

_____. _____. Decreto n. 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa as Diretrizes para o Exercício da Atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1999.

_____. _____. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 jul. 2002.

_____. _____. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006a.

_____. _____. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5.º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2.º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 out. 2006b.

_____. _____. Portaria n. 2.871, de 19 de novembro de 2009. Constitui o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 nov. 2009a.

_____. _____. Gabinete do Ministro. Consulta Pública n. 3, de 17 de maio de 2011. Minuta de Portaria que aprova, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, nos termos do artigo 34, II, e artigo 59 do Decreto n. 4.176, de 28 de março de 2002. <http://www.saude.gov.br/consultapublica>. Brasília, DF, jul. 2011.

_____. _____. **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Portaria n. 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 9. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Portaria GM n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Publicação DOU, de 6/7/1978. Alterações/Atualizações. Portaria SSST n. 25, de 29 de dezembro de 1994. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 1994.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Luna, 1994.

DAVID, H. M. S. L.; MAURO, M. Y. C.; SILVA, V. G.; PINHEIRO, M. A. S e SILVA, F. H. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Contagem da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JACKSON, M.; ASHLEY, D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Publica*, v.18, n. 2, p. 114-121, 2005.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M.; SANTOS, C. B.; KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.

LUIGI, B. **Bogliolo**: Patologia. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2009. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 2010a.

_____. _____. Conselho Municipal de Saúde. Relatório Gestão 1º trimestre de 2010. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 2010b.

_____. _____. Resolução Municipal n. 002, de 17 de fevereiro de 1998. Aprova o Projeto de Agentes Comunitários de Saúde de Manaus. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 1998a; fev.

_____. _____. Resolução Municipal n. 006, de 29 de abril de 1998. Aprova a implantação do Programa Saúde da Família no Município de Manaus. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 1998b; abr.

_____. _____. Resolução Municipal n. 023, de 2 de julho de 2001. Aprova a conversão do Programa Médico da Família para o Programa Saúde da Família no Município de Manaus. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 2001; jul.

MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H. e PENA, P. G. L. (orgs.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MINAYO, M. C. S. e SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 239-262. 1993.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G. e SOUZA, E.R., (orgs.). **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

MULATINHO, L. M. Análise do sistema de gestão em segurança e saúde no ambiente de trabalho em uma instituição hospitalar. João Pessoa. 2001. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2001.

NASCIMENTO, G. M. e DAVID, H. M. S. L. Avaliação de Riscos no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um Processo Participativo. *Revista de Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 550-556, 2008.

PETRI, V. **Guia de Dermatologia**. Barueri, São Paulo: Manole, 2003.

PINTO, A. L. T.; WINDT, M. C. V. S.; CESPEDES, L. **Segurança e medicina do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

PRADO, B. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. **Atualização Terapêutica**. 21. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

ROBBINS e COTRAN. **Patologia: bases patológicas das doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

SILVA, N. C. **Atenção primária em saúde e contexto familiar**: análise do atributo 'centralidade na família' no PSF de Manaus [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity**: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 1998.

8. CONCLUSÃO

Os ACS de Manaus atendem parcialmente ao perfil profissional, têm, em média, quarenta anos de idade; a escolaridade predominante é o ensino médio completo, a qual ultrapassa a exigida; por outro lado, quase a totalidade não possui o título de Técnico de Agente Comunitário de Saúde (TACS), apesar de terem cerca de dez anos de profissão. A maioria reside na comunidade onde trabalha com tempo bem superior ao de ingresso na profissão. Muitos ACS participam de atividade social na comunidade.

A descrição do perfil profissional aponta necessidade de valorização do profissional ACS nos quesitos formação e remuneração. A complexidade do trabalho do ACS exige pelo menos um curso técnico de nível médio. A realização de horas extras, as quais ocorrem a qualquer momento, sem prévio aviso; a dedicação integral a comunidade e ainda por ser esta uma profissão exclusiva do SUS carece de incentivo financeiro.

Provavelmente, para esses profissionais, o grande estímulo para persistirem na área seja o diferencial do conhecimento advindo com a profissão, o caráter solidário, a gratificação do produto do trabalho, a oportunidade de trabalhar próximo da família, dos filhos e o receio do desemprego, uma vez que a profissão é exclusiva do SUS, sem concorrência.

A investigação dos riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho dos ACS aponta para condições de trabalho adversas, diferentes de todas as demais profissões de saúde, inclusive dos próprios colegas de equipe da ABS. A dificuldade emana da infraestrutura da UBSF, da microárea e da casa do comunitário; diferem apenas as proporções e formas de agravos. Para finalizar, estão as dimensões subjetivas das relações de trabalho, que envolvem gestor, equipe e comunidade, paralelamente às condições ambientais, socioeconômicas, segurança pública, que necessitam de ações públicas conjuntas. O ACS, enquanto elemento

ativo de promoção da saúde e prevenção de doenças, merece ser contemplado por esses cuidados.

Com relação à saúde e segurança, poucos conhecem a saúde do trabalhador, assim como o baixo índice de treinamento sobre os riscos ocupacionais na profissão de ACS. A saúde do profissional ACS não é acompanhada nem devidamente protegida com EPIs, como o não fornecimento de protetor solar.

A análise expressa a falta de preocupação com a segurança e a saúde dos ACS, que, por si só, carece de cuidados, mas nitidamente agravada pela demanda física do trabalho, pela presença de problemas de saúde oriundos do trabalho: os instalados, os intermitentes e os acidentes de trabalho.

Portanto, mediante a análise das condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus, Amazonas, conclui-se que tais condições são inadequadas pela falta de valorização profissional e de medidas de segurança e saúde, bem como pela alta frequência de riscos ocupacionais no trabalho dos ACS. A análise aponta o grave descompasso em relação a eles, profissionais de saúde que promovem saúde, mas, ao mesmo tempo, não a têm. E que eles, não são os únicos prejudicados, mas também a instituição, a sociedade, a população mais carente.

9. REFERÊNCIAS

ALVES, D. B. **Trabalho, Educação e Conhecimento na Enfermagem**: uma contribuição aos estudos sobre a força de trabalho feminina. Aracaju: Fundação Oviedo Teiceira, UFS, 2002.

ASSUNÇÃO, A. A.; ROSALES, C. e BELISÁRIO, S. A. (Orgs.). **Condiciones de salud y trabajo en el sector salud**. Belo Horizonte: Nescon – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2008.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J. e SPIRI, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 51- 60, 2008.

BARALHAS, M. e PEREIRA, M. A. O. Concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas assistenciais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.31- 46, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa. Capítulo 7, Art. 226-230. Brasília, 1988.

_____. _____. Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões 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* 1990; 20 set.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **O Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. _____. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 1997; 22 dez.

_____. _____. Portaria n 3.908, 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST). *Diário Oficial da União*, 1998.

_____. _____. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa as Diretrizes para o Exercício da Atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 5 out.

_____. _____. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002a; 11 jul.

_____. _____. Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2002b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A normativa do programa saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. _____. Portaria n. 777, de 28 de abril de 2004, estabelece os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, 2004b.

_____. _____. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Portaria n. 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 2006a; 29 mar

_____. _____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006b; 6 out.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **O Agente Comunitário da Saúde** 2008. [acessado 2011 jan 6]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. _____. Portaria n. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2009b, 12 nov.

_____. _____. Portaria n. 2.871, de 19 de novembro de 2009. Constitui o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 nov. 2009c.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica - DAB. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. 2011a. [acessado 2011 jun]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_acs_meta_evolucao.jpg

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Departamento de Atenção Básica - DAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/>>. Acesso em 10 jul. 2011a.

_____. _____. Gabinete do Ministro. Consulta Pública n. 3, de 17 de maio de 2011 e n. 4, de 21 de julho de 2011. Segundo os termos do artigo 34, II, e artigo 59 do Decreto n 4.176, de 28 de março de 2002. Minuta de Portaria para aprovar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS. 2011c. <http://www.saude.gov.br/consultapublica>.

BRASIL. Ministério do Trabalho Emprego. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Portaria GM n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Publicação DOU, de 6/7/1978. Alterações/Atualizações. Portaria SSST n. 25, de 29 de dezembro de 1994. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez., 1994.

_____. _____. Aprova as Normas Regulamentadoras (NR) do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Portaria n. 3.214, de 08 de junho de 1978. *Diário Oficial da União*, 06 jul. 1978.

_____. _____. Portaria nº 25, de 29 de dezembro de 1994. Anexo IV- Mapa de Riscos. *Diário Oficial da União* 1995; 15 fev.

_____. _____. Delegacia Regional do Trabalho Amazonas. Portal do trabalho e Emprego. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2003. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/delegacias/am>>. Acesso em 08 de fev. de 2009.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Luna, 1994.

CHIODO, M. B. e MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, p. 212 – 217, 2006.

COSTA, M. A. F. e COSTA, M. F. B. **Segurança e Saúde no Trabalho**: cidadania, competitividade e produtividade. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

COUTINHO, W. **Obesidade**: conceitos e classificação. In: Appolinario JC, Nunes MAA, Abuchaim ALG, Coutinho W, editores. Transtornos alimentares e obesidade, v.1. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde 1996; 10 de outubro.

DAVID, H. M. S. L.; MAURO, M. Y. C.; SILVA, V. G.; PINHEIRO, M. A. S e SILVA, F. H. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. e JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, E. C. e HOEFEL, M. G. O Desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

ELLIS, J. E. e HARTLEY, C. L. **Enfermagem Contemporânea**: desafios, questões e tendências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ESPÍNOLA, F. D. S. e COSTA, I. C. C. Agentes Comunitários de Saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. *Rev. de Odontologia da Universidade da cidade São Paulo*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 43 - 51, 2006.

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

GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N. e 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*, Rio de Janeiro. v. 16, n. 1, p.231-40, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Contagem da população*. Brasília: IBGE; 2000.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Taxa de fecundidade*. Brasília: IBGE; 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Contagem da população*. Brasília: IBGE; 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamento Familiar (POF):* Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Brasília: IBGE, 2008-2009.

JACKSON, M.; ASHLEY, D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panamericana de Salud Publica*, v.18, n. 2, p. 114-121, 2005.

JARDIM, T.A. e LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface*, v.13, n. 28: 123-135, 2009

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M.; SANTOS, C. B.; KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev. psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.

LAURELL, A. C. e NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Belo Horizonte. v. 12, n. 4. P.189 – 201, 2003;

LUIGI, B. **Bogliolo: Patologia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto** [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2004.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução Municipal n. 002, de 17 de fevereiro de 1998. Aprova o Projeto de Agentes Comunitários de Saúde de Manaus. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 1998a; fev.

_____. _____. Resolução Municipal n. 006, de 29 de abril de 1998. Aprova a implantação do Programa Saúde da Família no Município de Manaus. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 1998b; abr.

_____. _____. Resolução Municipal n. 023, de 2 de julho de 2001. Aprova a conversão do Programa Médico da Família para o Programa Saúde da Família no Município de Manaus. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 2001; jul.

_____. _____. Conselho Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2009. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 2010a.

_____. _____. Conselho Municipal de Saúde. Relatório Gestão 1º trimestre de 2010. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 2010b.

_____. Lei Municipal nº 531. Renomina para “Programa Médico da Família”, o Programa de Saúde da Família, referido na Lei nº 470, de 21 de janeiro de 1999, e dá outras providências. *Prefeitura Municipal de Manaus* 2000; 03 de maio.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. e FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1553-1561, 2010.

MELO, L. H.; PAGE, T. e GUY, C. Gestão de odores: fundamentos do nariz eletrônico. *Engenharia Sanitária e Ambiental*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 9-18, 2009.

MELO, M. B.; BRANT, L. C.; OLIVEIRA, L. A. e SANTOS, A. P. S. Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde: instrumento de Inclusão social. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2010.

MELO, R. S. **Direito ambiental do trabalho e a saúde do trabalhador**: responsabilidades legais, dano material, dano moral, dano estético, perda de uma chance. 2. ed. São Paulo: LTr, 2006.

MENDES, R. e DIAS, E. C. Da medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador, *Rev. de Saúde Pública*, v. 25, p. 341-349, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H. e PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MINAYO, M. C. S. e SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. e SOUZA, E. R, (org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MULATINHO, L. M. **Análise do sistema de gestão em segurança e saúde no ambiente de trabalho em uma instituição hospitalar.** João Pessoa. 2001. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2001.

NAHAS, M. V. A era do estilo de vida. In: Nahas MV. *Atividade física, saúde e qualidade de vida:* conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2001.

NASCIMENTO, G. M. e DAVID, H. M. S. L. Avaliação de Riscos no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um Processo Participativo. *Rev. enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 550-556, 2008.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. e RAMOS, Z. V. O. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis: O Agente Comunitário de Saúde.* Rio de Janeiro: MPOG/IPEIA, 2000.

OIT - Organización Internacional del Trabajo. El trabajo decente, centro de atención. Trabalho. *Revista de la OIT.* Oficina Internacional Del Trabajo. Genebra. N.57, septiembre 2006. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_082244.pdf. Acesso em fev. 2010.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças Crônico-degenerativas e Obesidade:** estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, DF, 2003.

OUTHWAITE, W. **Dicionário do Pensamento Social Do Século XX.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

PEDROSA, J. I. S. e TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 3, P. 303-11, 2001.

PETRI, V. **Guia de Dermatologia.** Barueri, São Paulo: Manole, 2003.

PINTO, A. L. T.; WINDT, M. C. V. S.; CESPEDES, L. **Segurança e medicina do trabalho.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, v. 53, p. 251-63, 2000.

PORTO, M. F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 829-39, 2005.

PRADO, B. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. **Atualização Terapêutica.** 21. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. e BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

ROBBINS e COTRAN. **Patologia**: bases patológicas das doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed., Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, J.A. e DALMASO, W. A. S. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.

SILVA, N. C. **Atenção primária em saúde e contexto familiar**: análise do atributo 'centralidade na família' no PSF de Manaus [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2010.

SIMÕES AR. O Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 2175-1323, 2009.

WHO - World Health Organization. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic of obesity. Geneva: WHO, 2004.

THEISEN, N. I. S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**: Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico [dissertação]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2004.

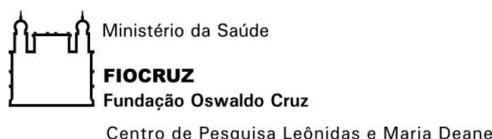
TOMASI et. al. Perfil Sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.S193-S201, 2008.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.

TRINDADE, L. L.; GONZÁLES, R. M. B.; BECK, C. L. C. e LAUTERT, L. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enfermagem, Rio Grande do Sul*, v. 8, p. 473 – 479, 2007.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

APÊNDICE A – Questionário de Auto-preenchimento



QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE MANAUS-AM

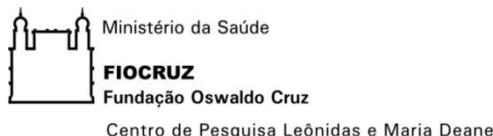
1. N.º da UBSF ou do Módulo: _____ 2. Distrito _____ 3. Data: ___/___/___
4. Sexo: ()F ()M 5. Idade: _____ 6. Peso: _____ 7. Altura: _____
8. Qual a sua raça/cor? ()preta ()parda ()branca ()indígena ()amarela
9. Em qual Estado do Brasil você nasceu? _____ 10. Quantos filhos você têm? _____
11. Estado civil: ()solteiro(a) ()casado(a) ()união estável ()viúvo(a) ()separado(a)divorciado(a)
12. Escolaridade: ()alfabetizado(a) ()ensino fundamental ()ensino médio ()ensino superior
Marque: ()completo ()incompleto
13. Você está participando do curso de Técnico de Agente Comunitário de Saúde? ()sim ()não
14. Você já concluiu o curso de Técnico de Agente Comunitário de Saúde? ()sim ()não
15. Você já teve treinamento/estudou sobre o tema Saúde do Trabalhador? ()sim ()não
16. Você possui cursos na área de saúde que não seja o de ACS? ()sim ()não
- 16.1. Se 16 for sim, qual(is)? _____
17. Você fuma: ()sim ()não
- 17.1. Se 17 for sim, há quanto tempo? _____ anos 17.2. Quantos cigarros por dia? _____
18. Você faz uso de bebida alcoólica? ()sim ()não
- 18.1. Se 18 for sim, quantas vezes semanais? ()1 a 2 vezes ()3 a 4 vezes ()5 a 6 vezes
19. Você reside na comunidade onde trabalha? ()sim ()não
- 19.1. Se 19 for sim, há quanto tempo? _____ anos
20. Há quantos anos você trabalha como ACS? _____ anos
21. Você já tinha trabalhado antes de ser ACS? ()sim ()não
- 21.1. Se 21 for sim, em que atividade(s)? _____
- 21.2. Se 21 for sim, por quanto tempo você já havia trabalhado antes de ser ACS? _____ anos
22. Faz alguma atividade/serviço para obter renda extra? ()sim ()não
- 22.1. Se 22 for sim, qual(is)? _____
23. Qual o valor total da sua renda mensal em R\$? _____
24. Você mora em residência? ()própria ()alugada ()outra _____
- 24.1. A estrutura da sua residência é de? ()madeira ()alvenaria ()outra _____
25. Na sua residência, a água é? ()de poço ()águas do Amazonas ()caminhão-pipa ()outro
- 25.1. Na sua residência, a água que você bebe é? ()direto do poço ()água mineral ()fervida ()tratada com hipoclorito ()filtrada ()águas do Amazonas ()outro _____
26. Qual o destino dos dejetos da sua residência? ()rede de esgoto ()fossa ()igarapé ()vala a céu aberto ()outro _____

27. Você participa de alguma atividade social na sua comunidade? ()sim ()não
 27.1. Se 27 for sim, qual(is)? ()associação de moradores ()clubes de mães ()grupo religioso
 ()partido político ()outra, qual? _____
28. Você realiza visita domiciliar todos os dias? ()sim ()não
 28.1. Você faz em média quantas visitas por dia? _____ visitas.
29. Qual o horário mais frequente para realizar as visitas?
 ()de manhã, das _____ às _____ horas ()à tarde, das _____ às _____ horas
30. Você já foi chamado para prestar assistência fora do seu horário de trabalho? ()sim ()não
 30.1. Se 30 for sim, diga quantas vezes isso já aconteceu num período de um mês. _____ vezes
31. Marque os itens abaixo que são mais frequentes e o (a) incomodam durante o trabalho?
 ()sol forte ()fumaça de queimadas de lixo ()mau cheiro de lixo
 ()calor ()fumaça de carro ()mau cheiro de esgoto a céu aberto
 ()suor ()fumaça de cigarro ()mau cheiro de agrotóxicos/inseticidas
 ()frio ()umidade dos ambientes ()poeira
 ()ruído/barulho de _____ ()outro _____ ()nenhum
32. No seu trabalho, a água é? ()de poço ()águas do Amazonas ()caminhão-pipa ()outro
 32.1. No seu trabalho, a água que você bebe é? ()direta do poço ()água mineral ()fervida
 ()tratada com hipoclorito ()filtrada ()águas do Amazonas ()outro _____
33. No seu trabalho, qual o destino dos dejetos? ()rede de esgoto ()fossa ()igarapé
 ()vala a céu aberto ()outro _____
34. Você já teve contato com usuário portador de doença infectocontagiosa: ()sim ()não
 34.1. Se 34 for sim, diga qual(is) doença(s) o usuário apresentava. _____
 34.2. Se 34 for sim, você foi contaminado(a) pela doença que o usuário portava? ()sim ()não
35. Quantos profissionais trabalham na sua Unidade de Saúde? _____ profissionais.
36. A Unidade tem quantos compartimentos ao todo? _____ Quantos sanitários? _____
 36.1. O número de mesas, cadeiras, armários é suficiente para a equipe? ()sim ()não
 36.2. O espaço físico da Unidade é suficiente para acomodar a equipe e usuários? ()sim ()não
37. Você realiza atividade na Unidade que não seja de atribuição do ACS? ()sim ()não
 37.1. Se 37 for sim, qual a atividade? _____
38. Você considera sua atividade profissional estressante? ()sim ()não
 38.1. Se 38 for sim, por quê? _____
39. Como você avalia seu trabalho? (Pode marcar mais de um item!)
 ()tem controle rígido de produtividade ()tem de caminhar muito
 ()tem imposição de ritmo de trabalho excessivo ()há muitos morros/ladeiras
 ()tem de carregar peso durante as visitas ()fica muito tempo em pé
 ()monótono e repetitivo ()é desgastante mentalmente
 ()é agradável e motivador ()nenhum comentário
 ()proporciona-lhe realização profissional
40. Você consegue chegar com facilidade aos locais de visita? ()sim ()não
 40.1 Se 40 for não, por quê? _____
41. Você se sente seguro ao caminhar pela comunidade assistida? ()sim ()não
 41.1. Se 41 for não, por quê? _____
42. Como é a receptividade dos comunitários: (Pode marcar mais de um item!)
 ()sempre convida para entrar ()nega-se a receber visita
 ()há desconfiança nas primeiras visitas ()gosta de ser visitado
 ()só alguns convidam para entrar ()outro _____

43. Na casa do comunitário, quais destas situações são mais frequentes? *(Pode marcar mais de um item!)*
 sensação de sede picada de mosquito suor excessivo vontade de urinar calor
 mau cheiro da casa não ter local para sentar outro _____
44. No seu trabalho, você já sofreu algum desses danos? *(Pode marcar mais de um item!)*
 agressão física queda picada de animal venenoso atropelamento
 agressão verbal assalto mordida de cachorro queimadura do sol
 choque elétrico outro. Qual? _____ nenhum dano
45. Marque os itens que você considera ruins na sua Unidade de Saúde: *(Pode marcar mais de um item!)*
 espaço físico inadequado armazenamento de utensílios, produtos, remédios inadequados
 iluminação insuficiente instrumentos de trabalho inadequados ou defeituosos
 haver risco de incêndio ou explosão haver risco de assalto nenhum
46. Você tem algum desses problemas de saúde? **Se sim**, há quanto tempo? *(Pode marcar mais de um item!)*
 hipertensão _____ ano(s) asma _____ ano(s) doença reumática _____ ano(s)
 diabetes _____ ano(s) rinite _____ ano(s) doença nos rins _____ ano(s)
 anemia _____ ano(s) varizes _____ ano(s) transtorno mental _____ ano(s)
 gastrite _____ ano(s) artrose _____ ano(s) câncer de _____ e há _____ ano(s)
 dor nas costas _____ ano(s) hérnia discal _____ ano(s) outro? _____ nenhum problema
47. Você já teve nos últimos 12 meses?
 diarreia dengue tuberculose hanseníase infecção urinária hepatite tipo ____
 estresse malária pneumonia virose outro? _____ nenhum acontecimento
48. Você recebeu da Instituição orientações sobre riscos ocupacionais na profissão de ACS?
 sim não
- 48.1. Você sabe o que é Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)? sim não
- 48.2. Você sabe o que é Comissão de Prevenção de Acidente de Trabalho (CIPA)? sim não
49. Você realiza todo ano *exames ocupacionais* a pedido da Instituição onde trabalha? sim não
50. Você utiliza algum desses itens para trabalhar? *(Pode marcar mais de um item!)*
 guarda-chuva/sombrinha capa de chuva boné óculos de sol protetor solar
 roupa de manga longa repelente tênis bota sandália
 bolsa/pasta fardamento cantil/garrafa com água
 outro, qual? _____
51. Você já recebeu da Instituição equipamento de proteção para trabalhar? sim não
- 51.1. **Se 51 for sim**, diga qual(is)? _____
52. Você gostaria de sugerir algum equipamento de proteção ou material para trabalhar? sim não
- 52.1. **Se 52 for sim**, cite-o (os). _____
53. Você acredita que já sofreu algum acidente ou doença relacionada ao trabalho de ACS?
 sim não não sei dizer se é/era relacionado ao trabalho
- 53.1. **Se 53 for sim**, qual(is)? _____
54. Às vezes, acontece de você faltar ao trabalho? sim não
- 54.1. **Se 54 for sim**, quantas vezes por ano? _____ vezes.
- 54.2. **Se 54 for sim**, qual o principal motivo da falta? _____
55. Como você avalia o seu local/ambiente de trabalho? excelente bom regular ruim

MUITO OBRIGADA!

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa Avaliação das Condições de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus-AM. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e, no caso de aceitar participar da pesquisa, assine ao final deste documento em duas vias: uma sua e a outra dos pesquisadores responsáveis. Em caso de recusa, você não sofrerá penalidade alguma. Se tiver dúvida durante a realização da pesquisa, você pode perguntar ao pesquisador presente e, se a dúvida surgir posteriormente, você pode entrar em contato direto com a pesquisadora responsável, Flávia Ferreira Martinez Palhares, telefones: 8159-0959, 9212-3937 e 3654-1868, e/ou com pesquisador orientador Prof. Dr. David Lopes Netto, telefone: 8113-2221, e, ainda, por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, telefone (92) 3305-5121, que irá orientá-lo (a). Este Projeto foi aprovado pelo CEP/UFAM, protocolo CAAE nº. 0258.0.115.000-10.

O objetivo principal da pesquisa é avaliar as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os benefícios previstos com esta pesquisa são conhecimento científico sobre os ACS de Manaus no que diz respeito ao perfil profissional e censo demográfico, ao ambiente de trabalho e possíveis fatores de risco e, ainda, o levantamento das condições de segurança e saúde no trabalho do ACS. Caso sejam identificados fatores desfavoráveis à saúde, eles serão repassados em forma de relatório ao órgão competente da SEMSA, com o objetivo de melhorias. Espera-se também que a pesquisa contribua para a valorização da profissão de ACS e estimule ações de política de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica.

O ACS que decidir contribuir com esta pesquisa, após assinar este Termo, receberá um questionário, cujas questões versam - a maioria de marcar (X) - sobre o perfil do ACS, condições de trabalho, de segurança e de saúde no trabalho.

O questionário é anônimo e garantia de sigilo total. A qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, sem qualquer penalidade. Para tanto, basta informar a pesquisadora. Você não terá despesas nem receberá benefícios financeiros por participar da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em jornais, revistas, livros, sites, palestras e estarão disponíveis na biblioteca da Fundação Oswaldo Cruz–Fiocruz, Manaus, a partir de abril de 2011.

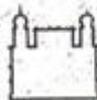
Diante de tais esclarecimentos e estando de acordo, você assina o presente Termo.

Manaus, _____ de _____ de 2010.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do (a) Participante

ANEXO A – Ofício FIOCRUZ à Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane



UFPA
Universidade Federal do Pará

Ofício Nº 041/2010 – PPGSSEA

Manaus, 31 de Maio de 2010.

A Ilma.
Sra. ADEMARINA TEIXEIRA CARDOSO
M.D. GERENTE DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE – GESAU /SEMSA

Prezada Senhora,

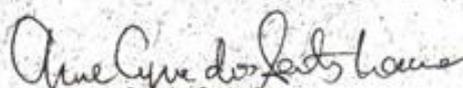
Venho por meio desta, apresentar Flávia Ferreira Martinez-Palhares, mestranda do Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD e Universidade Federal do Pará - UFPA.

A referida discente desenvolverá a pesquisa intitulada: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) DA CIDADE DE MANAUS-AM, sob a orientação do Prof. Dr. David Lopes Netto.

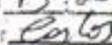
A metodologia a ser utilizada será aplicar questionários aos ACSs da cidade de Manaus, a amostra é de 324 ACS, esses divididos proporcionalmente em cada Distrito de Saúde da SEMSA, analisar o perfil sócio-demográfico e profissional dos ACS, conhecer o ambiente de trabalho e os possíveis fatores de risco aos quais os ACS podem estar expostos; levantar as condições de segurança e saúde dos ACS de Manaus, almejando o desvelar científico das condições de trabalho dos ACS.

Assim, vimos, respeitosamente solicitar sua autorização formal para acesso da pesquisadora ao serviço; de forma a permitir a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM.

Respeitosamente,


Dra. Ana Cyro dos Santos Lucas
Coordenadora PPGSSEA

CPQ/ILMD, FIOCRUZ
Secretaria Acadêmica
Recebido em 31/05/10 às 11:40 horas
Rosinete
NOME (Padrão)

RECEBIDO	SEMSA / GESAU
	Em: 31/05/10
	às 13:00 h
	Por: 

ANEXO B – Autorização da Gerência de Educação na Saúde da SEMSA



Subsecretaria de Executiva - SUBEXEC
 Departamento de Administração - DA
 Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - DTRAB
 Gerência de Educação na Saúde - GESAU

Manaus, 01 de junho de 2010

AUTORIZAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que a Pesquisa intitulada "**Avaliação das condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus-AM**" de responsabilidade da Sra. **Flávia Ferreira Martinez Palhares** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

Informamos que essa autorização deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA encontra-se em processo de reconhecimento pela CONEP.

Ademarina Teixeira Cardoso
Ademarina Teixeira Cardoso
 Gerência de Educação na Saúde

COEP/SEMSA
 Recebido em 23/06/2010 às 11:40
Rosineide
 COEP/SEMSA

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFAM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0258.0.115.000-10, intitulado: “**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE MANAUS-AM**”, tendo como Pesquisador Responsável Flavia Ferreira Martinez Palhares.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 07 de julho 2010.

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM

CPqL&MD/FIOCRUZ
Secretaria Acadêmica
Recebido em 23/07/10, às 11:40 horas
Plinio José Cavalcante Monteiro

NOME LEGÍVEL