

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

Denise Cristina Alves de Moura

**Depressão e estresse psicossocial de Agentes Comunitários de Saúde:
condições de vida e de trabalho**

Juiz de Fora

2019

Denise Cristina Alves de Moura

**Depressão e estresse psicossocial de Agentes Comunitários de Saúde:
condições de vida e de trabalho**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosangela Maria Greco

Coorientadora: Prof^a Dr^a Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora
2019

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

Moura, Denise Cristina Alves de.
Depressão e estresse psicossocial de Agentes Comunitários de
Saúde : condições de vida e de trabalho / Denise Cristina Alves de
Moura. – 2019.
157 f. : il.

Orientadora: Rosangela Maria Greco
Coorientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora,
Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, 2019.

1. Saúde do trabalhador. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3.
Estresse ocupacional. 4. Transtorno depressivo. 5. Condições de
trabalho. I. Greco, Rosangela Maria , orient. II. Leite, Isabel Cristina
Gonçalves, coorient. III. Título.

DENISE CRISTINA ALVES DE MOURA

**“Depressão e Estresse psicossocial de Agentes Comunitários
de Saúde: condições de vida e de trabalho”**

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovado em 01/11/2019

Rosangela Maria Greco – UFJF

Isabel Cristina Gonçalves Leite - UFJF

Carla Ferreira de Paula Gebara – UCP

José Carlos Tavares da Silva – UCP

Marluce Rodrigues Godinho – UFJF

Cristina Arreguy-Sena – UFJF

Dedico esta tese à minha orientadora, Rosangela Maria Greco, que idealizou esta pesquisa, tendo a honra de ser sua única aluna de doutorado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir essa grande oportunidade na minha vida, que foi cursar o Doutorado em Saúde Coletiva e por sempre guiar meus passos.

À minha orientadora Rosangela Maria Greco, que vem me acompanhando desde a graduação em Enfermagem, contribuindo para a minha formação e para o meu crescimento tanto acadêmico quanto pessoal. Muito obrigada por seu comprometimento, pelos aprendizados, paciência, amizade e carinho.

À Isabel Cristina Gonçalves Leite, minha coorientadora, que me acolheu e me auxiliou muito em todo esse processo. Agradeço os ensinamentos proporcionados com competência e por sempre se mostrar disponível.

À minha família: pais, avós, irmãs e marido, agradeço as orações, as palavras de conforto em momentos difíceis e todo o apoio. Parece clichê, mas vocês são e sempre serão o meu porto mais seguro.

Agradeço às minhas amigas e, em especial, à Marluce, a cumplicidade, por estarem sempre presentes na minha vida e pelo apoio social.

Aos professores membros da banca que colaboraram muito na construção desta tese. Agradeço especialmente à professora Cristina Arreguy-Sena, que me motiva desde o processo seletivo do mestrado a ser uma pesquisadora e uma pessoa melhor.

Aos professores do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva e equipe do Nates, obrigada pelas oportunidades de aprendizado e dedicação.

À professora Bernadete Marinho Bara De Martin Gama pelo apoio e estímulo.

Aos ACSs agradeço imensamente por participarem desta pesquisa, por serem solícitos, pacientes e por permitirem que nós, pesquisadores, conhecêssemos mais sobre suas condições de vida e de trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo auxílio financeiro, por meio de bolsa, para que eu tivesse condições financeiras e emocionais para cursar o doutorado. Espero que tenhamos governos mais responsáveis e comprometidos em manter a missão dessa agência de fomento à pesquisa, tão importante em nosso país.

Agradeço também à equipe de coleta de dados e a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) desempenham um papel importante em relação à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerados fundamentais na articulação das políticas de saúde e imprescindíveis para o SUS. Estudos anteriores têm mostrado adoecimento e sofrimento destes trabalhadores devido às atividades desenvolvidas no trabalho, justificando o desenvolvimento de pesquisas. O objetivo deste trabalho foi analisar a associação da prevalência de sintomas de depressão e de estresse psicossocial dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora (MG) com as condições de vida e de trabalho. Foi realizado um estudo transversal com a população dos ACSs, totalizando 400 participantes. As variáveis dependentes deste estudo foram: estresse psicossocial no trabalho por meio do Modelo Demanda-Controle (MDC) e a prevalência de sintomas de depressão utilizando a escala *Patient Health Questionnaire*. As variáveis independentes foram: perfil socioeconômico e demográfico; autopercepção de saúde; atividade física avaliada pelo Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ-curto; características e condições de trabalho; apoio social no trabalho; capacidade para o trabalho através do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT); qualidade de vida por meio do instrumento do grupo *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-Bref*. Os dados foram tratados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (Software SPSS®) versão 15. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, bivariada e multivariada. Os resultados mostraram que a população deste estudo foi predominantemente composta de mulheres, com média de idade de 46 anos, da cor/raça não branca e que possuíam dois filhos ou mais. A maioria dos participantes possuía Ensino Médio completo, eram casados ou viviam em união estável e pertenciam às classes econômicas B2 e C1. Houve predomínio entre os ACSs da autopercepção de saúde muito boa ou boa e do alto nível de atividade física. A maior parte dos participantes possuía somente um emprego, trabalhava até 40 horas semanais, não sofreu acidente de trabalho nos últimos 12 meses, trabalhava na Atenção Primária à Saúde há mais de dez anos, não possuía trabalho noturno, apresentou alto apoio social no trabalho e foram classificados com boa ou ótima capacidade para o trabalho. A prevalência de sintomas depressivos entre os ACSs foi de 20,6% e se associou na análise multivariada com a baixa/moderada capacidade para o trabalho, o baixo apoio

social, as classes econômicas C, D e E e com o domínio psicológico da qualidade de vida. No MDC, houve predomínio do trabalho de alta exigência (32,5%), que é o grupo de exposição para o estresse psicossocial no trabalho. Após a análise multivariada, o trabalho de alta exigência se associou com a baixa/moderada capacidade para o trabalho e com o baixo apoio social. Ao identificar a prevalência de depressão e de estresse psicossocial no trabalho dos ACSs e os fatores associados, torna-se possível direcionar estratégias para melhorar as condições de saúde e os processos de trabalho, além de evidenciar a importância da abordagem das questões de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Agentes Comunitários de Saúde. Estresse psicológico. Estresse ocupacional. Transtorno depressivo. Condições de trabalho.

ABSTRACT

Community Health Workers (CHWs) play an important role in relation to the organization of the Unified Health System (SUS), being considered fundamental in the articulation of health policies and indispensable for SUS. Previous studies have shown illness and suffering of these workers due to the activities developed at work, justifying the development of research. The aim of this study was to analyze the association between the prevalence of symptoms of depression and psychosocial stress of Community Health Workers in the city of Juiz de Fora (MG) with living and working conditions. A cross-sectional study was conducted with the CHWs population, totaling 400 participants. The dependent variables of this study were: psychosocial stress at work through the Demand-Control Model (MDC) and the prevalence of symptoms of depression using the Patient Health Questionnaire scale. The independent variables were: socioeconomic and demographic profile; self-perception of health; physical activity assessed by the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-short); characteristics and working conditions; social support at work; work capacity through the Work Ability Index (ICT); quality of life through the World Health Organization Quality of Life group instrument - WHOQOL-Bref. Data were processed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS® Software) version 15. Data analysis was performed using descriptive, bivariate and multivariate statistics. The results showed that the population of this study was predominantly composed of women, with a mean age of 46 years, of non white color/race and who had two or more children. Most of the participants had completed high school, were married or lived in a stable union and belonged to economic classes B2 and C1. There was a predominance among CHWs of very good or good health self-perception and high level of physical activity. Most of the participants had only one job, worked up to 40 hours per week, had no work accident in the last 12 months, worked in Primary Health Care for over ten years, had no night work, had high social support at work and were rated with good or great work ability. The prevalence of depressive symptoms among the CHWs was 20.6% and was associated with multivariate analysis with low/moderate work ability, low social support, economic classes C, D and E and the psychological domain of quality of life. In the MDC, there was a predominance of high demand work (32.5%), which is the exposure group for psychosocial stress at work. After multivariate analysis, high demand work was

associated with low/moderate work ability and low social support. By identifying the prevalence of depression and psychosocial stress at work of CHWs and the associated factors, it becomes possible to direct strategies to improve health conditions and work processes, as well as highlighting the importance of addressing mental health issues.

Keywords: Occupational health. Community Health Workers. Stress psychological. Occupational stress. Depressive disorder. Working conditions.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação dos ACSs distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde. Juiz de Fora (2015-2017).....	49
Quadro 2 – Delimitação da População de Estudo. Juiz de Fora (2015-2017).....	50
Quadro 3 – Ponto de corte das dimensões do Modelo Demanda-Controle-Apoio social baseado em sua mediana.....	54
Quadro 4- Quadrantes do Modelo Demanda-Controle proposto por Karasek (1979).....	55
Quadro 5 - Categorização das variáveis do questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9).....	56
Quadro 6: Categorização das variáveis para caracterização do perfil socioeconômico e demográfico.....	57
Quadro 7 - Categorização das variáveis do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).....	58
Quadro 8 – Categorização das variáveis relacionadas às características e condições de trabalho.....	59
Quadro 9 - Categorização das variáveis do Índice de Capacidade para o Trabalho	60
Quadro 10 - Domínios e facetas do <i>WHOQOL Bref</i>	61
Quadro 11 - Classificação da Qualidade de Vida, conforme o <i>WHOQOL Bref</i>	62
Quadro 12 - Variáveis do estudo: dependentes e independentes.....	62

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Associação entre as variáveis socioeconômicas, relacionadas à saúde e a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400).....	121
Tabela 2 - Associação entre as variáveis ocupacionais e a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400).....	122
Tabela 3 - Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400).....	123
Tabela 4 - Variáveis da qualidade de vida associadas à prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400).....	124

ARTIGO 2

Tabela 1 - Associação entre as variáveis socioeconômicas, relacionadas à saúde e os quadrantes do Modelo Demanda-Controle. Juiz de Fora, 2019 (N = 400).....	125
Tabela 2 - Associação entre as variáveis ocupacionais e os quadrantes do Modelo Demanda-Controle. Juiz de Fora, 2019 (N = 400).....	126
Tabela 3 - Razão de prevalência bruta das variáveis associadas aos quadrantes do Modelo Demanda-Controle Juiz de Fora, 2019. (N = 400).....	127
Tabela 4 - Razão de prevalência ajustada pela Regressão multinomial das variáveis associadas aos quadrantes do Modelo Demanda-Controle. Juiz de Fora, 2019 (N = 400).....	128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

Abep - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ACE - Agente de Combate às Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Cofen - Conselho Federal de Enfermagem

DSM - 5 - Classificação Americana para os Transtornos Mentais

eAB - Equipe de Atenção Básica

eSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ICT - Índice de Capacidade para o trabalho

IPAQ - Questionário Internacional de Nível de Atividade Física

MDC - Modelo Demanda-Controle

ODK – *Open Data Kit*

OMS - Organização Mundial da Saúde

Opas - Organização Pan-americana da Saúde

Pacs - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PHQ9 - *Patient Health Questionnaire-9*

PSF - Programa de Saúde da Família

Pnab - Política Nacional de Atenção Básica

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	HIPÓTESES.....	19
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
4.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
4.2	SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	26
4.3	TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE MENTAL.....	33
5	MÉTODOS E TÉCNICAS.....	47
5.1	DELINAMENTO.....	47
5.2	CENÁRIO.....	47
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	50
5.4	PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	51
5.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	53
5.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	63
5.6.1	Análise empregada para o estudo da prevalência de sintomas de depressão e fatores associados.....	63
5.6.2	Análise empregada para o estudo do estresse psicossocial no trabalho e fatores associados.....	64
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	65
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
	ARTIGO 1 - Prevalência de sintomas de depressão em Agentes Comunitários de Saúde.....	67
	ARTIGO 2 - Estresse psicossocial no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: prevalência e fatores associados.....	88
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
	REFERÊNCIAS.....	108
	APÊNDICE A - Resultados.....	121
	ANEXO A - Instrumento de coleta de dados.....	129

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	150
ANEXO C - Prorrogação do prazo de pesquisa.....	152
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155
ANEXO E - Autorização para utilização do banco de dados.....	157

APRESENTAÇÃO

Esta tese aborda o estresse psicossocial no trabalho e a prevalência de depressão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSSs) e as relações com as características de seu trabalho, da sua vida e da sua saúde.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, denominada “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”, da qual sou integrante, coordenada pela Profª. Dra. Rosangela Maria Greco. Esta pesquisa é um dos produtos gerados pelo grupo de pesquisa Trabalho e Saúde, que desde 2010, estuda e investiga as relações entre o trabalho e a saúde em nossa sociedade, do qual também faço parte desde sua formação.

O interesse por esta pesquisa mais ampla surgiu por considerar importante a realização de um estudo sistematizado que retratasse o perfil epidemiológico e descrevesse como ocorre o processo saúde-doença dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), o que proporciona a compreensão da relação entre o trabalho e a saúde, enfatizando o caráter social deste processo.

Assim, tal pesquisa teve como objetivo geral: conhecer as condições de vida e saúde de trabalhadores que atuam na APS. E como objetivos específicos: descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco, as práticas e os cuidados com a saúde desses trabalhadores; analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde-doença destes trabalhadores; contribuir para o desenvolvimento de ações e programas de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde desses trabalhadores.

Meu desejo em estudar o adoecimento mental no trabalho dos ACSSs se deu devido ao fato de os transtornos mentais serem hoje uma das principais causas de incapacidades e afastamentos do trabalho, o que traz muitas consequências para os trabalhadores e para a sociedade como um todo. Além disso, considero que os ACSSs são trabalhadores essenciais para o Sistema Único de Saúde e para a APS, por isso julgo importante pesquisar suas condições de trabalho e de vida e buscar compreender quais fatores podem se relacionar com o seu adoecimento.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o modelo oficial de atenção à saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros e se caracteriza por ser um sistema integrado e gratuito, que desenvolve ações de prevenção de doenças, promoção, cura e reabilitação da saúde. O SUS tem como objetivos a reorganização dos serviços e ações de saúde, devendo seus princípios ser seguidos em todo o território nacional (BRASIL, 2011; CASTRO *et al.*, 2019).

A Atenção Primária contribui para a concretização do SUS, cujo objetivo e desafio são fornecer à população acesso universal e serviços abrangentes, ordenar e ampliar a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para isso, utiliza-se de estratégias organizacionais, a exemplo dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que têm as finalidades de reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (PAIM *et al.*, 2011).

Para a implementação de suas ações, a Atenção Primária à Saúde (APS) conta com diversos profissionais, tais como: médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos em saúde bucal, entre outros, de acordo com as necessidades epidemiológicas e de saúde da população (BRASIL, 2017a).

No desenvolvimento de suas atividades laborais, estes profissionais estão expostos a diversos riscos, doenças, acidentes e contato com situações estressoras que justificam ações de promoção e cuidado com a saúde desses trabalhadores e requerem a compreensão das estratégias de enfrentamento que influenciam na forma como as situações laborais do cotidiano são vivenciadas (SOUSA-UVA; SERRANHEIRA, 2013; TELES *et al.*, 2014).

Entre os trabalhadores da APS, destacam-se os ACSs que, além das demandas inerentes à atenção integral das necessidades de saúde da população, estão expostos a cargas desencadeadas pelo convívio com situações de pobreza, desigualdades sociais e as limitações do próprio sistema de saúde. Adicionalmente a esses fatores, têm-se as mudanças no mundo do trabalho, gerando precarização das condições laborais, devido à falta de reconhecimento profissional, à defasagem de planos de cargos e salários dos profissionais do SUS, que podem levar ao

desgaste, sofrimento psíquico e adoecimento mental do trabalhador (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; LANCMAN *et al.*, 2013).

O sofrimento psíquico no trabalho, segundo Dejours (2017a), é representado por sentimentos de inutilidade, desqualificação, despersonalização, falta de sentido da atividade laboral, que, quando associados, podem levar à vivência depressiva e ao sofrimento no trabalho (DEJOURS, 2017a; ROCHA; MENDES; MORRONE, 2012).

No que diz respeito ao adoecimento, a depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes e considerada uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, o que traz impactos para a carga global de doenças. Vale destacar que a doença predomina entre as mulheres (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Em um estudo desenvolvido no Chile, com uma amostra aleatória de 3.010 trabalhadores assalariados, pertencentes a todos os níveis socioeconômicos, observou-se que a exposição aos fatores de risco ocupacionais psicossociais e a prevalência de sintomas depressivos foi maior em mulheres do que em homens. Os autores reforçam que as diferenças de gênero são muito importantes quando se analisa a relação entre saúde mental e trabalho, uma vez que, além de estarem mais expostas a riscos psicossociais oriundos da organização do trabalho, também estão expostas a jornadas duplas de trabalho provenientes do trabalho doméstico e de cuidados da família (ANSOLEAGA; VÉZINA; MONTAÑO, 2014).

No Brasil, os transtornos mentais e comportamentais foram a terceira causa de incapacidade para o trabalho, considerando a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, no período de 2012 a 2016. Isso demonstra a repercussão das dimensões econômicas e sociais sobre a saúde dos trabalhadores e da sociedade (BRASIL, 2017b).

De forma semelhante, o estudo do estresse psicossocial no trabalho também é fator intervenciente sobre as condições de trabalho e saúde mental dos trabalhadores. Este inclui três dimensões: demandas psicológicas, ou seja, exigências do trabalho, complexidade das tarefas e pressão de tempo; controle, representado pela autonomia, desenvolvimento de habilidades cognitivas e poder de decisão e apoio social proveniente do suporte de colegas e chefias no desenvolvimento das tarefas no trabalho. O estresse psicossocial no trabalho é o resultado da junção de alta demanda psicológica, baixo controle sobre o processo

de trabalho e o baixo apoio social por parte dos colegas e chefia (ALVES *et al.*, 2004; ANSOLEAGA; VÉZINA; MONTAÑO, 2014; GRIEP *et al.*, 2011; KARASEK; THEORELL, 1990; TANG, 2014).

Diante do exposto, elegeu-se como objeto de estudo a prevalência de sintomas de depressão e o estresse psicossocial dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora (MG), relacionados às condições de vida e trabalho.

A escolha pelo estudo com os ACSs é relevante por ser uma categoria profissional que é considerada alicerce fundamental da ESF, seu trabalho constitui elemento estratégico para a construção efetiva de um modelo de atenção em saúde que supere a lógica assistencialista e biomédica tradicional. Sua atuação na equipe favorece o entendimento do processo de adoecimento da população, levando em consideração os determinantes sociais, bem como o desenvolvimento de ações de promoção de saúde (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Dessa forma, este estudo se justifica diante da importância dos ACSs em relação à organização do sistema de saúde, sendo considerados fundamentais na articulação de políticas de saúde e imprescindíveis para o SUS. Estudos anteriores têm mostrado adoecimento e sofrimento destes trabalhadores devido às atividades desenvolvidas no trabalho (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; SILVA *et al.*, 2016; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2015). Assim, torna-se relevante o estudo da prevalência de sintomas de depressão e do estresse psicossocial no trabalho associados aos fatores sociodemográficos, ocupacionais, autopercepção de saúde, atividade física e qualidade de vida dos ACSs.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação da prevalência de sintomas de depressão e de estresse psicossocial dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora (MG) com as condições de vida e de trabalho.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a prevalência de sintomas de depressão e do estresse psicossocial no trabalho dos ACSs.

Verificar a associação dos sintomas de depressão e do estresse psicossocial no trabalho com as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, autopercepção de saúde, atividade física e qualidade de vida dos ACSs.

3 HIPÓTESES

Ho - Não há associação entre a prevalência de sintomas de depressão e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, autopercepção de saúde, atividade física e qualidade de vida dos ACSs.

H1 - Há associação entre a prevalência de sintomas de depressão e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, autopercepção de saúde, atividade física e qualidade de vida dos ACSs.

Ho - Não há associação entre as categorias do Modelo Demanda-Controle, utilizado para o estudo do estresse psicossocial no trabalho, e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, autopercepção de saúde, atividade física e qualidade de vida dos ACSs.

H2 - Há associação entre as categorias do Modelo Demanda-Controle, utilizado para o estudo do estresse psicossocial no trabalho, e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, autopercepção de saúde, atividade física e qualidade de vida dos ACSs.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para iniciar a construção deste referencial teórico, torna-se importante a definição e contextualização de alguns conceitos e temas, como: APS, saúde do trabalhador, SUS, ACS, trabalho, relação do trabalho com a saúde mental, psicodinâmica do trabalho, cargas de trabalho, cargas psíquicas, desgaste, sofrimento psíquico e o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho: depressão, estresse e ansiedade. Esta fundamentação teórica será importante para o desenvolvimento e compreensão de toda a tese.

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O primeiro conceito a ser compreendido é o de Atenção Primária à Saúde (APS), para tanto se faz necessário discutir sua evolução histórica e sua consolidação, ressaltando os avanços, retrocessos e desafios ao longo dos anos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1978) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) (2007, p.4), a APS pode ser definida como:

Atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter [...]. Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país [...] e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade [...] trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde.

A APS tem sido pensada, desde o início do século XX, apresentada pelo relatório Dawson em 1922, que introduziu os conceitos de territorialização, níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência, coordenação pela atenção primária e a necessidade de integração entre saúde pública e atenção individual. Esta concepção embasou a constituição do Serviço Nacional de Saúde inglês, importante

referência de sistema público e universal de saúde (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MELO et al., 2018).

Dessa forma, no cenário internacional, algumas experiências isoladas sobre APS já aconteciam em alguns países, tais experiências levaram à realização da Primeira Conferência Internacional sobre APS, ocorrida em setembro de 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, organizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), da qual se originou o conceito anteriormente descrito. O cenário econômico da época foi marcado por crises financeiras, sendo que os custos com a assistência à saúde cresciam em quase todos os países e as iniquidades de acesso à saúde dentro de um mesmo país ou entre países diferentes eram muito presentes (AGUIAR, 2013).

A Declaração de Alma-Ata (1978) orientou os governos a ordenar políticas nacionais, estratégias e planos de ação para o desenvolvimento da APS como componente de um sistema nacional de saúde integral e em colaboração com outros setores para enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, envolvendo vontade política e recursos (GIOVANELLA et al., 2019).

Nos primeiros anos do século XXI (anos 2000), com a redemocratização e ascensão de governos latino-americanos empenhados com a justiça social, identificaram-se processos de renovação da APS, em uma perspectiva mais ampla, alicerçados na oferta de atenção integral com garantia de ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e assistenciais, reforçando os princípios de Alma-Ata. No entanto, muitos desafios ainda estiveram presentes (GIOVANELLA et al., 2019; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

No que diz respeito aos elementos de uma atenção primária à saúde integral, nos países da América do Sul, são características comuns: o elemento familiar e comunitário, a noção de base territorial, equipe multidisciplinar com a presença de ACS e a participação social (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

A APS pode ser considerada porta de entrada em um sistema de saúde e reconhecida como instrumento fundamental para organizar e operar esse sistema como um todo, com foco na resolução efetiva de casos e redução de custos, além de ser orientada para atender as demandas da população frente aos problemas de saúde mais comuns. Ela também pode ser pensada como uma estratégia organizativa do sistema de saúde, compreendendo ações de recombinar,

reorganizar e reordenar os recursos, tendo como principal objetivo a satisfação das necessidades da população (PIOLA; GOULART; VIANNA, 2014).

A compreensão da APS como método de organização do sistema de atenção à saúde implica operacionalizá-la de modo a seguir alguns atributos, tais como: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; focalização na família; orientação comunitária; competência cultural. Além disso, exercer determinadas funções: resolubilidade, comunicação e responsabilização. Vale destacar que os quatro primeiros atributos são os essenciais e os três últimos são os atributos derivados (MENDES, 2015; MENDES, 2012; STARFIELD, 2002).

O primeiro contato está relacionado à acessibilidade e à utilização de serviços para cada nova demanda/problema para os quais as pessoas procuram atenção à saúde. A longitudinalidade consiste em um aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso substancial ao longo do tempo, em um espaço de relação mútua de confiança e humanização entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (BRASIL, 2010; MENDES, 2015; STARFIELD, 2002).

Já a integralidade implica a oferta pela equipe de saúde de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população sob sua responsabilidade no âmbito da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos. Envolve também a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos determinantes do processo saúde-doença. A coordenação (integração) se refere à capacidade de assegurar a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, fazendo distinção dos problemas que requerem seguimento constante e se relaciona com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2015; STARFIELD, 2002).

A atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): considera as necessidades de cuidado da família em seu contexto, dessa forma, a equipe deve ser capaz de reconhecer seus problemas de saúde e as formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária é o reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade pelos serviços de saúde, demandando uma análise situacional, bem como planejamento e avaliação conjunta do contexto social. A competência cultural envolve a relação e a comunicação entre a equipe de saúde e a população, respeitando suas particularidades culturais e as características das pessoas e das famílias (BRASIL, 2010; MENDES, 2015; STARFIELD, 2002).

Tais atributos podem ser avaliados isoladamente, embora estejam fortemente inter-relacionados na prática assistencial dos serviços de APS. Neste sentido, um serviço de atenção básica pode ser avaliado como provedor de atenção primária quando oferece os quatro atributos essenciais e, ao apresentar também os atributos derivados, fortalece sua interação com os indivíduos e com a comunidade (BRASIL, 2010).

Sobre as funções que a APS deve seguir, a resolubilidade, referente aos cuidados primários, expressa que ela deve ser resolutiva e capaz, do ponto de vista cognitivo e tecnológico, de atender a mais de 90% dos problemas de sua população. A comunicação denota a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde, indicando que a APS deve ter condições de coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas e das informações entre os diversos componentes das redes. A função de responsabilização envolve o conhecimento e os relacionamentos da população adstrita, assim como o exercício da administração de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a esta população (MENDES, 2015; MENDES, 2012).

Ao modificar o modelo assistencial à saúde no Brasil, duas estratégias de APS foram empregadas pelo Ministério da Saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF). O Pacs pode ser considerado a primeira dessas estratégias, sendo idealizado para contribuir para a promoção da saúde e prevenção de doenças na esfera domiciliar e em nível local, tendo suas ações embasadas nos pressupostos da Conferência de Alma-Ata (AVILA, 2011).

Em um primeiro momento, no Pacs, foram priorizadas ações direcionadas a crianças e a mulheres em idade fértil e assim exerceu um importante papel na reorganização da atenção básica ao desenvolver um trabalho alicerçado nas noções de área de cobertura e práticas preventivas. Para alcançar este objetivo, propôs a substituição da ênfase da cura pela promoção da saúde e o grande protagonista dessa estratégia foi o agente de saúde (AVILA, 2011).

A segunda estratégia no contexto de reversão do modelo assistencial foi o PSF, compreendido como uma proposta substitutiva da rede básica tradicional, de cobertura universal, tendo como compromisso e desafio o princípio da equidade. Reconhecido como uma prática que envolve alta complexidade tecnológica nos âmbitos cognitivos e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes,

além de possuir atuação de equipes inter e multidisciplinar e ter responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (AVILA, 2011; BRASIL, 1997a).

Assim, no Brasil, a APS estrutura-se de acordo com os princípios do SUS, sendo representada pelo PSF, que, a partir de 1996, foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Desde 2006, com a vigência da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), institucionalizada pelo Ministério da Saúde, a ESF foi consolidada como “modelo estruturante” do SUS (BRASIL, 2006b; PIOLA; GOULART; VIANNA, 2014).

Para desenvolver suas atividades, a ESF conta com equipes de saúde da família, que incluem médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, ACS e podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal. As equipes de saúde da família atuam em áreas geográficas com populações definidas e configuram-se como o primeiro contato com o sistema de saúde local, além de ordenar a atenção e integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar (BRASIL, 2017a; PAIM *et al.*, 2011).

Em 2017, a Pnab teve suas diretrizes revisadas, com a definição de Atenção Básica (AB) como: conjunto de atividades de saúde individuais, familiares e coletivas que abrangem ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, implementadas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, desenvolvidas com equipe multiprofissional e destinadas à população em território adscrito. Vale destacar que esta política considera os termos AB e APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2017a).

A ESF desenvolveu-se de forma progressiva e é considerada a principal força propulsora do avanço da APS no Brasil. Nenhuma outra iniciativa do SUS obteve a dimensão dessa política que, na atualidade, é globalmente mencionada como exemplo de sucesso (MACINKO; HARRIS, 2015; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

No que diz respeito aos avanços da ESF, Macinko e Mendonça (2018) realizaram uma revisão da literatura brasileira e internacional sobre os efeitos da ESF no país e concluíram que essa estratégia resultou em importantes impactos na saúde da população brasileira, pois foi possível alcançar: melhor acesso aos serviços de saúde e utilização destes; redução significativa nas taxas de mortalidade

infantil e adulta para algumas condições de saúde; ampliação do acesso a tratamentos odontológicos; controle de determinadas doenças infecciosas; avanços na equidade do acesso aos serviços de saúde e consequentemente redução de desigualdades; diminuição de internações desnecessárias e produção de conhecimento com o crescimento de pesquisa científica sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil.

No entanto, alguns desafios e retrocessos estão presentes na consolidação da APS, como exemplo tem-se a Pnab revisada em 2017, que representa uma ameaça à organização da APS inclusiva e equânime, pois confere autonomia ao gestor municipal para decidir sobre os serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e a demarcação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde da família ou outros tipos de arranjos organizacionais na AB (BRASIL, 2017a; FAUSTO *et al.*, 2018).

Essa nova versão da Pnab também incluiu modificações expressivas na dimensão organizativa e funcional da APS e evidencia a prioridade da chamada AB tradicional em detrimento da ESF. Além disso, há alterações na composição da equipe, no quantitativo de ACSs e em suas atribuições particulares (BRASIL, 2017a; MELO *et al.*, 2018).

Em 2018, foi realizada a Conferência de Astana - Conferência Global sobre APS, em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, desenvolvida pela OMS, Unicef e governo do Cazaquistão. A intenção foi que houvesse a renovação dos compromissos da APS para atingir cobertura universal em saúde em consonância com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

A Declaração de Astana reafirma o compromisso com o direito essencial à saúde a todos os indivíduos, ressalta que a APS deve ser o primeiro contato efetivo dos usuários com o sistema de saúde e que este deve ser sustentável e sólido. Reconhece como inadmissível a existência de iniquidades em saúde ainda presentes. Além disso, destaca que a APS de excelência deve ter cuidados focalizados na pessoa, serviços de saúde integrais e integrados e ser mais inclusiva. Para a sua efetividade, alguns aspectos são imprescindíveis, como: financiamento apropriado, força de trabalho capacitada, constituída por equipes multidisciplinares, desenvolvimento de ações integradas de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos, além de referência e contrarreferência para outros níveis,

superando a fragmentação do sistema (GIOVANELLA *et al.*, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF, 2018).

Na contemporaneidade, a APS é exercida com base na assistência integral de saúde presente em todo o sistema, para isso faz uso da informação científica e de tecnologias, abrangendo atuação multisectorial e transdisciplinar, em um processo social e político participativo com vistas à equidade e justiça social. No entanto, ainda existem conflitos nos entendimentos e na sua operacionalização, desafios estes que são concernentes à construção de sistemas públicos universais, mas os progressos em todo esse período são evidentes e inegáveis (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017; TEJADA DE RIVERO, 2013).

4.2 SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A construção deste subcapítulo foi estruturada de forma a contemplar os seguintes conceitos: saúde do trabalhador, SUS e ACS, explicitando suas inter-relações.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 –, criada para regular, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde, a Saúde do Trabalhador é inserida como campo de atuação do SUS e estabelece o que se entende por esta área (BRASIL, 1990).

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

A Lei Orgânica da Saúde estabelece também ser responsabilidade da instância federal do SUS a participação na determinação de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de Saúde do Trabalhador de forma hierarquizada e descentralizada para estados e municípios. Esta lei regulamenta ainda a necessidade de o Conselho de Saúde estruturar a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Em 2012, foi criada a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora por meio da Portaria nº 1.823. Esta política alinha-se com as demais políticas de saúde no âmbito do SUS, envolvendo a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2014, BRASIL, 2012a).

Ao se apropriar dos princípios do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, tem-se: universalidade – responsabilidade pelo cuidado da saúde de todos os trabalhadores, independentemente do tipo de vínculo ou inserção no mercado de trabalho; atenção integral – ações de promoção, proteção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde, envolvendo toda a rede de serviços de saúde e as ações intersetoriais e considerando o papel do trabalho na determinação das condições de saúde ou de doença, em particular os riscos presentes nos processos de trabalho; participação da comunidade – assegura a participação dos trabalhadores na identificação das situações de risco presentes no trabalho e das consequências para a saúde. Além disso, garante a possibilidade de participação dos trabalhadores no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras das doenças e acidentes relacionados ao trabalho (BRASIL, 2014; BRASIL, 2012a; BRASIL 1990a; BRASIL, 1990b).

Vale destacar que a cobertura universal, princípio do SUS, rompeu com o modelo vigente até então de que a assistência ao trabalhador e de seus familiares estava atrelada a um vínculo formal de trabalho (DIAS; SILVA, 2013).

É notório que o maior avanço da saúde do trabalhador no Brasil foi seu reconhecimento constitucional como área contida no âmbito da saúde pública, sendo incontáveis seus avanços nesses 30 anos de SUS. No entanto, as ações nessa área foram implementadas de forma lenta e com muitas limitações de ordem institucional e de conflitos de compreensões ao longo desse tempo de saúde do trabalhador no SUS (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

No que diz respeito às limitações e aos conflitos em relação à saúde do trabalhador, no ano de 2017, entrou em vigor a Lei nº 13.467/2017, com a finalidade de adequar a legislação às novas relações de trabalho, também chamada de reforma trabalhista (BRASIL, 2017c).

A questão mais crítica da referida lei é a possibilidade de terceirização de todas as atividades, podendo acarretar a redução dos salários, uma vez que trabalhadores terceirizados frequentemente ganham menos, têm jornadas de

trabalho maiores, possuem menor estabilidade e menos direitos. No âmbito dos serviços públicos de assistência à saúde, ao permitir a terceirização nos serviços essenciais, promove-se a terceirização da saúde pública, refletindo no desmonte do SUS (LACAZ, 2019).

Estas mudanças nas relações de trabalho podem intensificar a precarização do trabalho e refletir negativamente na saúde dos trabalhadores, bem como impactar a organização coletiva dos trabalhadores e no desempenho de órgãos públicos voltados para a proteção social do trabalho (JACKSON FILHO *et al.*, 2018).

De acordo com Lacaz (2019), os impactos da reforma (contrarreforma) para a saúde dos trabalhadores incluem: aumento do desemprego, crescimento dos acidentes de trabalho e das incapacidades, levando ao desgaste da saúde e consequentemente das doenças mentais relacionados ao trabalho. Tal conjuntura poderá gerar maior demanda para o SUS, devido à precariedade das condições e ambientes laborais e, dessa forma, a responsabilidade pelo adoecimento, que deveria ser das empresas e empregadores, passará a ser de toda a sociedade.

Diante do contexto de reforma trabalhista e de modificações significativas no mundo do trabalho, torna-se necessário fortalecer as bases de apoio social ao SUS e a saúde do trabalhador em consonância com as novas conformações do trabalho (JACKSON FILHO *et al.*, 2018).

Em relação à AB, esta é considerada uma das portas de entrada dos usuários no SUS e é o centro de comunicação na rede dos serviços de saúde. Dessa forma, ela deve ser orientada pelos seguintes princípios e diretrizes: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolubilidade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017a).

De acordo com o exposto, percebe-se que, no contexto da APS, o cuidado à saúde dos trabalhadores está presente desde o início de sua institucionalização. A descentralização e a oferta de serviços de saúde nos territórios contribuem para: o acesso dos usuários trabalhadores, identificação de agravos à saúde relacionados aos processos produtivos desenvolvidos na área de atuação e o estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde e a população trabalhadora (DIAS; SILVA, 2013).

Atualmente, cresce ainda mais a relevância do papel da APS no que se refere à provisão de cuidados à saúde dos trabalhadores, em especial, dos migrantes, dos

informais em domicílio, suas famílias e comunidades, uma vez que as equipes da APS lidam cotidianamente com as complexas relações saúde-trabalho-doença que se desdobram nos territórios onde atuam. Além disso, com as transformações que ocorreram no mundo do trabalho, com novas formas de organização e gestão dos processos produtivos, a ESF pode representar a única possibilidade da presença concreta do Estado na assistência à saúde dos trabalhadores (ANTUNES; PRAUN, 2015; DIAS; SILVA, 2013).

Nesse contexto, o ACS desempenha um papel de grande importância, pois ele facilita a comunicação do usuário trabalhador com os serviços de saúde, fortalecendo o vínculo com a equipe de saúde. O ACS, enquanto trabalhador, merece atenção adequada a sua saúde e condições de trabalho.

Vale reforçar que o ACS surgiu na conjuntura de saúde no Brasil por meio do Pacs, lançado em 1991, proposto inicialmente como estratégia para reduzir a mortalidade infantil e materna, pela extensão de cobertura das ações de saúde, nas áreas mais pobres, particularmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Já em 1994, o trabalho foi ampliado, com a formação das primeiras equipes do PSF. Assim, as práticas de saúde deixaram de ser centradas na intervenção médica e contavam com a participação da comunidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2015; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2010).

O ACS, como membro que integra a equipe multiprofissional da ESF, teve suas atribuições estabelecidas pela Portaria nº 1.886/1997, que aprovou normas e diretrizes do Pacs/PSF. No entanto, apenas com a publicação do Decreto nº 3.189/1999, as diretrizes para o exercício da atividade do ACS no Brasil são concretizadas. O reconhecimento como profissão ocorreu em 2002 com regulamentação através da promulgação da Lei nº. 10.507/2002 (BRASIL, 2002; BRASIL, 1999; BRASIL, 1997b; SIMAS; PINTO, 2017).

Entre as atribuições do ACS, destaca-se a função de intermediar as relações entre a comunidade e os serviços de saúde, envolvendo ações de educação em saúde, prevenção de agravos, promoção e vigilância da saúde. Além de seu importante papel na implementação do SUS, congrega a defesa da APS como forma de reorganização das práticas e modelo de atenção à saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2015).

Esses profissionais desenvolvem uma variedade de ações em diversos cenários geográficos e culturais. A posição ocupada de mediador entre a

comunidade e a equipe de saúde é estratégica, favorecendo o elo entre estes. Entre suas ações tem-se: facilitar o acesso dos usuários à unidade de saúde; cadastrar famílias; identificar condições de risco; desenvolver ações de vigilância e educação em saúde; realizar atividades com grupos prioritários, entre outras (SAMUDIO *et al.*, 2017).

Nos anos de 2017 e 2018, foram publicadas Leis, Políticas e Portarias que trazem modificações importantes no trabalho dos ACSs, alterando inclusive questões relacionadas a suas atribuições, formação e composição da equipe.

Com a publicação da Pnab (2017a), com a qual houve a revisão de diretrizes para a organização da AB, o ACS deve integrar necessariamente a Equipe de Saúde da Família (eSF) e pode fazer parte da equipe de Atenção Básica (eAB).

Suas atribuições na nova Pnab incluem: trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em área geográfica definida e realizar o cadastramento de todas as pessoas de sua área; utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiam no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; registrar dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; desenvolver ações de integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames; participar dos processos de regulação para acompanhamento das necessidades dos usuários em relação a consultas e exames; exercer outras funções que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017a).

Poderão ser consideradas atividades do ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, sob supervisão de um profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, mediante treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação: aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio; aferir a temperatura axilar, durante a visita domiciliar; realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio; realizar técnicas limpas de curativo e orientação em domicílio; administrar a medicação do paciente em situação de vulnerabilidade. Segundo a nova Pnab, os ACSs só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se apresentarem respectiva formação, respeitada autorização legal (BRASIL, 2017a).

Estas últimas atividades referidas na nova Pnab modificam essencialmente a configuração das ações relativas ao trabalho da categoria dos ACSs, conferindo-lhes

atribuições realizadas por profissionais de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

No entanto, a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições dos ACSs, suprime diversos pontos que versam sobre as atribuições desses profissionais no domínio da AB, “não apontando o desenvolvimento de práticas descritas na Pnab, ou seja, os ACSs não possuem prerrogativa legal no escopo do seu exercício profissional para a realização de ações de saúde que trata a PNAB/2017” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018, p. 3).

Na referida lei, o ACS tem como atribuição:

o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a AB em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2018a, p.1).

No ano de 2018, o Ministério da Saúde também publicou a Portaria nº 83, de 10 de janeiro, que instituiu o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – Profags, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para ACSs e ACEs no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019 (BRASIL, 2018b).

A este respeito, o Art. 6º, §3º, da Lei nº 13.595/18, prevê unicamente que existem dois cursos específicos para preparação dos ACSs e ACEs para o desenvolvimento de suas atividades específicas (Cursos técnicos de ACS e de ACE), em consonância com suas atribuições, não apontando para a formação em Técnico de Enfermagem, no que apresenta a lei (BRASIL, 2018a; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

As alterações propostas na nova Pnab e na Portaria que institui o Profags descharacterizam a atuação dos ACSs, devido à ampla flexibilização de suas atividades, possibilitando aumento do risco epidemiológico de algumas doenças pelo desvio de atuação destes profissionais, além de afetar a organização de seu processo de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

Na nova Pnab, são consideradas atribuições do enfermeiro, entre outras: planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACSs e ACEs em conjunto com os outros membros da equipe e supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS (BRASIL, 2017a).

Observa-se que as ações desempenhadas pelos ACSs têm relação direta com o trabalho do enfermeiro da ESF, já que este supervisiona suas atividades. O enfermeiro é reconhecido como importante influenciador das relações e interações com os ACSs, sendo considerado uma ponte, na qual transitam as informações indispensáveis para gerenciamento de conflitos e interlocução ativa entre os usuários, equipe de saúde e nível central de gestão. Ao comunicar-se de forma dialógica com usuários e equipe, este profissional possibilita que haja articulação nas relações de trabalho e com a liderança da ESF (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

No que diz respeito à percepção dos ACSs sobre seu processo de trabalho, na metassíntese realizada por Alonso; Béguin e Duarte (2018), foram identificados: falta de limites em suas atribuições; dificuldades na relação com a comunidade e equipes, uma vez que esses trabalhadores têm a vida privada exposta, pois são procurados fora do horário de trabalho. Além disso, possuem debilidade na formação profissional; burocratização e condições precárias de trabalho que são representadas por jornadas de trabalho que excedem o horário, atendimento de famílias em número superior ao preconizado, condições de trabalho insalubres, baixa remuneração, precariedade do sistema, além do pouco reconhecimento do seu trabalho por parte dos gestores, equipe e usuários.

O fato de trabalhar e residir na mesma comunidade é uma situação contraditória no processo de trabalho do ACS, uma vez que contribui para o estabelecimento de vínculos e o conhecimento da realidade dos usuários, mas, ao mesmo tempo, pode gerar desconforto para o ACS devido ao envolvimento com estes. Como a maioria dos ACSs trabalha com populações carentes, os problemas sociais se fazem mais presentes e, muitas vezes, os ACSs compartilham das mesmas adversidades, já que são moradores dessas comunidades. Esta conjuntura, aliada às demandas dos usuários, aumenta a carga emocional relacionada ao trabalho, devido principalmente à dificuldade no gerenciamento dessas questões, além do medo e da insegurança (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

Muitos são os desafios presentes no processo de trabalho do ACS, como falta de qualificação, indefinição das suas atribuições profissionais, baixa remuneração, dificuldades na implementação de ações coletivas e para trabalhar em equipe. Fica evidente que os elementos limitantes de sua atuação são também geradores de estresse e desmotivação para o trabalho e estão, em sua maioria, relacionados à condição de regulamentação profissional, merecendo atenção especial dos gestores de saúde e do poder público (COSTA *et al.*, 2012).

Em uma pesquisa realizada com 1.526 ACSs, para traçar seu perfil no processo de consolidação da APS no Brasil, foi observado que a insatisfação com o trabalho foi apontada por 15,4% deles. Com relação à saúde mental, identificou-se que a proporção de sintomas psíquicos entre as mulheres foi de 23,2%, enquanto que, entre os homens, foi de 16,4%. Além disso, 7,5% dos diagnósticos de afastamento por doença, de acordo com a CID-10 foram as doenças mentais e comportamentais, ocupando a 4^a posição entre as doenças pesquisadas (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2015). Esses dados revelam que uma maior atenção deve ser dispensada aos fatores psicossociais e às cargas psíquicas do trabalho.

As atividades laborais dos ACSs podem gerar alienação, sofrimento, angústia com consequências para a saúde desses trabalhadores, conforme apontam alguns estudos. Tal situação, aliada à sobrecarga de trabalho, tem sido relacionada à vulnerabilidade desses profissionais e ao sofrimento psíquico, o que pode impactar a qualidade da assistência prestada por esses trabalhadores (MASCARENHAS; PRADO, FERNANDES, 2013; NEVES *et al.*, 2017; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

Portanto, a relevância de estudos sobre o tema reside na possibilidade de análise e discussão dos fatores determinantes e condicionantes dos agravos e doenças psicossociais no processo do trabalho dos ACSs e dos impactos destes sobre a vida desse trabalhador, de modo a fornecer subsídios para a reorientação de políticas públicas e estratégias dirigidas aos mesmos (NEVES *et al.*, 2017).

4.3 TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE MENTAL

Neste subcapítulo, são abordadas as definições e os significados atribuídos ao trabalho e sua relação com a saúde mental, para isso são explicitados os

conceitos de psicodinâmica do trabalho, cargas de trabalho com ênfase nas cargas psíquicas, desgaste, sofrimento psíquico, adoecimento psíquico e os transtornos mentais como depressão, estresse e ansiedade relacionados ao trabalho.

O trabalho desempenha uma função importante na sociedade e na vida das pessoas, no entanto, essa relação foi se modificando ao longo dos anos. Na pré-história e na história antiga, o trabalho significava fonte de sobrevivência. Com o decorrer do tempo, outros sentidos foram agregados ao trabalho. Assim, na contemporaneidade, trabalho envolve também o sentido de bem-estar, autorrealização, fonte de prazer, crescimento, desenvolvimento psicossocial e é imprescindível para a constituição da subjetividade dos indivíduos (BRASIL, 2014; DEJOURS, 2004).

Se o trabalho pode gerar o pior, como hoje, no mundo humano, ele pode, também, gerar o melhor. Isto depende de nós e de nossa capacidade de pensar as relações entre subjetividade, trabalho e ação, graças a uma renovação conceitual (DEJOURS, 2004, p. 34).

Alguns autores afirmam que a categoria trabalho ocupa um lugar de centralidade na nossa sociedade e na vida das pessoas (ANTUNES, 2002; MARX, 2008; SODRÉ, 2011). Segundo Marx (2008), o homem possui força de transformar por meio do trabalho a natureza e a si mesmo. O trabalho é uma condição de existência do homem, independente de outras formas sociais, é uma permanente necessidade natural de mediação entre homem e natureza e, portanto, da vida humana.

Ao ser considerado um dos eixos centrais na construção da subjetividade humana e por ocupar um lugar tão relevante na vida das pessoas, o trabalho tem relação direta com as condições de saúde tanto físicas quanto mentais. Dessa forma, pode influenciar a relação de prazer e sofrimento no trabalho e desencadear tanto o adoecimento físico quanto o psíquico (BRASIL, 2014).

A saúde mental relacionada ao trabalho é um campo multidisciplinar, em que as análises dos processos de saúde-doença passam a ser vinculadas em suas determinações à vida laboral. Nesta relação, é considerada a unicidade entre corpo e mente, tornando a saúde mental e geral indissociáveis, assim o objeto é a inter-relação entre o trabalho e os processos saúde-doença, sendo que sua dinâmica está

mais presente nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza seja notavelmente social (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Neste campo da saúde mental relacionada ao trabalho, o conhecimento teórico-metodológico ainda se encontra em fase de consolidação e envolve disciplinas das Ciências Humanas, Ciências Biológicas e Ciências Exatas. Entre as disciplinas que compõem estas grandes áreas, destaca-se a Psicodinâmica do Trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011). Esta, baseada no enfoque das concepções psicanalíticas, avalia a dinâmica das ações psíquicas impulsionadas pelo trabalhador frente às organizações do trabalho e os processos de adoecimento mental em função da relação que estabelecem com o trabalho (ROCHA; MENDES; MORRONE, 2012).

A trajetória da psicodinâmica do trabalho foi marcada por três fases distintas. A primeira teve início na década de 80 e foi caracterizada pela teoria da psicopatologia do trabalho, visando compreender o sofrimento e a forma como os trabalhadores lidavam com ele. Na década de 90, a principal abordagem da teoria passou a ser o estudo das vivências de prazer e de sofrimento no trabalho, refletindo sobre as nuances do trabalho prescrito e do trabalho real, além de analisar a construção da identidade do trabalhador. No final da década de 90, aconteceu a concretização da psicodinâmica do trabalho como abordagem científica, e a teoria passou a observar novas conformações das organizações do trabalho, as estratégias defensivas, as patologias sociais e o significado das vivências de trabalho (GONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015; MENDES, 2007).

A abordagem da psicodinâmica do trabalho pode subsidiar estudos de caráter teórico e/ou metodológico. Como teoria pode ser utilizada para estudo e apreensão de aspectos relacionados à saúde mental e trabalho, por meio de discussões teóricas ou da utilização de conceitos oriundos da psicodinâmica do trabalho para descrever ou interpretar dados de pesquisa. Enquanto método tem como aspecto essencial a escuta clínica do trabalho, que se caracteriza por ser desenvolvida em um espaço coletivo de um grupo de trabalhadores, onde o pesquisador facilita a movimentação da fala e a escuta das vivências intersubjetivas sobre o trabalho, visando à ressignificação do sofrimento no trabalho (DEJOURS, 2017b; GONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015; MENDES, 2007).

Um conceito importante a ser compreendido é o de cargas psíquicas, assim vale destacar que estas decorrem da organização e gestão do trabalho, assim como

das diversas formas de realizar a atividade ocupacional, sendo exemplificadas por: organização da jornada, grau de responsabilidade na resolução das situações, ritmos de trabalho, tomada de iniciativas e decisões, repetitividade das tarefas, monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, dificuldades no treinamento e supervisão dos trabalhadores, instabilidade no emprego, atenção e responsabilidade da tarefa exigida, comunicação e relacionamento dos trabalhadores, sofrimento emocional, podendo ser fonte de estresse e desgaste psíquico (MARTINS *et al.*, 2013; TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013).

As cargas de trabalho, segundo referencial de Laurell e Noriega, dizem respeito aos fatores que interagem dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, que levam a processos de adaptação e produzem desgaste. Estas são classificadas em físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, estando o trabalhador exposto, ao mesmo tempo, a diversas ou a todas elas, em processo progressivo e cumulativo (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Outro conceito formulado por Laurell e Noriega (1989, p. 110) para o entendimento do adoecimento na perspectiva da Saúde do Trabalhador é o de desgaste, que diz respeito à “perda de capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica”.

O desgaste é vivenciado pelos trabalhadores nas circunstâncias em que o trabalho extenua seu corpo e seu potencial psíquico, devido, principalmente, às cargas de trabalho a que se encontram expostos e às condições precárias presentes nos ambientes laborais. Assim, o desgaste mental envolve a integração entre os fatores ambientais e psicossociais, do mundo subjetivo e da identidade do trabalhador em seus micro e macrocontextos e também das relações de poder presentes em todas as esferas sociais (SELIGMANN- SILVA, 2011; SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

O desgaste relacionado à atividade ocupacional é o resultado de uma relação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e o trabalhador, ativando forças que incidem no processo biopsicossocial de saúde-doença (SELIGMANN-SILVA, 2011). Dessa forma, o desgaste mental no trabalho se refere às situações laborais em que a desvantagem e a dominação fazem com que o corpo e a estrutura psíquica do trabalhador sejam consumidos pelos processos de trabalho e por constrangimentos a ele vinculados (LAURELL; NORIEGA, 1989; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Nesse sentido, Dejours ressalta que a relação do trabalho nunca é neutra no que se refere à saúde mental, podendo favorecer tanto a doença quanto a saúde. “O papel da relação com o trabalho nas doenças mentais, tanto quanto na construção da saúde, é muito mais importante do que se admite geralmente” (DEJOURS, 2017a; DEJOURS, 2017b, p.15).

A realidade do mundo trabalho é complexa e paradoxal, se, por um lado, as condições laborais e as relações do trabalho podem causar sofrimento, sentimentos de impotência, desvalorização e adoecimento, com reflexos no psiquismo; por outro lado, quando as atividades do trabalho são criativas e trazem realização, elas contribuem para qualidade de vida, possibilitam a modificação do sofrimento, colaborando para uma estruturação positiva da identidade e resistência às distintas formas de desequilíbrios psíquicos e corporais. Dessa forma, o trabalho pode ser o mediador entre a saúde, a doença e o sofrimento (HELOANI; CAPITÃO, 2003).

Assim, o trabalho pode ser um fator relevante no desenvolvimento ou no agravamento dos transtornos psíquicos. No atual cenário econômico, marcado por reestruturação produtiva, precariedade das relações de trabalho, intensificação do ritmo de trabalho, exigências de polivalência e competitividade, instabilidade do vínculo empregatício, desregulamentação do trabalho para diminuir direitos dos trabalhadores, entre outros fatores, refletem na esfera psíquica dos trabalhadores. Dependendo da história de vida e de trabalho, dos recursos individuais e coletivos, poderão ocasionar sofrimento psíquico, absenteísmo, doenças psicossomáticas, transtornos mentais, presenteísmo, alcoolismo, dependência de drogas ilícitas e acidentes de trabalho (ANTUNES, PRAUN, 2015; BARRETO; HELOANI, 2015; LUCCA, 2017).

De acordo com Dejours, o sofrimento psíquico no trabalho corresponde ao espaço de luta que ocorre entre a busca do bem-estar psíquico e a possibilidade de adoecimento mental (DEJOURS, 2017a; DEJOURS, 2017b).

Segundo outros autores, o sofrimento se instala quando o trabalhador esgota seus recursos defensivos, induzindo-o à descompensação e à doença. Para lidar com o sofrimento, o trabalhador se utiliza de estratégias defensivas, que podem ser tanto individuais quanto coletivas. Essas defesas podem ser pensadas do ponto de vista da alienação, uma vez que não modificam a realidade que causa o sofrimento e, por consequência, podem ocasionar adoecimento, como podem também ser

pensadas como estratégia de manutenção da saúde, por reduzirem a percepção do trabalhador sobre o sofrimento (MENDES, 2007; OLIVEIRA; MENDES, 2014).

O modo de produção capitalista e seus desdobramentos são permeados por processos destrutivos da saúde física e mental, que podem afetar a subjetividade dos trabalhadores, ocasionando perda da sua capacidade realizadora e cada vez menos agregam elementos que dão sentido a sua vida, consequentemente causam emoções e sentimentos relacionados com processos de sofrimento e de adoecimento psíquico (VIAPINA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Vale destacar que os processos de produção de desgaste mental e do sofrimento psíquico e as conformações de seus agravos desafiam as políticas sociais, os profissionais de saúde e todos os envolvidos em ações voltadas ao desenvolvimento social (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Por outro lado, o *feedback*, o reconhecimento por parte dos colegas e da organização e a satisfação no trabalho têm uma importante significação na preservação da saúde psíquica dos indivíduos (DEJOURS, 2017b; LUCCA, 2017). Para Dejours (2004), a percepção intersubjetiva dentro do trabalho, a capacidade de autorrealização na esfera das relações sociais, o reconhecimento pelos colegas e pela própria organização são decisivos na formação da identidade do indivíduo com o trabalho, podendo desencadear prazer e satisfação ou insatisfação e sofrimento psíquico. Assim, pode-se dizer que o trabalho, conforme a circunstância, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto vulnerabilizá-la e mesmo produzir distúrbios que se manifestam coletivamente ou no plano individual (SELIGMANN-SILVA, 2011).

A contribuição do trabalho para a alteração da saúde mental se desenvolve a partir de uma infinidade de aspectos, abarcando questões pontuais como a exposição a agentes tóxicos até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho. As teorias explicativas divergem sobre a ação do trabalho no processo de adoecimento mental, avaliando este ou como determinante ou como fator desencadeante a partir de uma estrutura prévia. Vale destacar que os transtornos mentais têm uma etiologia multicausal, em que conjuntos de diversos fatores interagem de modo complexo (BRASIL, 2001; JACQUES, 2007).

No ano de 2001, o Ministério da Saúde publicou um manual intitulado: Doenças relacionadas ao trabalho, Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, visando instrumentalizar os profissionais de saúde de modo que eles

pudessem caracterizar as relações entre as doenças e as ocupações. Nele há um capítulo destinado aos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, os definindo como:

[...] transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho resultam, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador (BRASIL, 2001, p. 161).

A lista destes transtornos inclui: demência; delirium; transtorno cognitivo leve; transtorno orgânico de personalidade; transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado; alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho); episódios depressivos; estado de estresse pós-traumático; neurastenia (inclui síndrome de fadiga); outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional); transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos; sensação de estar esgotado (síndrome de *burnout* – síndrome do esgotamento profissional) (BRASIL, 2001).

A ausência de apoio social, como o suporte e a cooperação dos colegas de trabalho, bem como o esgotamento dos recursos individuais de resistência e defesa ao sofrimento e a ausência de instrumentos de defesa coletiva, poderão desencadear o adoecimento, representado por quadros psicopatológicos diversos, como os transtornos de ajustamento ou reações ao estresse, transtornos pós-traumáticos e até depressões graves e incapacitantes, variando segundo as características da situação e do modo de o indivíduo responder a elas (BRASIL, 2001; LUCCA, 2017).

Segundo a Classificação Americana para os Transtornos Mentais – o DSM-5, os transtornos depressivos devem ser classificados na categoria de transtornos de humor. O transtorno depressivo maior é uma condição, em que por pelo menos duas semanas se faz presente a redução do interesse e do prazer e pelo menos um dos seguintes sintomas: humor depressivo, modificação do sono, do apetite e/ou do peso, agitação ou retardo psicomotor, cansaço ou falta de energia, sensação de menos-valia, culpa demasiada, dificuldade para pensar ou concentrar-se e

pensamentos suicidas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; ARAÚJO; NETO, 2014; ROCHA, MENDES, MORRONE, 2012).

O sistema da Classificação Internacional de Doenças CID-10 não usa o termo transtorno depressivo maior, mas lista critérios muito semelhantes para o diagnóstico de um episódio depressivo leve, moderado ou grave (OMS, 2008).

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido (OMS, 2008 s/ p.).

A depressão remete à falta de ânimo e ao pessimismo, prejudicando a autoestima, o interesse pelo mundo externo e a atividade sexual. Muitas vezes, leva a sentimentos autopunitivos e descrença nas capacidades individuais. A atenção, a concentração e a memória podem ser afetadas devido a pensamentos constantes relativos aos problemas e à preocupação extrema com problemas pessoais, levando a dificuldades em manter contatos sociais e a ideias suicidas (BARBOSA *et al.*, 2012).

O pensamento negativo autorreferente é uma característica importante nos quadros depressivos, que está relacionado ao *self*, ao mundo e ao futuro. Este pensamento na depressão é relativo a perdas e fracassos passados nos domínios interpessoal e de realização. Está presente também a exclusão de informação positiva direcionada a si mesmo (SALKOVSKIS, 2005).

Determinadas condições laborais, como pressões excessivas, jornada de trabalho, fadiga, sobrecarga, conflito de interesses, o estresse não resolvido, a imposição do alto nível de cobrança, não só pela sociedade como pelo próprio indivíduo, contribuem para o desequilíbrio, podendo evoluir para o desgaste da

saúde mental e gerar depressão e *burnout* (ARAGÃO *et al.*, 2014; MANETTI; MARZIALE, 2007).

Vale ressaltar que a depressão é responsável por uma taxa elevada de incapacidade laborativa, pois leva ao surgimento de várias comorbidades e é um dos principais fatores de risco para o suicídio. Isso é particularmente preocupante, uma vez que grupos economicamente ativos são mais vulneráveis (BARBOSA *et al.*, 2012).

Dejours considera que o embotamento afetivo é um elemento central de um estado de depressão relacionada ao trabalho, marcado pela supressão do prazer em todas as dimensões da vida e pela mecanização dos comportamentos (DEJOURS, 2017a; ROCHA; MENDES; MORRONE, 2012). Já o estresse é um estado de tensão que leva à ruptura do equilíbrio no organismo, está presente em situações novas ou de risco que ultrapassam a capacidade adaptativa da pessoa. Quando o estresse acontece, há um desequilíbrio do corpo, representado por reação biológica de luta ou fuga, provocando alterações no organismo que afetam os aspectos biopsicofisiológicos do indivíduo e as condições críticas constantes e sem resolução o afetam emocionalmente e fisicamente (KUREBAYASHI *et al.*, 2012).

O estresse possui quatro fases: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. A fase de alerta é avaliada como uma fase positiva, que ocorre no momento que a pessoa se depara com o estressor e o organismo produz energia para o enfrentamento da situação. Caso o estresse persista, inicia-se a fase de resistência, nesta o organismo tenta restaurar o equilíbrio e sensações de desgaste e cansaço aparecem. Se o organismo não recuperar o equilíbrio homeostático, o estresse evolui para a fase de quase-exaustão, marcada pelo enfraquecimento e aparecimento de algumas doenças, mas o corpo ainda não atinge à completa exaustão. Na última fase, chamada de exaustão, a energia do organismo se finda e podem surgir doenças graves (MESQUITA *et al.*, 2013; SANTOS; SILVA, 2017).

O estresse ocupacional pode ser definido como as respostas físicas e emocionais prejudiciais que se desenvolvem frente às exigências do trabalho que superam capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador (SILVA *et al.*, 2017; WRIGHT, 2014). A exposição repetida ao estresse no trabalho é nociva tanto à saúde física como à mental, podendo ser intensificado devido à vulnerabilidade do trabalhador ou à forma de enfrentamento aos estressores (PROCHNOW *et al.*, 2013; TAVARES *et al.*, 2017).

O “modelo tridimensional do ambiente psicossocial do trabalho”, chamado de Modelo Demanda-Controle, foi uma contribuição de Robert Karasek no final dos anos 1970, para o estudo do estresse psicossocial no trabalho, que leva em consideração as demandas do trabalho, os níveis de controle do trabalhador sobre seu próprio desempenho e o apoio social para execução do trabalho. Este representa um importante avanço teórico, uma vez que abre perspectiva para desenvolvimento de estudos sobre as determinações macrossociais e organizacionais que determinam a liberdade de decisão (KARASEK; THEORELL, 1990; SELIGMANN-SILVA, 2011).

As demandas psicológicas estão relacionadas ao ritmo do trabalho, à sobrecarga de atividades, às dificuldades presentes, bem como aos conflitos existentes nas relações de trabalho. Controle pode ser definido como a possibilidade de o trabalhador tomar decisão em relação ao seu trabalho, além de poder usar suas habilidades e adquirir novos conhecimentos (ALVES *et al.*, 2004; KARASEK; THEORELL, 1990; URBANETTO *et al.*, 2013).

Com base na avaliação do equilíbrio entre demanda e controle, quatro experiências são possíveis: trabalhos altamente estressantes são aqueles que envolvem alta demanda e baixo controle, que são também chamados de trabalho com **alta exigência**. Os trabalhos que envolvem alta demanda e alto controle são classificados como **trabalhos ativos**, que são aqueles que possibilitam que o trabalhador desenvolva competências e habilidades em seu trabalho. Outra combinação é baixa demanda e baixo controle, que resulta em **trabalho passivo**, que pode levar à redução da capacidade de resolver problemas do cotidiano do trabalho. A última combinação possível é a baixa demanda e o alto controle, que resultam em **baixa exigência no trabalho** (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES *et al.*, 2015; KARASEK, THEORELL, 1990).

A combinação mais prejudicial para a saúde dos trabalhadores é o trabalho com alta exigência, por ser fonte de estresse devido ao desgaste gerado, podendo ter como consequência o adoecimento físico e psicológico (GRIEP *et al.* 2011; KARASEK; THEORELL, 1990).

O trabalho passivo é a segunda combinação mais danosa para a saúde dos trabalhadores, pelo fato de não haver muitos desafios a serem enfrentados, podendo levar a desmotivação, queda da capacidade para resolução de problemas do

indivíduo, dificuldade de progredir em sua profissão, tornando-se estagnado (KARASEK; THEÖRELL, 1990; MAGNAGO *et al.*, 2010).

O trabalho ativo é aquele que, apesar da alta exigência ao trabalhador, favorece que o mesmo tenha alto controle, ou seja, poder de decisão, possibilitando o desenvolvimento de suas potencialidades. Este tipo de trabalho pode causar efeitos benéficos ao trabalhador, tais como: desenvolvimento, aprendizado, melhora da produtividade, aumento da energia e vitalidade, disposição e capacidade para a resolução de problemas (ALVES *et al.*, 2004; GIANNINI, 2010).

Já o trabalho de baixa exigência, também chamado de baixo desgaste, combina baixa demanda e alto controle, é considerado por alguns autores, como trabalho desejável, possibilitando relaxamento e menor chance de situações estressantes (GIANNINI, 2010).

O estresse psicossocial no trabalho, entre outros fatores, é a consequência da combinação entre muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de trabalho e baixo apoio social proveniente de colegas e chefias, no ambiente de trabalho (ALVES *et al.*, 2015; ALVES *et al.*, 2004; KARASEK; THEORELL, 1990).

Em estudos realizados anteriormente, verificou-se que a exposição repetida ao estresse no trabalho foi associada com o aumento do risco de transtorno depressivo maior. Os autores indicam que reconhecer e intervir sobre o estresse ocupacional por meio da reorganização do trabalho e de treinamento dos funcionários pode reduzir o risco de depressão nos trabalhadores (STANSFELD *et al.*, 2012).

Deve-se mencionar ainda que o estresse e a ansiedade são avaliados geralmente considerando a permanência e a severidade de sua ocorrência e podem apresentar valência positiva, ou seja, quando acontecem de forma adaptativa, como uma resposta fisiológica a algum evento estressor, ou podem se comportar como transtornos psicológicos (de valência negativa), quando a duração e a intensidade ultrapassam os níveis adaptativos, como nas situações em que as estratégias psíquicas de enfrentamento não são efetivas (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014; FARO; PEREIRA, 2012; MARTINS *et al.*, 2019) .

Assim, é importante destacar que a ansiedade é definida como a antecipação de um risco futuro, manifestada por sentimentos de medo, desconforto ou tensão decorrente de uma precipitação do perigo de algo desconhecido. Está frequentemente associada à vigilância em preparação para uma ameaça futura e comportamentos de cautela ou esquiva (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Já os transtornos de ansiedade compartilham características de medo e ansiedade excessivos, bem como perturbações comportamentais relacionadas, e diferenciam-se do medo e da ansiedade adaptativos por serem mais intensos e persistirem além dos períodos apropriados para o desenvolvimento normal (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Nesses transtornos, também estão presentes os pensamentos automáticos direcionados para o futuro, relativos a ameaças potenciais de ordem física e psicológica, propagando um sentido de vulnerabilidade aumentada (SALKOVSKIS, 2005).

Os transtornos de ansiedade estão entre as categorias mais prevalentes de doenças mentais. Quando não são tratados, os sintomas de ansiedade persistem e podem gerar prejuízos na qualidade de vida e econômicos. Os fatores ambientais podem exercer forte impacto no desenvolvimento destes transtornos e no estresse, particularmente no transtorno de estresse pós-traumático (DUVAL; JAVANBAKHT; LIBERZON, 2015). Além disso, geralmente estão associados a doenças como depressão e estresse, prejudicando o funcionamento psicossocial, a adaptação dos indivíduos nos aspectos afetivo-relacional, sociocultural, ocupacional e na capacidade adaptativa (FERNANDES *et al.*, 2017).

A ocorrência do transtorno de ansiedade no trabalho está relacionada aos estressores psicossociais desfavoráveis, que envolvem locais de trabalho com escasso apoio social, sobrecarga de trabalho, recompensas impróprias ao esforço do trabalhador, empenho individual excessivo e condições dos ambientes e dos processos de trabalho inadequados (RIBEIRO *et al.*, 2019; SANTANA *et al.*, 2016).

No que diz respeito aos transtornos mentais e comportamentais, estes ocuparam a terceira causa de incapacidade para o trabalho, para concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, entre todas as causas, no período de 2012 a 2016. Levando-se em consideração apenas as concessões de auxílio-doença por adoecimento mental relacionado ao trabalho ao longo do período analisado, observou-se que as três primeiras causas foram: reações ao estresse grave e os transtornos de adaptação, seguidos por episódios depressivos e transtornos ansiosos (BRASIL, 2017b).

Vale reforçar que a notificação de doenças e agravos à saúde do trabalhador, no Brasil, é feita por meio da CID. No entanto, para se conhecer a funcionalidade e a incapacidade, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é mais adequada, pois se constitui em uma ferramenta capaz de gerar dados

sobre a funcionalidade humana no trabalho e sobre a influência do ambiente no desempenho das atividades ocupacionais (ARAÚJO; BUCHALLA, 2013).

A CIF é relevante para muitas atividades na prática clínica, como a consideração de saúde e funcionalidade, estabelecimento de metas, avaliação de resultados de tratamentos e comunicação destes com os envolvidos, oferecendo uma linguagem comum entre disciplinas clínicas e com os pacientes. A CIF e a CID – o padrão global para a classificação de doenças – são complementares e, quando usadas em conjunto, fornecem uma imagem completa da condição de saúde de um indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Tal classificação pode ser aplicada a todas as pessoas, para delinear sua funcionalidade e nível de saúde. Considerando que qualquer indivíduo pode vivenciar uma incapacidade em algum momento da vida, seja permanente, seja temporária, intermitente ou contínua, a CIF pode ser usada para documentar a redução nos domínios de funcionalidade como incapacidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

A incapacidade é uma questão transversal que impacta todos os domínios políticos. Assim, uma abordagem comum para entender a incapacidade, como é o exemplo da CIF, pode servir como um alicerce para a mudança da alocação de benefícios de previdência social para o uso em políticas sociais que contribuam para a construção de uma sociedade mais inclusiva, migrando de políticas compensatórias para políticas integrativas ou capacitadoras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Nesse sentido, o apoio à incapacidade pode ser intensificado por meio da utilização da CIF. Como o principal objetivo é identificar as intervenções que contribuem para os níveis de participação das pessoas com incapacidades, a CIF ajuda a detectar qual o principal fator que levou à incapacidade: se é no ambiente que se cria uma barreira, na ausência de um facilitador, na capacidade limitada do próprio indivíduo ou numa combinação de fatores. Este esclarecimento permitirá direcionar intervenções e avaliar seus efeitos sobre os níveis de participação dos indivíduos e, inclusive, dos trabalhadores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Assim, essa classificação pode ser utilizada como ferramenta clínica para avaliar necessidades, ajustar os tratamentos com as condições específicas, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e seus resultados. Como ferramenta de política social, pode ser útil no planejamento de sistemas de segurança social, nos sistemas

de compensação e no desenvolvimento de políticas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

A Organização Internacional do Trabalho (2019) aponta que a prevenção é o fator-chave para lidar com riscos psicossociais no ambiente de trabalho e recomenda a adoção de algumas ações aos empregadores, como: identificação e gerenciamento dos riscos coletivos e de outras ameaças no ambiente de trabalho; implementação de medidas coletivas e individuais de prevenção e controle; estímulo à habilidade de enfrentamento dos trabalhadores por meio do incentivo ao controle dos indivíduos sobre suas tarefas; melhora da comunicação organizacional; possibilidade de que os empregados participem da tomada de decisões; desenvolvimento de sistemas de apoio social aos trabalhadores em seu local de trabalho; consideração da relação entre as condições de trabalho e de vida e valorização da segurança e da saúde no ambiente organizacional.

Vale destacar a contribuição de Bleger, na perspectiva da psicologia institucional, que propõe que as intervenções terapêuticas devam ser efetuadas não sobre as individualidades, mas sobre o campo das inter-relações constituídas nas redes institucionais. A mudança de paradigma reside na alteração concernente à atuação sobre o âmbito individual, para ingressar no campo da promoção da saúde, atuando em grupos, instituições e comunidades (BLEGER, 1984; GULA; PINHEIRO, 2007).

Dessa forma, é necessária a reflexão não apenas quanto às modificações que ocorrem nos cenários do mundo do trabalho, mas também sobre como se estabelecem as relações de produção, como vivem e adoecem os diferentes grupos hierárquicos dentro desses espaços, quais os valores e crenças presentes em cada grupo socioeconômico. Nesse sentido, será possível compreender o processo saúde-doença, as consequências da organização do trabalho para a saúde, as defesas coletivas assumidas pelo conjunto de trabalhadores e as condições de trabalho geradoras de adoecimentos e sofrimento (BARRETO; HELOANI, 2015).

Para finalizar esse subcapítulo, é importante destacar que, para o progresso da consolidação do SUS, respeitando seus princípios, é de suma importância que o sofrimento e o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho não sejam um problema de apenas uma área ou de uma unidade de saúde específica, mas sim, de todos os níveis do Sistema de Saúde (BERNARDO, GARBIN, MACIEL, 2011).

5 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, estão apresentadas as etapas e as técnicas que possibilitaram operacionalizar a presente pesquisa, tais como: o delineamento, o cenário e a população do estudo, o processo de coleta de dados, os instrumentos de coleta de dados utilizados, o tratamento dos dados, incluindo as análises estatísticas e os aspectos éticos.

5.1 DELINEAMENTO

Esta pesquisa integra um estudo mais amplo, denominado “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”, desenvolvido no município de Juiz de Fora. A presente pesquisa foi delineada por meio de um estudo exploratório transversal, também chamado de *survey*, realizado com a população dos Agentes Comunitários de Saúde, em duas etapas, entre os anos de 2015 e 2017.

O estudo transversal é um dos delineamentos mais utilizados na pesquisa epidemiológica, ele se enquadra na categoria dos estudos observacionais, ou seja, o pesquisador não interfere sobre a realidade pesquisada, mas observa e registra os dados de interesse para posterior análise. Este tipo de estudo é adequado quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo (BASTOS, DUQUIA, 2013).

5.2 CENÁRIO

O cenário do estudo foram as UBSs do município de Juiz de Fora, que tem 564.310 habitantes, população estimada do ano de 2018. O município está localizado na região Sudeste do Estado de Minas Gerais, Mesorregião Geográfica da Zona da Mata Mineira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019; PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2019).

Juiz de Fora é uma das cidades brasileiras com os melhores índices de qualidade de vida e possui índice de desenvolvimento humano de 0,778 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), além de uma das mais

altas expectativas de vida do Brasil. Está localizada entre os grandes mercados consumidores do país, ocupando lugar de destaque no estado em qualidade de vida e investimentos. O município também se destaca no *ranking* de desenvolvimento humano da Organização das Nações Unidas (ONU) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019; PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2019).

O município é referência em atendimentos na área da saúde, uma vez que é sede da macrorregião sudeste de saúde, atendendo a 94 municípios, o que corresponde a aproximadamente 1,6 milhão de habitantes. A cidade também é considerada um polo educacional e de formação de recursos humanos (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2014).

Sua rede de serviços de atenção básica está constituída por 63 UBSs, sendo 48 na zona urbana e 15 na zona rural (HORTA *et al.*, 2014). O estudo foi realizado nas 43 UBSs que possuíam na sua equipe a atuação do ACS, nas oito regiões administrativas. As demais UBSs não foram incluídas no estudo por não contarem com a presença dos ACSs na equipe, sendo unidades tradicionais.

As UBSs funcionam em turno matutino e vespertino, oferecendo serviços para prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação aos indivíduos e coletividades. A carteira de serviços da APS do município de Juiz de Fora é composta de: consultas médicas, consultas de enfermagem, exames, farmácia, marcação de consultas, cartão SUS, cadastro das famílias da região, atendimentos a mulher e gestante, crianças – puericultura, idosos, acompanhamento de diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, HIV/Aids, preservativos, contraceptivos e planejamento familiar, grupos de educação em saúde, rodas de conversas e vacinação (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA, 2018).

O “fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora da rede de atenção à saúde municipal” aparece como primeira diretriz do plano de saúde do município para os anos de 2018-2021, mostrando a importância da APS na organização dos serviços de saúde. Cabe ressaltar que o plano de saúde é um instrumento de gestão para nortear o planejamento, a programação e a organização dos serviços de saúde oferecidos à população para o próximo quadriênio (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2018).

No Quadro 1, constam as 43 UBSs em que os dados foram coletados, distribuídas por regiões administrativas, assim como o número de ACSs que desenvolvem suas atividades nessas unidades.

Quadro 1 – Relação dos ACSs distribuídos nas UBSs. Juiz de Fora (2015-2017).

Região Administrativa	UBSs	Total de ACSs
NORTE	Barreira do Triunfo	05
	Cidade do Sol	13
	Industrial	11
	Jardim Natal	11
	Jóquei Clube I	11
	Jóquei Clube II	10
	Milho Branco	17
	Monte Castelo	18
	Nova Era	16
	Santa Cruz	22
	São Judas Tadeu	10
	Vila Esperança	14
NORDESTE	Filgueiras	08
	Parque Guarani	04
	Granjas Betânia	06
	Bandeirantes	16
LESTE	Progresso	14
	Marumbi	18
	Linhares	26
	Santa Rita	11
	Nossa Senhora Aparecida	14
	Alto Grajaú	11
	São Sebastião	16
	São Benedito	18
CENTRO	Santa Cecília	14
OESTE	São Pedro	06
	Santos Dumont	05
SUL	Santa Luzia	21
	Santa Efigênia	10
	Teixeiras	16
	Vale Verde	06
SUDESTE	Retiro	10
	Vila Ideal	16
	Santo Antônio	20
	Jardim Esperança	14
	Jardim da Lua	06
	Furtado de Menezes	11
	Vila Olavo Costa	06
DO CAMPO	Humaitá	04
	Jacutinga	03
	Torreões	06
	Rosário de Minas	01
	Igrejinha	05
TOTAL	43	500

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de ROCHA, 2017.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Nos estudos transversais, há duas possibilidades para a seleção da população de estudo, podendo ser uma população inteira, que caracteriza um censo, ou uma amostra representativa da mesma (BLOCH; COUTINHO, 2009). A população de estudo foi constituída por todos os ACSs que atuavam nas UBSs que possuíam ESF ou Pacs do município de Juiz de Fora no momento da pesquisa, configurando-se como um censo.

O número de ACSs (totalizando 500) e o local de trabalho foram fornecidos por meio de uma listagem pela Secretaria Municipal de Saúde. O critério de inclusão foi: ACSs que estavam em exercício ativo da função durante o período de coleta de dados do município de Juiz de Fora. O critério de exclusão foi: os ACSs que não foram encontrados após três tentativas.

Dos 500 ACSs que inicialmente integravam a população de estudo, 82 foram excluídos pelos seguintes motivos: 24 estavam de licença relativa à saúde, uma de licença-maternidade, dois estavam desviados da função, 15 estavam aposentados, 28 foram exonerados ou demitidos e 12 ACSs não foram encontrados após três tentativas de contato. Além disso, 18 ACSs recusaram-se a participar da pesquisa. Portanto, 400 ACSs participaram da pesquisa, o que correspondeu a 80% da população de estudo, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 – Delimitação da População de Estudo. Juiz de Fora (2015-2017).

POPULAÇÃO ELEGÍVEL		500
EXCLUSÕES	Licença relativa à saúde	24
	Licença-maternidade	01
	Desvio de função	02
	Aposentadoria	15
	Exonerados/demitidos	28
	Não encontrados após três tentativas	12
RECUSAS		18
POPULAÇÃO DE ESTUDO		400

Fonte: Elaborado pela autora.

5.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados da presente pesquisa foi realizada por meio de abordagem individual no cenário das UBSs, buscando-se ambiente com privacidade, infraestrutura disponível no local como cadeira para conforto do entrevistado e o mínimo de interrupção possível.

Para a realização das entrevistas, foi necessário que o local garantisse a individualidade da coleta, que, na maioria das vezes, ocorreu em uma sala da própria UBS em que o trabalhador desempenhava suas atividades. Assim, não foi necessário que o trabalhador se ausentasse do ambiente de trabalho e o local ficou acessível tanto para os participantes quanto para a equipe de coleta de dados.

Previvamente, foi realizada uma coleta de dados piloto nos meses de janeiro e fevereiro de 2015, com amostra similar composta de trabalhadores da APS, do município de Levy Gasparian - Rio de Janeiro (vizinho a Juiz de Fora), com população elegível de N=30, e, após oito perdas, a população do estudo piloto foi de n=22.

Este estudo piloto foi desenvolvido a fim de realizar possíveis adequações no instrumento de coleta de dados e treinar os pesquisadores. A partir deste, foram detectadas limitações no instrumento, como pouca clareza em algumas questões, e, dessa forma, foram realizadas alterações a fim de superar as dificuldades percebidas e adequar o instrumento de coleta de dados.

As entrevistas com os ACSs foram agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade deles, dos pesquisadores e concordância do gerente da unidade. No momento da abordagem ao trabalhador, foi enfatizada a importância e os benefícios da pesquisa.

Os dados da presente pesquisa foram coletados em dois momentos, o primeiro entre os meses de julho e outubro 2015 e a segunda etapa, de outubro de 2016 a fevereiro de 2017. Na primeira etapa, foi realizada a pesquisa com uma amostra da população. No entanto, percebeu-se a importância de os demais ACSs da cidade serem incluídos, assim optou-se pela continuidade da coleta de dados com toda a população de ACSs do município de Juiz de Fora, caracterizando um delineamento censitário.

A equipe de coleta de dados foi composta de alunos do mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem, Mestrado e

Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que desenvolveram suas dissertações/teses como integrantes da pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – Condições de Trabalho e de Vida”. Alunos bolsistas e voluntários da graduação também contribuíram com a coleta de dados.

Vale destacar que a presente pesquisadora integrou a equipe responsável pela condução desta pesquisa e participou da coleta de dados nesses dois períodos, bem como do estudo piloto. Todos os integrantes da equipe da coleta de dados passaram por um treinamento, em que foi uniformizada a forma com que os dados foram coletados e a abordagem realizada com os ACSs. Os pesquisadores ficaram disponíveis para quaisquer esclarecimentos quanto a dúvidas em relação às perguntas do instrumento de coleta de dados e demais questões.

A criação dos formulários foi realizada através do aplicativo *Open Data Kit* (ODK), que é um conjunto de ferramentas gratuito e de código aberto utilizado para criar, implementar e gerenciar soluções móveis de coleta de dados. O ODK foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar dos Departamentos de Ciências da Computação e de Engenharia da Universidade de Washington, que exploram o uso de tecnologia na melhoria da vida nos países em desenvolvimento (OPENDATAKIT, 2018).

Este pacote é composto de três programas: um para elaboração do formulário (*XLSform*), um para a coleta dos dados (*ODK Collect*), que utiliza dispositivos móveis, como o androide, permitindo a navegação, edição e o salvamento das informações coletadas em modo *off-line* no próprio aparelho, para posteriormente serem enviadas para o servidor que agrupa todos os dados, e um programa para o armazenamento (*ODK aggregate*), que permite exportar os dados como arquivos de planilhas para realização da análise dos mesmos (OPENDATAKIT, 2018).

O questionário utilizado foi inserido no programa, o que viabilizou a coleta de dados, pois os mesmos foram digitados de forma imediata pelo pesquisador, eliminando o uso de papéis, reduzindo o tempo da pesquisa e evitando viés de digitação quando da sua transcrição.

5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Este estudo tem duas **variáveis dependentes**. Uma delas é o estresse psicossocial no trabalho – Escala Modelo Demanda-Controle (“*Job Strain Model*”). A outra é a prevalência de sintomas de depressão avaliada por meio do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9).

A escala resumida em versão brasileira do **Modelo Demanda-Controle** é utilizada para avaliar as causas do estresse e seus efeitos sobre a saúde nas interações sociais do ambiente. Esta foi proposta inicialmente por Karasek com 49 questões, envolvendo duas dimensões, sendo elas a demanda, ou seja, as exigências do trabalho e o controle que se refere à autonomia do indivíduo sobre o trabalho. Em 1988, Johnson e Hall incluíram no modelo outra dimensão, o apoio social, que se refere à interação entre colegas e chefias na cooperação para a realização do trabalho, podendo contribuir para a diminuição do desgaste sobre o trabalhador e dos riscos à saúde (ALVES *et al.*, 2004; JOHNSON; HALL, 1988; KARASEK; THEORELL, 1990).

A escala do Modelo Demanda-Controle resumida contém 17 questões previamente validadas para a língua portuguesa do Brasil por Alves *et al.* (2004), tendo cinco questões para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para o apoio social (ANEXO A - BLOCO G 17 a G 33) (ALVES *et al.*, 2004; HÖKERBERG, *et al.*, 2014).

A demanda se refere às exigências de natureza psicológica do trabalho. Entre as cinco perguntas que a avaliam, quatro são relativas à velocidade, à intensidade e ao tempo para a realização das tarefas do trabalho e uma questão avalia o próprio processo de trabalho, relacionado à contradição entre diferentes demandas. Estas perguntas têm como opções de respostas: frequentemente, às vezes, raramente, nunca ou quase nunca (1-4) (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES *et al.*, 2004).

Entre as seis questões para avaliar o controle sobre o trabalho, quatro têm a intenção de identificar habilidades desenvolvidas pelo trabalhador, iniciativa e frequência das atividades executadas e duas questões se referem à autonomia e tomada de decisão por parte do trabalhador sobre o próprio trabalho. As opções de respostas para estas questões são as mesmas das questões relacionadas à demanda (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES *et al.*, 2004).

As últimas seis questões da escala são sobre apoio social e se referem às interações com colegas e chefias e sobre o ambiente onde o trabalho é desenvolvido, possuindo quatro opções de resposta, sendo elas “concordo totalmente”, “concordo mais que discordo”, discordo mais que concordo”, “discordo totalmente” (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES *et al.*, 2004).

Os escores de cada dimensão foram obtidos somando-se as pontuações das respostas e, posteriormente, dividindo-se em duas categorias a partir da mediana, conforme estudo de Alves *et al.* (2004). Essa categorização está descrita no Quadro 3.

Para a demanda, o ponto de corte foi de 14 pontos e os trabalhadores que obtiverem resultado de 5 a 14 pontos tiveram seus trabalhos classificados em baixa demanda e os valores >14, em alta demanda. Para o controle, o ponto de corte foi de 17 pontos e aqueles indivíduos que obtiverem pontuação total entre 6 e 17 pontos foram classificados como baixo controle no trabalho e os que tiverem >17 pontos, com alto controle no trabalho. O ponto de corte para o apoio social no trabalho foi a mediana (17 pontos), classificando os indivíduos com pontuação ≤17 pontos, com baixo apoio social e >17 pontos com alto apoio social.

Quadro 3 – Ponto de corte das dimensões do Modelo Demanda-Controle Apoio social baseado em sua mediana.

	Tipo de variável	Ponto de Corte	Grupo de Referência	Grupo de Exposição
Demand	Categórica	Mediana 14 pontos	Baixa demanda	Alta demanda
Controle	Categórica	Mediana 17 pontos	Alto controle	Baixo Controle
Apoio Social	Categórica	Mediana 17 pontos	Alto Apoio Social	Baixo Apoio Social

Fonte: Elaborado pela autora.

Para o cálculo do estresse psicossocial no trabalho, utilizou-se a formulação dos quadrantes do Modelo Demanda-Controle (MDC), que define as seguintes categorias: trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle) - grupo de referência; trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) - grupo de exposição para o estresse psicossocial no trabalho, conforme Quadro 4 (ALVES *et al.*, 2004; GRIEP *et al.*, 2011; KARASEK; THEORELL, 1990).

Quadro 4 - Quadrantes do Modelo Demanda-Controle proposto por Karasek (1979).

		DEMANDA PSICOLÓGICA	
		Baixa	Alta
CONTROLE	Alto	Baixa Exigência	Trabalho Ativo
	Baixo	Trabalho Passivo	Alta Exigência

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Karasek (1979).

A segunda **variável dependente** foi a prevalência de sintomas de depressão avaliada por meio do **Patient Health Questionnaire (PHQ-9)**. A validade deste instrumento foi realizada por Spitzer; Kroenke; Williams (1999) e por Kroenke; Spitzer; Williams, (2001). Já a tradução para a língua portuguesa foi veiculada pela Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY). No Brasil, Osório *et al.* (2009) realizaram a validação.

O PHQ-9 é um instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento de transtorno depressivo. Este vem sendo utilizado na APS, por ser um questionário simples de autoavaliação, que permite realizar a pesquisa de sintomas de transtornos depressivos e definir a severidade de cada quadro (BAADER *et al.*, 2012)

O PHQ-9 é composto por nove questões, em que, em cada uma, há quatro possíveis respostas: 0- Nenhuma vez; 1- vários dias; 2- mais da metade dos dias; 3- quase todos os dias. A partir das respostas, é possível medir a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas (ANEXO A - BLOCO C) (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001; OSÓRIO *et al.* 2009; SANTOS *et al.*, 2013). Para o cálculo do PHQ-9 na forma de medida contínua, os escores variam de 0 a 27 pontos e avaliam-se os níveis de sintomas de depressão através dos pontos de corte maiores ou iguais a 5, 10, 15 e 20 pontos, representando, respectivamente, ausência de indicadores de depressão (0-4); depressão leve (5-9); moderada (10-14); moderadamente severa (15-19) e grave (≥ 20) (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001).

Para estimar, como indicador positivo de depressão maior, utilizou-se o ponto de corte valor maior ou igual a 10, indicando depressão maior presente. A depressão maior é avaliada pela presença de cinco ou mais dos nove sintomas depressivos

com um índice de gravidade de “mais da metade dos dias” (≥ 2), nas duas últimas semanas e um dos sintomas é humor depressivo ou anedonia (KROENKE; SPITZER; WILLIANS, 2001). Ambas as categorizações estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 - Categorização das variáveis do Questionário sobre Saúde do Paciente-9

Tipo de análise em que foram utilizadas	Ponto de corte	Categorização
Análise Descritiva	0-4	Ausência de indicadores de depressão
	5-9	Depressão leve
	10-14	Depressão moderada
	15-19	Moderadamente severa
	20-27	Depressão grave
Análise bivariada e multivariada	<10	Depressão maior ausente
	≥ 10	Depressão maior presente

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Kroenke; Spitzer; Willians, 2001.

As **variáveis independentes** da presente pesquisa estão descritas abaixo.

Para a caracterização do **perfil socioeconômico e demográfico**, foram utilizadas 18 questões: idade, cor/raça, situação conjugal, sexo, escolaridade, número de filhos, religião e as questões sobre renda familiar mensal por meio do critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep), classificação de 2014 (ANEXO A - Bloco N) (ABEP, 2014).

O critério Brasil da Abep levou em consideração o grau de instrução do chefe da família e a posse de alguns itens (televisão, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete ou DVD, geladeira e freezer), atribuindo valores para cada e definindo pontos de cortes para a categorização das classes econômicas em A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E, conforme Quadro 6.

Para a **percepção de saúde**, utilizou-se a questão: “De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?” e as opções de respostas foram muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. Essa variável foi agrupada em percepção de saúde regular/ruim/muito ruim e boa/muito boa para a análise bivariada e multivariada (ANEXO A - BLOCO A).

Quadro 6: Categorização das variáveis para caracterização do perfil socioeconômico e demográfico.

VARIÁVEL	QUESTÃO	AGRUPAMENTO
Idade (data de nascimento)	N1	1- Mais de 46 anos 2- Até 46 anos
Cor/raça	N3 1 - Preta 2 - Parda 3 - Branca 4 - Amarela 5 – Indígena	1 – Não branca 2 – Branca
Situação conjugal	N4 1 - Casado(a) ou vive em união 2 - Separado(a) ou divorciado(a) 3- Viúvo(a) 4- Solteiro	1- Não casados(as) 2-Casados ou em união estável
Sexo	N5 1 - Masculino 2 - Feminino	1-Feminino 2-Masculino
Escolaridade	N7	1 – Ensino Fundamental e Médio completos 2 – Ensino Superior completo
Número de filhos	N9 1- Um filho 2- Dois filhos 3- Três filhos ou mais	1 – Um filho 2 - Dois filhos ou mais
Religião	N8 1 - Católico 2 - Evangélico 3 - Espírita 4 - Testemunha de Jeová 5 - Muçulmano 6 - Budista 7 - Candomblé 8 - Não tenho religião 9 - Outra	1 – Católico 2 – Não católico
Renda familiar mensal (Critério ABEP 2014)	N 14 e N16 1 – A1 2 – A2 3 – B1 4 - B2 5 – C1 6 – C2 7 – D 8 - E	1 - C1, C2, D, E 2 - A1, A2, B1, B2

Fonte: Elaborado pela autora.

Para classificar o nível de **atividade física**, utilizou-se o **Questionário Internacional de Atividade Física - short form (IPAQ-curto)**. O questionário é composto por oito questões e permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, além da caminhada, em diferentes contextos como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer. O questionário já foi validado para a população brasileira (ANEXO A - Bloco E) (MATSUDO *et al.*, 2001; PARDINI *et al.*, 2001).

Para o cálculo do IPAQ-curto, utilizam-se a soma da duração (em minutos) e frequência (dias) de caminhada, atividades de intensidade moderada e vigorosa, conforme orientação do Protocolo de pontuação IPAQ de 2018. Assim, os indivíduos foram classificados em três níveis de atividade física: baixo, moderado e alto, conforme Quadro 7. No presente estudo, essas variáveis foram agrupadas na análise bivariada e multivariada em nível de atividade física baixa/moderado e alto.

Quadro 7 - Categorização das variáveis do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).

Categorias	Critérios
Baixa	Os indivíduos que não atendem aos critérios das categorias 2 ou 3 são considerados baixos/inativos.
Moderada	Qualquer um dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Três ou mais dias de atividade vigorosa de pelo menos 20 minutos por dia OU ▪ Cinco ou mais dias de atividade de intensidade moderada ou caminhada de pelo menos 30 minutos por dia OU ▪ Cinco ou mais dias de qualquer combinação de atividades de intensidade de caminhada, intensidade moderada ou vigorosa que atinjam um mínimo de pelo menos 600 MET-min/semana.
Alto	Qualquer um dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> • Atividade de intensidade vigorosa em pelo menos três dias e acumulando pelo menos 1.500 MET-minutos/semana OU • Sete ou mais dias de qualquer combinação de atividades de intensidade de caminhada, intensidade moderada ou vigorosa, alcançando um mínimo de pelo menos 3.000 MET-minutos/semana.

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado do Protocolo de pontuação IPAQ (2018).

As questões utilizadas para as **características e condições de trabalho** foram: número de empregos, trabalho noturno, carga horária semanal de trabalho, tempo de trabalho na APS e acidente de trabalho, totalizando cinco questões (ANEXO A - BLOCO G). Estas variáveis foram categorizadas, conforme o Quadro 8.

Quadro 8 – Categorização das variáveis relacionadas às características e condições de trabalho.

VARIÁVEL	QUESTÃO	AGRUPAMENTO
Número de empregos	G2 1 - Um 2 - Dois 3 - Três 4 - Mais de três	1 - Dois ou mais empregos 2 - Um emprego
Trabalho noturno	G3 1 - Sim 2 - Não	1 – Sim 2 – Não
Carga horária semanal	G4	1- >40 horas 2- ≤40 horas
Acidente de Trabalho	G9 1 - Sim 2 - Não	1 – Sim 2 – Não
Tempo de trabalho na APS	G 12 1 Menos de 5 anos 2 De 6 a 10 anos 3 De 11 a 15 anos 4 De 16 a 20 anos 5 De 21 a 25 anos 6 Mais de 26 anos	1- Mais de 10 anos 2- Até 10 anos

Fonte: Elaborado pela autora.

Além dessas questões sobre condições de trabalho para avaliar as exigências do trabalho, utilizou-se o **Índice de Capacidade para o Trabalho-ICT**, composto por 73 questões, que foi traduzido e adaptado para o Brasil por pesquisadores de universidades de São Paulo (TUOMI et al., 2005). Depois, ele foi validado através de um estudo realizado com trabalhadores de uma companhia elétrica no Estado de São Paulo. O índice de cada indivíduo varia de um escore de 7 a 49 pontos e é determinado com base nas respostas dadas às várias questões sobre as exigências físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador (ANEXO A - Bloco H) (MARTINEZ, 2006; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

De acordo com a pontuação recebida, a capacidade para o trabalho de cada pessoa é classificada da seguinte forma: de 7 a 27 pontos é considerada baixa capacidade para o trabalho; de 28 a 36 pontos – moderada; de 37 a 43 pontos – boa e 44 a 49 pontos – ótima, conforme sintetizado no Quadro 9 (TUOMI et al., 2005).

No presente estudo, o ICT foi dicotomizado em: baixa/moderada capacidade para o trabalho (7 a 36 pontos) e boa/ótima capacidade para o trabalho (37 a 49 pontos), apresentado no Quadro 9.

O ICT avalia a percepção do trabalhador em relação ao quanto bem está, ou estará, no tempo presente ou em um futuro próximo, e quanto bem ele pode executar seu trabalho, levando em consideração as exigências, seu estado de saúde e as capacidades físicas e mentais. O instrumento foi desenvolvido em virtude do envelhecimento da população mundial e foi pensado tendo como ponto de vista de que promover a capacidade para o trabalho é uma maneira de favorecer a qualidade no trabalho e bem-estar, contribuindo para uma aposentadoria ativa e com significado (MARTINEZ, 2006; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009; SILVA JUNIOR *et al.*, 2011; TUOMI *et al.*, 2005).

Quadro 9 - Categorização das variáveis do Índice de Capacidade para o Trabalho.

Ponto de Corte	Classificação da Capacidade para o Trabalho
7 a 27	Baixa
28 a 36	Moderada
37 a 43	Boa
44 a 49	Ótima
Ponto de Corte após dicotomizar as variáveis	Classificação da Capacidade para o Trabalho
7 a 36	Baixa/moderada
37 a 49	Boa/ótima

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Tuomi *et al.*, 2005.

Para avaliar a **qualidade de vida**, utilizou-se o instrumento do grupo *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref*. Este foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Qualidade de vida é definida como as percepções individuais da posição ocupada por cada pessoa na vida no contexto da cultura e sistemas de valores e em relação aos seus desígnios, expectativas, padrões e inquietações (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O instrumento é constituído por 26 perguntas, sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral. Vale destacar que as respostas seguem uma escala tipo Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Sem considerar as duas primeiras questões, o instrumento tem 24 facetas as quais compõem quatro domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio

ambiente. O resultado é calculado em relação à média (1 a 5) por domínio e por faceta (ANEXO A - Bloco J) (FLECK *et al.*, 2000; *THE WHOQOL GROUP*, 1995). As questões de cada domínio estão descritas no Quadro 10.

Quadro 10 - Domínios e facetas do *WHOQOL Bref*.

Domínios	Questões
Domínio físico I	Dor e desconforto; Energia e fadiga; Sono e repouso; Mobilidade; Atividades da vida cotidiana; Dependência de medicação ou de tratamentos; Capacidade para o trabalho.
Domínio psicológico II	Sentimentos positivos; Pensar, aprender, memória e concentração; Autoestima; Imagen corporal e aparência; Sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais.
Domínio relações sociais III	Relações pessoais; Suporte (apoio) social; Atividade sexual.
Domínio meio ambiente IV	Segurança física e proteção; Ambiente no lar; Recursos financeiros; Cuidados de saúde e sociais; Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte.

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Fleck *et al.*, (2000); *The WHOQOL GROUP* (1995).

O *WHOQOL BREF* fornece o perfil da qualidade de vida, conforme os escores alcançados nos quatro domínios, que variam de 0 a 100, e quanto mais próximo de 100, melhor é avaliada a qualidade de vida. Sua classificação está apresentada no Quadro 11. Devido à característica da multidimensionalidade do constructo da qualidade de vida, não é possível atribuir um escore único total nessa avaliação. Dessa forma, os escores devem ser avaliados separadamente em cada domínio (FLECK *et al.*, 2000).

Quadro 11 – Classificação da Qualidade de Vida, conforme o WHOQOL Bref.

Ponto de Corte	Classificação
0-25	Regular
26-50	Bom
51-75	Muito bom
76-100	Excelente

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Fleck et al., (2000).

No Quadro 12, estão sintetizadas as variáveis dependentes e independentes do presente estudo e o número de perguntas de cada instrumento, totalizando 157 questões. Todos os instrumentos de coleta de dados utilizados para captar os desfechos estudados na presente pesquisa foram validados no Brasil e têm seu uso autorizado para pesquisa científica.

Quadro 12 - Variáveis do estudo: dependentes e independentes.

Variáveis dependentes	Estresse psicossocial no trabalho. Escala Modelo Demanda-Controle (BLOCO G 17 - 27) 11 questões
	Prevalência de sintomas de Depressão Escala Patient Health Questionnaire PHQ-9 (BLOCO C) 9 questões
Variáveis independentes	Perfil socioeconômico e demográfico (BLOCO N) 18 questões
	Autopercepção de saúde (Questão A1 BLOCO A) 1 questão
	Atividade física por meio do Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ-curto (BLOCO E) 8 questões
	Características e Condições de Trabalho (BLOCO G) 5 questões
	Apoio Social no trabalho (BLOCO G – G 28 a G33) 6 questões
	Capacidade para o trabalho através da escala do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) (BLOCO H) 73 questões
	Qualidade de vida por meio do instrumento do grupo World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-Bref (BLOCO J) 26 questões

Fonte: Elaborado pela autora.

5.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tratados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (Software SPSS®) versão 15. A análise destes dados foi obtida por estatística descritiva e por análise bivariada e multivariada, cujas análises e discussões dos resultados foram sustentadas por referencial teórico e evidências internacionais e nacionais.

5.6.1 Análise empregada para o estudo da prevalência de sintomas de depressão e fatores associados

A análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis do estudo e posterior confecção de tabelas. Para as variáveis contínuas, foi calculada a média, desvio-padrão e intervalo de confiança.

Foi realizado teste de colinearidade das variáveis independentes, com valor de referência de 0,600 do coeficiente de correlação de Spearman, e não foi encontrada nenhuma correlação positiva forte e significativa que pudesse enviesar as análises.

Para avaliar a associação da prevalência de sintomas de depressão (variável dependente) com as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, autopercepção de saúde, atividade física e qualidade de vida, utilizou-se o teste estatístico qui-quadrado e exato de *Fischer* na análise bivariada.

As variáveis que apresentaram significância estatística igual ou inferior a 0,2 ($p<0,20$) na análise bivariada foram inseridas no modelo múltiplo e, em seguida, aquelas que não apresentaram significância estatística foram retiradas do modelo final para melhor ajustá-lo.

Para o cálculo da razão de prevalência (RP) bruta, foi considerado um Intervalo de Confiança de 95%. Na análise multivariada, calculou-se a razão de prevalência (RP) ajustada pela regressão de Poisson com estimador robusto, com os respectivos intervalos de confiança e foi considerada associação significativa entre as variáveis estudadas quando $p\leq 0,05$.

A regressão de Poisson tem sido indicada como uma boa alternativa para se obterem estimativas da RP ajustada para variáveis de confusão em estudos de corte

transversal quando os desfechos esperados são frequentes (COUTINHO, SCAZUFCA, MENEZES, 2008).

5.6.2 Análise empregada para o estudo do estresse psicossocial no trabalho e fatores associados

Na análise descritiva, foram obtidas as medias e desvio-padrão das variáveis contínuas e foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Para o cálculo do estresse psicossocial no trabalho, que é a segunda variável dependente deste estudo, utilizou-se a formulação dos quadrantes do MDC, que define as seguintes categorias: trabalho de baixa exigência – grupo de referência; trabalho passivo; trabalho ativo e trabalho de alta exigência – grupo de exposição para o estresse psicossocial no trabalho.

Para verificar a associação entre o estresse psicossocial no trabalho e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais autopercepção de saúde, atividade física e qualidade de vida, na análise bivariada, foram utilizados o teste estatístico qui-quadrado e o exato de *Fischer*.

As variáveis que apresentaram significância estatística igual ou inferior a 0,2 ($p<0,20$) na análise bivariada foram inseridas no modelo múltiplo, e aquelas que não apresentaram significância estatística foram retiradas do modelo final.

As associações entre variáveis foram avaliadas também por meio da razão de prevalência (RP) bruta. Os intervalos de confiança foram calculados para um nível de significância de 95%.

A análise multivariada foi obtida pela regressão logística multinomial. Esta é utilizada quando a variável dependente possui mais de duas categorias, como é o exemplo da formulação dos quadrantes do MDC (BIESHEUVEL *et al.*, 2008).

Assim, para estimar a razão de prevalência (RP) ajustada, utilizou o modelo de regressão logística multinomial, com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Nesta análise, verificou-se a associação das variáveis independentes com o desfecho, no qual a categoria de referência foi o trabalho de baixa exigência. No modelo final foram mantidas as variáveis com $p\leq0,05$.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa mais ampla da qual este estudo faz parte, já mencionada anteriormente, foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFJF, sob o parecer n. 932.706, em 2015 (ANEXO B) e, em 2018, teve seu cronograma de pesquisa prorrogado (ANEXO C).

Foram atendidos os princípios da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e suas complementares por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos. Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012b).

A presente pesquisa apresenta risco mínimo, sendo previsto resarcimento em caso de comprovação de malefício em decorrência da abordagem prevista no estudo. Os participantes foram informados e convidados a participar como voluntários não remunerados, externando sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D), no qual foi assegurada a confidencialidade das informações fornecidas e a preservação do anonimato.

O TCLE foi aplicado em duas vias originais, sendo que uma foi entregue ao participante e a outra ficou arquivada com o pesquisador. Garantiu-se a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e foi respeitado o direito do sujeito de não participar da pesquisa ou, em qualquer momento, desistir de fazer parte dela.

Os dados da pesquisa estão com a pesquisadora responsável e ficarão armazenados por cinco anos, após este período, serão destruídos.

No ANEXO E desta tese, encontra-se a autorização para utilização do banco de dados, assinada pela coordenadora da pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e de vida”.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta tese foram apresentados em formato de artigos científicos, visando responder ao objetivo geral e aos objetivos específicos.

Artigo 1 - O primeiro artigo intitulado “**Prevalência de sintomas de depressão em Agentes Comunitários de Saúde**” foi aprovado para publicação na Revista Trabalho, Educação e Saúde.

Artigo 2 - O segundo artigo: “**Estresse psicossocial no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: prevalência e fatores associados**” está em análise na Revista Saúde em Debate.

Os resultados obtidos descritos nos artigos estão apresentados no Apêndice A.

ARTIGO 1

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PREVALENCE OF DEPRESSION SYMPTOMS OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

Artigo submetido a revista Trabalho, Educação e Saúde.

Denise Cristina Alves de Moura; Isabel Cristina Gonçalves Leite; Rosangela Maria Greco.

Colaboradores

Os autores participaram de todas as fases de elaboração do manuscrito e aprovaram a versão final do artigo.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES)

Conflito de Interesse

Os autores declaram que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

A presente pesquisa é resultado de tese de doutorado.

Resumo: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são imprescindíveis na organização do sistema de saúde, sendo considerados elementos importantes para as políticas de saúde e para o Sistema Único de Saúde. Objetivo: avaliar a prevalência de sintomas de depressão relacionada aos fatores ocupacionais, sociodemográficos e de estilo de vida dos ACS. Estudo transversal, realizado com a população dos ACS (400), de um município mineiro. A variável dependente foi a prevalência de sintomas de depressão (*Patient Health Questionnaire*) e as variáveis independentes foram: estresse psicossocial no trabalho (modelo demanda-controle);

apoio social; perfil socioeconômico e demográfico; autopercepção de saúde; atividade física (IPAQ-curto); características e condições de trabalho; capacidade para o trabalho e qualidade de vida (*WHOQOL-Bref*). A prevalência de sintomas depressivos entre os ACS foi de 20,6% e se associou na análise multivariada com a capacidade para o trabalho, apoio social, classe econômica e qualidade de vida. Sugere-se: a criação de espaços para discussão sobre a saúde mental e sua relação com o trabalho; o incentivo para a formação continuada dos ACS e que os gestores e demais membros da equipe possibilitem a participação dos ACS no planejamento e tomada de decisão das questões relacionadas ao cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Agentes Comunitários de Saúde; transtorno depressivo; condições de trabalho.

Abstract: Community Health Agents (CHA) are essential in the organization of the health system and are considered important elements for health policies and the Unified Health System. Objective: to evaluate the prevalence of symptoms of depression related to occupational, sociodemographic and lifestyle factors of CHA. Cross-sectional study conducted with the population of the CHA (400), from a municipality of Minas Gerais. The dependent variable was the prevalence of symptoms of depression (Patient Health Questionnaire) and the independent variables were: psychosocial stress at work (demand-control model); social support; socioeconomic and demographic profile; self-perception of health; physical activity (IPAQ-short); characteristics and working conditions; work ability and quality of life (*WHOQOL-Bref*). The prevalence of depressive symptoms among CHAs was 20.6% and was associated with multivariate analysis with work ability, social support, economic class and quality of life. It is suggested: the creation of spaces for discussion about mental health and its relationship with work; the incentive for the continued formation of

CHAs and for managers and other team members to enable CHAs to participate in the planning and decision-making of issues related to the daily routine of Primary Health Care.

Keywords: Occupational health; Community Health Workers; depressive disorder; working conditions.

Resumen: Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) son esenciales en la organización del sistema de salud y se consideran elementos importantes para las políticas de salud y el Sistema Único de Salud. Objetivo: evaluar la prevalencia de síntomas de depresión relacionados con factores ocupacionales, sociodemográficos y estilo de vida dos ACS. Estudio transversal realizado con la población de la ACS (400), de un municipio de Minas Gerais. La variable dependiente fue la prevalencia de síntomas de depresión (Cuestionario de salud del paciente) y las variables independientes fueron: estrés psicosocial en el trabajo (modelo de control de la demanda); apoyo social; perfil socioeconómico y demográfico; autopercepción de la salud; actividad física (IPAQ-corto); características y condiciones de trabajo; capacidad de trabajo y calidad de vida (WHOQOL-Bref). La prevalencia de síntomas depresivos entre los ACS fue del 20,6% y se asoció con el análisis multivariado con la capacidad laboral, el apoyo social, la clase económica y la calidad de vida. Se sugiere: la creación de espacios de discusión sobre salud mental y su relación con el trabajo; El incentivo para la formación continua de CHA y para los gerentes y otros miembros del equipo para permitir que los ACS participen en la planificación y la toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con la rutina de la Atención Primaria de Salud.

Palabras-clave: Salud laboral; Agentes Comunitarios de Salud; trastorno depresivo; condiciones de trabajo.

Introdução

No Brasil, o modelo oficial de atenção à saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), que se caracteriza por ser um sistema integrado e gratuito que desenvolve ações de prevenção de doenças, promoção, cura e reabilitação da saúde, garantindo esse direito a todos os cidadãos brasileiros (Brasil, 2017a; Castro *et al.*, 2019).

A Atenção Primária à Saúde (APS) contribui para a concretização do SUS, cujo objetivo e desafio são fornecer à população acesso universal e serviços abrangentes, ordenar e ampliar a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como a assistência integral à saúde presente em todo o sistema, utilizando informação científica e tecnologias. Para isso, faz uso de estratégias organizacionais, a exemplo dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que têm por finalidade reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (Giovanella e Almeida, 2017; Paim *et al.*, 2011).

Para a implementação de suas ações, a APS conta com diversos profissionais, tais como: médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos em saúde bucal, entre outros, de acordo com as necessidades epidemiológicas e de saúde da população (Brasil, 2017b).

Dentre os trabalhadores da APS, destacam-se os ACS que desenvolvem uma variedade de ações em diversos cenários geográficos e culturais. A posição ocupada de mediador entre a comunidade e a equipe de saúde é estratégica, favorecendo a integração destes. Dentre suas ações destacam-se: facilitar o acesso dos usuários à unidade de saúde; cadastrar famílias; identificar condições de risco; desenvolver ações de vigilância e educação em saúde; realizar atividades em grupos, dentre outros (Samudio *et al.*, 2017).

Além das demandas inerentes à atenção integral das necessidades de saúde da população, os ACS enfrentam muitos desafios no seu processo de trabalho, como a falta de limites em suas atribuições, debilidade na formação profissional, burocratização e condições

precárias de trabalho. Tais condições são representadas por jornadas de trabalho que excedem o horário, atendimento de famílias em número superior ao preconizado, trabalho insalubre, baixa remuneração, precariedade do sistema, além do pouco reconhecimento do seu trabalho por parte dos gestores, equipe e usuários, podendo gerar sofrimento e adoecimento destes trabalhadores (Alonso, Béguin e Duarte, 2018).

A precarização, a desvalorização e outras condições de trabalho degradantes, podem trazer impactos negativos na saúde do trabalhador e ter como consequências o aumento do índice de afastamentos por doenças psíquicas (Melo, Cavalcante e Façanha, 2019).

No que diz respeito ao adoecimento, a depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes e uma das principais causas de incapacidade laborativa, pois leva ao surgimento de várias comorbidades, além de ser um importante fator de risco para o suicídio. Isso é particularmente preocupante, uma vez que, grupos economicamente ativos são mais vulneráveis (Organização Panamericana de Saúde, 2018; Barbosa *et al.*, 2012).

Estudos anteriores têm mostrado adoecimento e sofrimento dos ACS devido às atividades desenvolvidas em seu trabalho (Universidade Federal da Bahia, 2015). Diante do exposto, esta pesquisa se justifica frente à importância destes trabalhadores em relação à organização do sistema de saúde, sendo considerado um elemento importante nas políticas de saúde e imprescindível para o SUS. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de sintomas de depressão relacionada aos fatores ocupacionais, sociodemográficos e de estilo de vida dos ACS.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório transversal, realizado com a população dos ACS, de um município mineiro e íntegra um estudo mais amplo, denominado “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e de vida”. O estudo foi realizado em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuíam a atuação do ACS, totalizando 43.

Foram incluídos: ACS que estavam em exercício ativo da função durante o período de coleta de dados no município. Foram excluídos: os ACS que não foram encontrados após três tentativas. Dos 500 ACS que inicialmente integravam a população de estudo, após as exclusões, recusas e perdas, 400 participaram, o que correspondeu a 80% da população de estudo. A coleta dos dados foi realizada por meio de abordagem individual nas UBS.

A criação dos formulários foi realizada através do aplicativo *Open Data Kit* (ODK). Este pacote é um conjunto de ferramentas gratuito composto por três programas: um para elaboração do formulário, um para a coleta dos dados e um programa para o armazenamento (Opendatakit, 2018).

A variável dependente deste estudo foi a prevalência de sintomas de depressão, avaliada por meio do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). A validade deste instrumento foi realizada por Kroenke, Spitzer e Williams, (2001). No Brasil, Osório *et al.* (2009) realizaram a validação. O Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) é um instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento de transtorno depressivo (Baader *et al.*, 2012).

O instrumento é composto por nove questões, em que em cada uma, há quatro possíveis respostas: 0-Nenhuma vez; 1-vários dias; 2-mais da metade dos dias; 3-quase todos os dias. A partir das respostas, é possível medir a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas (Kroenke, Spitzer e Williams, 2001; Santos *et al.*, 2013). Para estimar, como indicador positivo de depressão maior, utilizou-se o ponto de corte valor maior ou igual a 10, indicando depressão maior presente ou ausente (Kroenke, Spitzer e Willians, 2001).

Para as variáveis independentes utilizou-se um questionário estruturado, contendo as seguintes questões sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, raça, situação conjugal,

número de filhos e a classe econômica de acordo com critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, classificação de 2014 (ABEP, 2014).

Para as questões de estilo de vida, foi utilizada uma pergunta sobre percepção de saúde e para classificar o nível de atividade física, utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (Benedetti *et al.*, 2007; Pardini *et al.*, 2001). Para analisar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento do grupo *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref*. Este foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (The Whoqol Group, 1998).

As questões referentes às características e condições de trabalho levantadas foram: número de empregos, carga horária semanal, acidente de trabalho no último ano, tempo de trabalho na APS e trabalho noturno. Além de questões sobre as demandas psicológicas, controle do processo de trabalho e apoio social por meio da versão brasileira da Escala Sueca Demanda-Controle-Apoio Social no trabalho. O modelo demanda-controle (MDC) resumido contém 17 questões previamente validadas para a língua portuguesa do Brasil, tendo cinco para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para apoio social (Alves *et al.*, 2004; Johnson e Hall, 1988; Karasek e Theorell, 1990).

Para avaliar as exigências do trabalho utilizou-se o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), que foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil (Martinez, Latorre e Fischer, 2010; Tuomi *et al.*, 2005).

Os dados foram tratados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (Software SPSS®) versão 15. Para avaliar a associação da prevalência de sintomas de depressão com as variáveis ocupacionais, sociodemográficos e de estilo de vida foram utilizados o teste estatístico do Qui-quadrado e exato de Fischer na análise bivariada.

As variáveis que apresentaram significância estatística igual ou inferior a 0,2 ($p < 0,20$) foram inseridas no modelo múltiplo e, aquelas que não apresentaram significância estatística

foram retiradas do modelo final para melhor ajustá-lo. Na análise multivariada, calculou-se a razão de prevalência (RP) ajustada pela regressão de Poisson com estimador robusto, com os respectivos intervalos de confiança e foi considerada associação significativa entre as variáveis estudadas quando $p \leq 0,05$.

Foi realizado o teste de colinearidade das variáveis independentes, com valor de referência de 0,600 do coeficiente de correlação de Spearman e não foi encontrada nenhuma correlação positiva forte e significativa que pudesse enviesar as análises.

A pesquisa mais ampla da qual este estudo faz parte, já mencionada anteriormente, foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer 932.706 em 2015 e em 2018 teve seu cronograma de pesquisa prorrogado. Os ACS participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, foram atendidos os princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e suas complementares por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

Resultados

A população deste estudo foi composta de 91,2% de mulheres, com média de idade de 46 anos, (desvio-padrão $\pm 10,2$ anos e variabilidade de 25 a 73 anos), 53,6% eram da cor/raça não-branca e 64,5% possuíam dois filhos ou mais. Quanto ao grau de escolaridade, 75,4% possuía Ensino Médio completo e, quanto ao estado civil, 57,6% eram casadas ou viviam em união estável. A classificação econômica mostrou que 77,4% dos ACS pertenciam às classes B2 e C1. A autopercepção de saúde foi referida por 79% dos participantes como muito boa ou boa e 62,7% foram classificados com alto nível de atividade física de acordo com o IPAQ. A prevalência de sinais e sintomas de depressão foi observada em 20,6% dos ACS e esteve associada na análise bivariada as seguintes variáveis socioeconômicas e de saúde: classe econômica ($p=0,095$) e a percepção de saúde ($p<0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação entre as variáveis socioeconômicas, relacionadas à saúde e a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400)

Variáveis	Depressão maior presente		Depressão maior ausente		p valor*
	N	%	N	%	
Idade					
Mais de 46 anos	39	47,6	156	49,4	0,771
Até 46 anos	43	52,4	160	50,6	
Total	82	100	316	100	
Sexo					
Feminino	77	93,9	286	90,5	0,333
Masculino	5	6,1	30	9,5	
Total	82	100	316	100	
Escolaridade					
Ensino Fund. e Médio	59	79,7	233	79,0	0,888
Ensino Superior	15	20,3	62	21,0	
Total	74	100	295	100	
Raça					
Não branca	41	50,0	172	54,4	0,474
Branca	41	50,0	144	45,6	
Total	82	100	316	100	
Situação conjugal					
Não casados	38	46,3	130	41,1	0,395
Casados/em união	44	53,7	186	58,9	
Total	82	100	316	100	
Número filhos					
Um	22	34,9	88	35,8	0,900
Dois ou mais	41	65,1	158	64,2	
Total	63	100	246	100	
Classe econômica					
C1, C2, D, E	32	39,5	145	50,0	0,095
A1, A2, B1, B2	49	60,5	145	50,0	
Total	81	100	290	100	
Percepção saúde					
Regular/ruim/muito ruim	35	42,7	49	15,5	<0,001
Muito boa / boa	47	57,3	268	84,5	
Total	82	100	317	100	
IPAQ					
Baixo/moderado	29	35,4	119	37,7	0,702
Alto	53	64,6	197	62,3	
Total	82	100	316	100	

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

*Qui-quadrado

No que diz respeito às características e condições de trabalho, 87,3% dos ACS possuíam um emprego, 84,3% trabalhavam até 40 horas semanais, 91,5% referiram que não

sofreram acidente de trabalho nos últimos 12 meses, 63,4% trabalhavam na APS a mais de 10 anos e 87,8% não trabalhavam a noite.

Em relação ao Modelo demanda-controle, houve predomínio do trabalho de alta exigência 32,5% (alta demanda e baixo controle), que é o grupo de exposição para o estresse psicossocial no trabalho, seguido pelo trabalho passivo 31,8% (baixa demanda e baixo controle), segunda combinação mais danosa para a saúde do trabalhador. Entre os ACS, 70,1% apresentaram alto apoio social no trabalho e 53,0% apresentaram boa ou ótima capacidade para o trabalho. A prevalência de sinais e sintomas de depressão esteve associada na análise bivariada com as seguintes variáveis ocupacionais: modelo demanda-controle ($p = 0,002$), índice de capacidade para o trabalho ($p < 0,001$) e apoio social ($p = 0,011$) (Tabela 2).

Por meio da razão de prevalência bruta foi possível observar que a prevalência de sintomas depressivos foi mais frequente em ACS com trabalhos de alta exigência ($RP = 3,69$; IC 1,63-8,27) ($p < 0,001$), que possuíam percepção de saúde ruim ($RP = 2,79$; IC 1,94-4,02) ($p < 0,001$), com baixa ou moderada capacidade para o trabalho ($RP = 4,68$; IC 2,81-7,79) ($p < 0,001$), com baixo apoio social ($RP = 1,65$; IC 1,13-2,43) ($p = 0,011$) e das classes econômicas C, D e E, ($RP = 0,72$; IC 0,48-1,06) ($p = 0,095$) (Tabela 3).

As variáveis que permaneceram associadas à prevalência de sinais e sintomas de depressão no modelo múltiplo, de acordo com a razão de prevalência ajustada pela regressão de Poisson foram: baixa capacidade para o trabalho ($RP_{ajustada} = 1,11$; IC95% 1,04-1,19) ($p = 0,002$), baixo apoio social ($RP_{ajustada} = 1,08$; IC95% 1,01-1,15) ($p = 0,020$) e das classes econômicas C, D e E ($RP_{ajustada} = 0,94$; IC95% 0,88-0,99) ($p = 0,038$). Portanto, ter baixa capacidade para o trabalho e baixo apoio social configuraram-se como fator de risco para a prevalência de sinais e sintomas de depressão e pertencer as classes econômicas C, D e E se comportou como fator de proteção para o desfecho estudado (Tabela 3).

Tabela 2 – Associação entre as variáveis ocupacionais e a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400)

Variáveis	Depressão maior presente		Depressão maior ausente		p valor*	
	N	%	N	%		
Modelo Demanda						
Controle						
Alta exigência	39	47,6	90	28,4	0,002	
Trabalho passivo	24	29,3	103	32,5		
Trabalho ativo	13	15,8	57	18,0		
Baixa exigência	6	7,3	67	21,1		
Total	82	100	317	100		
ICT						
Baixo/moderado	66	80,5	120	38,1	<0,001	
Bom/ótimo	16	19,5	195	61,9		
Total	82	100	315	100		
Apoio Social						
Baixo	34	41,5	85	27,0	0,011	
Alto	48	58,5	230	73,0		
Total	82	100	315	100		
Nº de empregos						
Dois ou mais	11	13,4	40	12,6	0,847	
Um	71	86,6	277	87,4		
Total	82	100	317	100		
Carga horária semanal						
Mais de 40 horas	12	14,6	51	16,1	0,748	
Até 40 horas	70	85,4	266	79,4		
Total	82	100	317	100		
Acidente de trabalho						
últimos 12 meses						
Sim	9	11,0	25	7,9	0,372	
Não	73	89,0	292	92,1		
Total	82	100	317	100		
Tempo trab. APS						
Mais de 10 anos	49	59,8	204	64,6	0,421	
Até 10 anos	33	40,2	112	35,4		
Total	82	100	316	100		
Trabalho noturno						
Sim	10	12,2	39	12,3	0,979	
Não	72	87,8	278	87,7		
Total	82	100	317	100		

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

*Qui-quadrado

Tabela 3 – Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400)

Categorias	Razão de prevalência bruta*	p valor	Razão de prevalência ajustada** ¹	p valor
Modelo Demanda				
Controle				
Alta exigência	3,69 (1,63 - 8,27)	p<0,001	1,09 (1,00 - 1,18)	p=0,036
Trabalho passivo	2,29 (0,99 - 5,36)	p=0,042	1,07 (0,99 - 1,15)	p=0,087
Trabalho ativo	2,26 (0,91 - 5,61)	p=0,068	1,06 (0,97 - 1,16)	p=0,182
Baixa exigência	1		1	
Percepção de saúde				
Ruim	2,79 (1,94 - 4,02)	p<0,001	1,08 (0,99 -1,17)	p=0,075
Boa	1		1	
ICT				
Baixo/moderado	4,68 (2,81 - 7,79)	p<0,001	1,11 (1,04 -1,19)	p=0,002
Bom/ótimo	1		1	
Apoio Social				
Baixo	1,65 (1,13 - 2,43)	p=0,011	1,08 (1,01 - 1,15)	p=0,020
Alto	1		1	
Classe econômica				
Classes C, D, E	0,72 (0,48 - 1,06)	p=0,095	0,94 (0,88 - 0,99)	p=0,038
Classes A, B	1		1	

*Qui-quadrado

**Regressão de Poisson

Em relação à qualidade de vida, os domínios que apresentaram maiores médias foram o psicológico (71,72), seguido do domínio relações sociais (71,17). Quando associados a prevalência de sinais e sintomas de depressão, o domínio relações sociais apresentou maior média (63,84 IC 60,55-67,12). Após a análise múltipla por regressão de Poisson, os domínios da qualidade de vida que se associaram a prevalência de sinais e sintomas de depressão foram: o físico (RPajustada = 0,99; IC 0,99-1,00) (p = 0,032) e o psicológico (RPajustada = 0,99; IC 0,98-0,99) (p <0,001), sendo que ambos se comportaram como fator de proteção para a prevalência de sinais e sintomas de depressão (Tabela 4).

¹ As variáveis do MDC se associaram a variável do PHQ 9 na análise bivariada. Mas na análise multivariada (Regressão de Poisson) as variáveis do MDC perderam a significância estatística e não melhorou o ajuste do modelo. Dessa forma, não foram incluídas no modelo final.

Tabela 4 – Variáveis da qualidade de vida associadas a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400)

Domínios Qualidade de vida	Média	DP	Depressão maior presente	Depressão maior ausente	RP ajustada*	p valor
			Média e IC	Média e IC		
Físico	68,31	15,87	53,90(50,54-57,25)	72,05(70,52-73,57)	0,99 (0,99 - 1,00)	0,032
Psicológico	71,72	13,50	58,36(55,07-61,65)	75,20(74,01-76,38)	0,99 (0,98 - 0,99)	<0,001
Relações sociais	71,17	14,87	63,84(60,55-67,12)	73,07(71,48-74,65)	1,00 (0,99- 1,00)	0,364
Meio ambiente	57,40	12,24	50,84(48,05-53,62)	59,15(57,87-60,43)	1,00(0,99- 1,00)	0,830

Legenda: Desvio-Padrão (DP); Razão de Prevalência (RP); Intervalo de Confiança (IC)

*Regressão de Poisson

Discussão

A população deste estudo foi predominantemente composta por mulheres (91,2%), no entanto não houve associação estatisticamente significativa da variável sexo com a prevalência de sintomas de depressão. Apesar disso, a literatura evidencia que a doença predomina entre as mulheres tanto no Brasil, quanto no mundo, sendo considerada um dos transtornos mentais mais frequentes e uma das principais causas de incapacidade, impactando na carga global de doenças (Munhoz *et al.*, 2016; Organização Panamericana de Saúde, 2018).

A este respeito, em um estudo desenvolvido com 3.010 trabalhadores chilenos, pertencentes a todos os níveis socioeconômicos, observou-se que a exposição aos fatores de risco ocupacionais psicossociais e a prevalência de sintomas depressivos foi maior no sexo feminino. Os autores reforçam que as diferenças de gênero são muito importantes quando se analisa a relação entre saúde mental e trabalho, uma vez que além de estarem mais expostas a riscos psicossociais oriundos da organização do trabalho, também estão expostas a jornadas duplas de trabalho proveniente de tarefas domésticas e de cuidados (Ansoleaga, Vézina e Montaño, 2014).

A prevalência de depressão entre os ACS no presente estudo foi de 20,6%, semelhante a resultados encontrados em outras pesquisas nacionais que avaliaram o mesmo desfecho. Em um estudo desenvolvido em São Paulo com 2940 trabalhadores de saúde da APS, a prevalência de provável depressão maior entre os ACS foi de 18%. Neste estudo, os ACS foram os profissionais mais propensos a apresentar sintomas depressivos e provável depressão maior quando comparados aos médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem (Silva *et al.*, 2016).

Em outro estudo realizado com trabalhadores da saúde no sul do Brasil, a prevalência de depressão nos ACS foi de 29,0% (Knuth *et al.*, 2015). Já na população brasileira, segundo dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde, estudo desenvolvido com 60202 indivíduos, 7,6% dos adultos referiram ter recebido diagnóstico prévio de depressão feito por médico ou profissional de saúde mental (Stopa *et al.*, 2015).

Alguns aspectos do trabalho dos ACS podem explicar a maior prevalência de depressão, como: indefinição das suas atribuições profissionais, baixa remuneração, dificuldades na implementação de ações coletivas e para trabalhar em equipe e o fato de trabalhar e residir na mesma comunidade, gerando desconforto devido ao seu envolvimento. Esta conjuntura, aliada às demandas dos usuários, pode desencadear desgaste e adoecimento e dessa forma, merece atenção especial dos gestores de saúde e do poder público (Alonso, Béguin e Duarte, 2018; Costa *et al.*, 2012).

A presença de sintomas depressivos entre os ACS foi associada neste estudo com a baixa capacidade para o trabalho e o baixo apoio social. Outras pesquisas indicam a associação dos sintomas depressivos com a capacidade para o trabalho, como é o exemplo do estudo desenvolvido por Castro *et al.*, (2018), em que a pior capacidade para o trabalho foi encontrada entre aqueles que avaliaram a sua saúde atual como ruim e que tiveram depressão.

Em um estudo realizado em Uberaba, um município de Minas Gerais, foi encontrado que a variável relacionada à saúde mental, que avalia sentimentos como nervosismo, depressão, felicidade e paz, apresentou associação significativa com a diminuição da capacidade para o trabalho entre os ACS (Paula *et al.*, 2015).

A depressão tem sido considerada um problema mundial de saúde pública, sendo nos dias atuais uma das principais causas de incapacidade e afastamentos do trabalho, causando repercussões sociais e econômicas (Knuth *et al.*, 2015; Organização Panamericana de Saúde, 2018).

Em relação ao apoio social, resultados semelhantes foram encontrados por Ansoleaga, Vézina e Montaño (2014), em que foram avaliados os sintomas depressivos associados com fatores de risco ocupacionais e psicossociais, segundo o sexo. Os autores concluíram que as mulheres com baixo apoio social no trabalho apresentaram chance maior de sintomas depressivos.

Os sintomas depressivos e provável depressão maior também foram associados a ter um trabalho com baixo apoio social em um estudo desenvolvido com profissionais da APS, no qual os ACS apresentaram maior prevalência de depressão (Silva *et al.*, 2016). O apoio social no trabalho está relacionado à interação entre colegas e chefias para a realização das atividades, podendo contribuir para a diminuição do desgaste do trabalhador e dos riscos à saúde, além de ser um recurso importante no processo de enfrentamento das situações adversas. Por outro lado, o baixo apoio social pode impactar negativamente sobre a saúde do trabalhador e levar ao adoecimento (Alves *et al.*, 2004; Johnson e Hall, 1988; Mattos, Araújo e Almeida, 2017).

Como fatores de proteção para a depressão observaram-se neste estudo: pertencer as classes econômicas C, D e E e os domínios físico e psicológico da qualidade de vida.

Em relação à classificação econômica, resultados divergentes foram encontrados por Molina *et al.*, (2012) em que indivíduos pertencentes as classes econômicas D e E, segundo a ABEP, estavam mais deprimidos do que os indivíduos das outras classes econômicas e no estudo de Gonçalves *et al.*, (2018), no qual ter baixa renda foi associado a maior risco de apresentar depressão. Estes autores discutem que os fatores socioeconômicos estão fortemente relacionados à depressão, corroborando com o pressuposto de que as condições de vida e as condições sociais inadequadas são determinantes no desenvolvimento das doenças (Gonçalves *et al.*, 2018; Molina *et al.*, 2012).

Os domínios físico e psicológico da qualidade de vida também se associaram a prevalência de depressão, neste estudo. Vale destacar que, o domínio físico é composto por questões referentes à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento e capacidade para o trabalho. Já o domínio psicológico é constituído por questões relacionadas a sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais (Fleck *et al.*, 2000; *The Whoqol Group*, 1998).

Os aspectos que compõe tais domínios da qualidade de vida tem forte relação com os sintomas de depressão, uma vez que está remete a falta de ânimo e ao pessimismo, prejudica a autoestima, o interesse pelo mundo externo e a atividade sexual. Em muitas das vezes leva a sentimentos autopunitivos e descrença nas capacidades individuais. A atenção, a concentração e a memória podem ser afetadas devido a pensamentos ruminantes relativos aos problemas e preocupações extremas (Barbosa *et al.*, 2012). Essa relação pode explicar a associação destas variáveis e o comportamento protetor dos domínios físico e psicológico da qualidade de vida em ACS com depressão.

Na literatura científica existem evidências de que a depressão está associada a pior qualidade de vida (Briganti *et al.*, 2019; Lopez *et al.*, 2011; Zanoveli *et al.*, 2016). Segundo os autores, há uma relação inversa entre percepção de qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos, por exemplo, a percepção de um baixo nível de qualidade de vida é encontrada em indivíduos com altos níveis de sintomas depressivos. Nesse sentido, a melhora ou redução nos sintomas da depressão proporcionaria uma melhora na qualidade de vida (Lopez *et al.*, 2011).

Vale ressaltar que as prevalências observadas de depressão entre os ACS ameaçam a sustentabilidade de programas de atenção primária, gerando implicações para a saúde pública. Dessa forma, torna-se imperativo a assistência adequada aos trabalhadores com depressão, de modo que o diagnóstico e acesso ao tratamento sejam garantidos. Além disso, medidas de prevenção são essenciais, como a capacitação dos gerentes para fornecer *feedback* e a implementação de estratégias para incentivar a autonomia e o apoio social no trabalho (Silva *et al.*, 2016).

Considerações finais

Ao identificar a prevalência de depressão entre os ACS e quais fatores estão relacionados, torna possível direcionar estratégias para melhorar as condições de saúde e os processos de trabalho, além de evidenciar a importância da abordagem dos problemas de saúde mental.

Como limitação desta pesquisa destaca-se o tipo de desenho utilizado, pois os estudos transversais não permitem estabelecer uma relação temporal entre os eventos, ou seja, não se pode dar às relações entre exposição-desfecho caráter de causalidade.

Além disso, é necessária cautela na extração dos resultados para a população geral, tendo em vista que os ACS deste estudo possuem condições de saúde, ocupacionais e de estilo de vida que podem não refletir a realidade da população brasileira, mas permite a

comparação com populações com características semelhantes. Entretanto, o presente estudo tem relevância por se tratar de uma pesquisa com toda a população de ACS de um município, se caracterizando como um censo e a prevalência de depressão encontrada é coerente com a literatura sobre o assunto, legitimando os resultados apresentados.

Diante dos resultados encontrados, sugere-se: a criação de espaços/momentos para discussão das questões relacionadas à saúde mental e sua relação com o trabalho; o incentivo para a formação continuada dos ACS compatível com suas atribuições e que os gestores e demais membros da equipe possibilitem a participação dos ACS no planejamento e tomada de decisão das questões relacionadas ao cotidiano da APS.

Ademais, é necessário que haja a valorização destes trabalhadores que são essenciais para a consolidação da APS, bem como do SUS. Isso envolve, dentre outros fatores, a garantia de um plano de carreira digno; o desenvolvimento de educação continuada; a disponibilidade de materiais de consumo e permanente adequados para as atividades realizadas e ambientes de trabalho que promovam a saúde e a autonomia dos ACS.

Referências

- ALONSO, Carolina M. C.; BÉGUIN, Pascal D.; DUARTE, Francisco J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saude Publica*. v. 52, n.14, p. 1-13, 2018.
- ALVES, Márcia G. M. et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. *Rev. Saude Publica*. v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.
- ANSOLEAGA, Elisa; VÉZINA, Michel; MONTAÑO, Rosa. Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 107-118, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. *Critério de Classificação Econômica Brasil 2014*. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/09_cceb_2014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/09_cceb_2014%20(1).pdf). Acesso em: 08 de maio de 2018.

BAADER, Tomas M. et al. Validación y utilidade de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) em el diagnóstico de depresión em pacientes usuários de atención primaria em Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, v. 50, n. 1, p. 10-22, 2012.

BARBOSA, Khivia K. S. et al. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Rev Enferm UFSM*. v. 2, n. 3, p.515-522, 2012.

BENEDETTI, Tânia R. B. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Rev Bras Med Esporte*. v. 13, n. 1, p. 11-16, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 12 Dezembro de 2012.

BRASIL. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. *Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 27 de agosto de 2019.

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2017b.

BRIGANTI, Cauê P. et al. Association between diabetes mellitus and depressive symptoms in the Brazilian population. *Rev Saúde Pública*, v. 53, n. 5, p. 1-10, 2019.

CASTRO, Camila M. S. et al. Curso da vida e capacidade para o trabalho entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 52, Supl 2, p. 1-11, 2018.

CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

COSTA, Marta. C. et al. Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidades e limites. *Rev. Gaúcha Enferm*, v.33, n.3, p. 134-140, 2012.

FLECK, Marcelo P. A et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, n. 34, v.2, p.178-183, 2000.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. 3, e00012219, 2019.

GONÇALVES, Angela M. C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. v. 67, n. 2, p. 101-9, 2018.

- JOHNSON, Jeffrey V.; HALL, Ellen M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*. v. 78, n. 10, p.1336-42, 1988.
- KARASEK, Robert A.; THEORELL, Tores. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
- KNUTH, Berenice S. et al. Mental disorders among health workers in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2481-2488, 2015.
- KROENKE, Kurt; SPITZER, Robert L.; WILLIAMS, Janet B. W. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*, v.16, p. 606-613, 2001.
- LOPEZ, Mariane R. A. et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. v. 33 n. 2, p. 103-108, 2011.
- MARTINEZ, Maria C.; LATORRE, Maria R. D. O.; FISCHER, Frida M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1553–1561, 2010.
- MATTOS, Amália I. S.; ARAÚJO, Tânia M.; ALMEIDA, Maura M. G. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica*, v. 51, n. 48, p. 1-9, 2017.
- MELO, Cynthia F.; CAVALCANTE, Ana K. S.; FAÇANHA, Kleidiane Q. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. *Trab. Educ. Saude*, v. 17, n. 2, e0020132, p 1-21, 2019.
- MOLINA, Mariane R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. psiquiatr. clín.* v.39 n.6, p. 194-7, 2012.
- MUNHOZ, Tiago N. et al. A nationwide population-based study of depression in Brazil. *J Affect Disord*. v. 192, p. 226-33, 2016.
- OPENDATAKIT. *OpenDataKit: magnifying human resources through technology*. Disponível em: <https://opendatakit.org>. Acesso em: 25 de abril de 2018.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Folha informativa - Depressão*. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em: 24 de março de 2019.
- OSÓRIO, Flávia L. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, v. 45, p. 216–227, 2009.
- PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. (Saúde no Brasil, 1), (DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8). 2011.

PAULA, Ítalo R. et al. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.1, p.152-164, 2015.

PARDINI, Renato et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ-versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev. Bras. Ciênc. e Mov. Brasília*, v. 9, n. 3, p. 39–44, 2001.

SAMUDIO, Jania L. P. et al. Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária no Brasil: Multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trab. Educ. Saúde*, v. 15 n. 3, p. 745-769, 2017.

SANTOS, Iná S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública*, p. 29, n. 8, p. 1533-1543, 2013.

SILVA, Andréa T. C. et al. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. *Am J Public Health*. v. 106, n. 11, p. 1990-1997, 2016.

STOPA, Sheila R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*; v. 18 Suppl 2, p. 170-180; 2015.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. v. 28, p. 551–558, 1998.

TUOMI, Kaija et al. *Índice de capacidade para o trabalho*. Tradução Frida Marina Fischer. São Carlos: EDUFSCAR; 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Avaliação do perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil*. Salvador, 2015.

ZANOVELI, Janaina M. et al. Depression associated with diabetes: from pathophysiology to treatment. *Curr Diabetes Rev*. v. 12, n. 3, p. 165-78, 2016.

ARTIGO 2

Estresse psicossocial no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: prevalência e fatores associados

Psychosocial stress at work of Community Health Agents: prevalence and associated factors

Submetido a Revista Saúde em Debate

Denise Cristina Alves de Moura; Isabel Cristina Gonçalves Leite; Marluce Rodrigues Godinho; Rosangela Maria Greco.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES)

CONFLITO DE INTERESSE

Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

RESUMO: O presente estudo tem por objetivo analisar a associação entre o estresse psicossocial no trabalho e as variáveis ocupacionais, sociodemográficas e de estilo de vida dos Agentes Comunitários de Saúde. A pesquisa consiste em um estudo transversal, desenvolvido em todas as 43 Unidades Básicas de Saúde de um município mineiro que possuíam a atuação do Agente Comunitário na equipe. Os resultados mostraram, na análise multinomial, que o trabalho de alta exigência, grupo de exposição para o estresse psicossocial no trabalho, se associou com a baixa/moderada capacidade para o trabalho ($RP_{ajustada} = 2,31$; IC95% 1,12-4,78) ($p=0,024$) e com o baixo apoio social ($RP_{ajustada} = 3,02$ IC95% 1,37-6,63) ($p = 0,006$). Conclui-se portanto que, quando se trata de Agentes Comunitários de Saúde, com características semelhantes às dos participantes do presente estudo, é necessária

especial atenção à avaliação da capacidade para o trabalho e a um maior estímulo ao apoio social dos colegas e chefias, a fim de minimizar o risco de ocorrência do estresse psicossocial no trabalho.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Agentes comunitários de saúde. Estresse psicológico. Estresse ocupacional. Condições de trabalho.

ABSTRACT: This study aims to analyze the association between psychosocial stress at work and occupational, sociodemographic and lifestyle variables of Community Health Agents. The research consists of a cross-sectional study, developed in all 43 Basic Health Units of a mining municipality that had the role of Community Agent in the team. The results showed, in the multinomial analysis, that the high demand work, exposure group for psychosocial stress at work, was associated with low / moderate work ability (adjusted PR = 2.31; 95% CI 1.12-4 , 78) ($p = 0.024$) and low social support (adjusted PR = 3.02 95% CI 1.37-6.63) ($p = 0.006$). It is therefore concluded that, when it comes to Community Health Agents, with characteristics similar to those of the participants of this study, special attention is needed to assess work capacity and to encourage social support from colleagues and managers. in order to minimize the risk of psychosocial stress at work.

Keywords: Occupational health. Community health workers. Stress psychological. Occupational stress. Working conditions.

Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são uma categoria profissional considerada alicerce fundamental da Estratégia de Saúde da Família, na Atenção Primária à Saúde (APS) e, consequentemente, do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu trabalho constitui elemento estratégico para a construção efetiva de um modelo de atenção em saúde que supere a lógica assistencialista e biomédica tradicional. A atuação deste profissional na equipe favorece o entendimento do processo de adoecimento da população, levando em consideração os determinantes sociais, bem como o desenvolvimento de ações para promoção de estilos de vida saudáveis e educação em saúde^{1,2}.

No entanto, as atividades laborais dos ACS podem gerar alienação, sofrimento e angústia, com consequências para a saúde desses trabalhadores, conforme apontam alguns estudos. Tal situação, aliada à sobrecarga de trabalho, tem sido relacionada à vulnerabilidade destes profissionais e ao estresse, refletindo na qualidade da assistência prestada por estes trabalhadores³⁻⁵.

O estresse relacionado ao trabalho ocorre quando os indivíduos estão expostos a condições laborais que não são compatíveis com seus conhecimentos, habilidades e competências, ou seja, há um desequilíbrio entre as determinações do trabalho e os recursos ambientais ou pessoais, dificultando a capacidade de lidar com a situação. Pode ser caracterizado por reações fisiológicas, psicológicas, cognitivas e comportamentais direcionadas a alguns aspectos da organização, da gestão, do ambiente e das relações interpessoais no trabalho⁶⁻⁸.

O estresse ocupacional pode surgir em distintas ocasiões, mas está frequentemente presente quando a capacidade de uma pessoa de controlar as demandas no trabalho está ameaçada⁶. Nesse sentido, o Modelo Demanda-Controle (MDC) traz uma contribuição para o estudo do estresse psicossocial no trabalho, uma vez que leva em consideração as demandas do trabalho, os níveis de controle do trabalhador sobre seu próprio desempenho e o apoio social para execução do trabalho. Este representa um importante avanço teórico, pois abre a perspectiva para o desenvolvimento de estudos sobre as determinações macrossociais e organizacionais que determinam a liberdade de decisão^{9,10}.

Neste modelo, os indivíduos são classificados em quatro quadrantes, baseado na avaliação do equilíbrio entre demanda e controle: trabalhos estressantes são aqueles que envolvem alta demanda e baixo controle, também chamados de trabalho de alta exigência. Já os trabalhos que envolvem alta demanda e alto controle são denominados trabalho ativo e

possibilitam que o trabalhador desenvolva competências e habilidades em seu ambiente laboral. A baixa demanda e o baixo controle caracterizam o trabalho passivo, que pode levar à redução da capacidade para resolver problemas do cotidiano ocupacional e, a última combinação, é a baixa demanda e alto controle que resulta no trabalho de baixa exigência. Ademais, Johnson e Hall acrescentaram ao modelo de Karasek uma terceira dimensão, o apoio social proveniente de colegas e chefias para o desenvolvimento do trabalho¹⁰⁻¹².

Muitos são os desafios presentes no processo de trabalho do ACS e fica evidente que, os elementos limitantes de sua atuação são também geradores de estresse e desmotivação para o trabalho e estão, em sua maioria, relacionados à regulamentação profissional, fragilidade na formação e às condições laborais, merecendo atenção e justificando o desenvolvimento de estudos^{13,14}.

Assim, esta pesquisa tem por objetivo analisar a associação entre o estresse psicossocial no trabalho e as variáveis ocupacionais, sociodemográficas e de estilo de vida dos Agentes Comunitários de Saúde.

Material e Métodos

Esta pesquisa integra um estudo mais amplo, denominado: Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida.

Estudo transversal, desenvolvido com a população de ACS de um município mineiro, caracterizando-se como um censo. O estudo foi realizado em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuíam a atuação do ACS na equipe, totalizando 43 UBS.

Foram incluídos na presente pesquisa: ACS que estavam em exercício ativo da função durante o período de coleta de dados do referido município. Foram excluídos: ACS que não foram encontrados após três tentativas. A população de estudo inicialmente era composta por 500 ACS, após as exclusões, recusas e perdas, 400 ACS participaram da pesquisa, o que equivale a 80% de taxa de participação.

Os dados foram coletados nas UBS, ou seja, no local de trabalho dos ACS e foi realizada por meio do aplicativo *Open Data Kit* (ODK), que é um conjunto de ferramentas gratuito e de código aberto utilizado para criar, implementar e gerenciar soluções móveis de coleta de dados¹⁵.

A variável dependente desta pesquisa foi o estresse psicossocial no trabalho – Escala Sueca Demanda-Controle-Apoio Social no trabalho. A escala resumida do MDC contém 17 questões, previamente validadas para a língua portuguesa do Brasil por Alves *et al.*¹⁶ (2004),

tendo cinco questões para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para o apoio social no trabalho^{10,16-18}.

Os escores de cada dimensão do MDC foram obtidos somando-se as pontuações das respostas e, posteriormente, dividindo-se em duas categorias a partir da mediana, conforme estudo de Alves *et al.* (2004)¹⁶. Para a demanda, o ponto de corte foi de 14 pontos e os trabalhadores que obtiverem resultado de 5 a 14 pontos tiveram seus trabalhos classificados em baixa demanda e os valores >14, em alta demanda. Para o controle, o ponto de corte foi de 17 pontos e aqueles indivíduos que obtiverem pontuação entre 6 e 17 pontos foram classificados como baixo controle e os que tiverem >17 pontos, com alto controle no trabalho. O ponto de corte para o apoio social no trabalho foi a mediana (17 pontos), classificando os indivíduos com pontuação ≤17 pontos, com baixo apoio social e >17 pontos com alto apoio social.

As variáveis independentes da presente pesquisa foram as questões do perfil socioeconômico e demográfico; prevalência de sintomas depressivos; questões de estilo de vida como a percepção de saúde e a atividade física e questões ocupacionais que estão descritas abaixo.

Para a caracterização do perfil socioeconômico e demográfico foram utilizadas as seguintes questões: idade, cor/raça, situação conjugal, sexo, escolaridade, número de filhos e renda familiar mensal por meio do critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, classificação de 2014¹⁹.

A prevalência de sintomas depressivos foi avaliada por meio do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). A validade deste instrumento foi realizada por Kroenke; Spitzer; Williams, (2001)²⁰. Já a tradução para a língua portuguesa foi veiculada pela Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY). No Brasil, Osório *et al.* (2009)²¹ realizaram a validação. O instrumento reúne nove itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. Para estimar, como indicador positivo de depressão maior, utilizou-se o ponto de corte valor maior ou igual a 10, indicando depressão maior presente ou ausente.

Para a percepção de saúde, utilizou-se a questão: “De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde”. E para classificar o nível de atividade física, utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), validado no Brasil. O questionário é composto por oito questões que permitem estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa,

além da caminhada, em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer^{22,23}.

As questões utilizadas para as características e condições de trabalho foram: número de empregos, trabalho noturno, carga horária semanal de trabalho, tempo de trabalho na APS e uma questão sobre acidente de trabalho nos últimos 12 meses. Além dessas questões, em busca de avaliar a capacidade do indivíduo para lidar com as exigências do trabalho, utilizou-se o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), composto por 73 questões. O índice foi traduzido e adaptado para o Brasil por pesquisadores de universidades de São Paulo^{24,25}.

Os dados foram tratados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (Software SPSS[®]) versão 15. Para o cálculo do estresse psicossocial no trabalho utilizou-se a formulação dos quadrantes do Modelo Demanda-Controle, que define as seguintes categorias: trabalho de baixa exigência – grupo de referência; trabalho passivo; trabalho ativo e trabalho de alta exigência – grupo de exposição para o estresse psicossocial no trabalho.

Para verificar a associação entre o estresse psicossocial no trabalho e os fatores ocupacionais, sociodemográficos e de estilo de vida, na análise bivariada foram utilizados o teste estatístico qui-quadrado e exato de *Fischer*. As variáveis que apresentaram significância estatística igual ou inferior a 0,2 ($p<0,20$) na análise bivariada foram inseridas no modelo múltiplo e, aquelas que não apresentaram significância estatística foram retiradas do modelo final.

A análise multivariada foi obtida pela regressão logística multinomial. Esta é utilizada quando a variável dependente possui mais de duas categorias, como é o exemplo da formulação dos quadrantes do MDC. Nesta análise verificou-se a associação das variáveis independentes com o desfecho, no qual a categoria de referência foi o trabalho de baixa exigência. No modelo final foram mantidas as variáveis com $p\leq0,05$. As associações entre variáveis foram avaliadas por meio das razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa, sob o parecer 932.706 em 2015 e em 2018 teve seu cronograma de pesquisa prorrogado. Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, foram atendidos os princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e suas complementares²⁶. Além disso, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual foram informados sobre os objetivos do estudo.

Resultados

A população deste estudo foi composta por 91,2% de mulheres, sendo a média de idade dos ACS de 46 anos, (desvio-padrão \pm 10,2 anos e variabilidade de 25 a 73 anos). Quanto ao grau de escolaridade, 75,4% possuíam Ensino Médio completo, 53,6% eram da cor/raça não-branca e 64,5% possuíam dois filhos ou mais. Em relação ao estado civil, 57,6% eram casados ou viviam em união estável e a classificação econômica mostrou que 77,4% dos ACS pertenciam às classes B2 e C1. A autopercepção de saúde foi referida por 79% dos participantes como muito boa ou boa e 62,7% foram classificados com alto nível de atividade física de acordo com o IPAQ. A prevalência de sinais e sintomas de depressão foi observada em 20,6% dos ACS.

No que se refere aos quadrantes do MDC, houve predomínio do trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) em 32,5% dos ACS. A atividade com essa classificação abrange o grupo de exposição para o estresse psicossocial no trabalho, seguido do trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), que foi prevalente em 31,8% dos ACS e que se configura como a segunda combinação mais danosa para a saúde do trabalhador.

Na análise bivariada, as características que se associaram ao estresse psicossocial no trabalho foram as socioeconômicas: idade ($p=0,052$) e número de filhos ($p=0,032$) e as de saúde: nível de atividade física ($p=0,174$) e prevalência de sintomas depressivos ($p=0,002$) (Tabela 1).

TABELA 1

As características laborais possibilitaram identificar que 87,3% dos participantes possuíam somente um emprego, 84,3% trabalhavam até 40 horas semanais, 91,5% não sofreram acidente de trabalho nos últimos 12 meses, 63,4% trabalhavam na APS há mais de 10 anos e 87,8% não tinham trabalho noturno. Entre os ACS, 70,1% apresentaram alto apoio social no trabalho e 53,0% foram classificados com boa ou ótima capacidade para o trabalho. As variáveis dos quadrantes do MDC estiveram associadas, na análise bivariada, com as seguintes variáveis ocupacionais: capacidade para o trabalho ($p= 0,004$); apoio social ($p=0,001$) e tempo de trabalho na APS ($p=0,013$) (Tabela 2).

TABELA 2

Após o cálculo da razão de prevalência bruta, observou-se que o trabalho de alta exigência foi mais frequente nos ACS com sintomas depressivos ($RP = 1,51$; IC95% 1,27-1,80) ($p=<0,001$), com baixa/moderada capacidade para o trabalho ($RP = 1,39$; IC95% 1,13-1,73) ($p=0,002$) e com baixo apoio social ($RP = 1,34$; IC95% 1,10-1,62) ($p=0,007$). Já o trabalho passivo foi mais frequente entre os ACS com sintomas depressivos ($RP = 1,32$; IC95% 1,06-1,64) ($p=0,042$) e com mais de 46 anos ($RP = 0,79$; IC95% 0,63-0,99) ($p=0,032$) (Tabela 3).

TABELA 3

No entanto, no modelo múltiplo, as variáveis que permaneceram associadas ao estresse psicossocial no trabalho, de acordo com a razão de prevalência ajustada pela regressão multinomial, foram: a capacidade para o trabalho ($RP_{ajustada} = 2,31$; IC95% 1,12-4,78) ($p=0,024$) e o apoio social no trabalho ($RP_{ajustada} = 3,02$ IC95% 1,37-6,63) ($p = 0,006$). Portanto, os resultados mostraram que a baixa/moderada capacidade para o trabalho e o baixo apoio social comportaram-se como fatores de risco para o estresse psicossocial no trabalho (Tabela 4).

TABELA 4

Discussão

A prevalência do trabalho de alta exigência entre os ACS deste estudo foi de 32,5%, ou seja, grande parte dos trabalhadores apresentou um tipo de trabalho que pode desencadear o estresse psicossocial. Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa desenvolvida com ACS de um município baiano em que a prevalência do trabalho de alta exigência foi de 27,8%⁴. Resultados discrepantes também foram identificados na literatura, como em uma pesquisa com ACS de Aracaju (Sergipe), na qual a prevalência do trabalho de alta exigência foi de 15,3% e no estudo com ACS do município de Itabuna (Bahia) em que 20,1% dos ACS apresentaram este tipo de trabalho^{3,27}.

Em um estudo conduzido com profissionais de saúde de um hospital universitário Francês também encontrou alta prevalência de estresse no trabalho e síndrome de *Burnout*²⁸. No estudo Francês, assim como no presente estudo com os ACS e em outros, as relações

interpessoais no local de trabalho mostraram exercer influência no que diz respeito ao estresse no trabalho²⁸⁻³⁰.

No presente estudo, os ACS que apresentavam baixo apoio social advindo de colegas e chefias tiveram cerca de três vezes mais chance de estarem submetidos a um trabalho de alta exigência se comparados àqueles com alto apoio social.

Essa relação também é corroborada por outros autores, como Fadel et al. (2019)³¹ que, ao investigar a relação entre disposição ao estresse e processo de trabalho de docentes universitários, identificaram que os atritos com colegas de trabalho estão relacionados ao estresse³¹. Além disso, a experiência do estresse é intensificada se não houver nenhum suporte proveniente dos colegas de trabalho ou chefia. Desta forma, o isolamento social e a ausência de colaboração no ambiente ocupacional aumentam o risco de estresse prolongado no trabalho e os efeitos negativos relacionados à saúde⁶.

Outros autores ao buscarem conhecer em que medida os efeitos da fadiga e do estresse desencadeiam a Síndrome de *Burnout* (esgotamento profissional), concluíram em seu estudo que esses dois fatores são capazes de desencadear a síndrome, gerando níveis elevados de desgaste psíquico, entre outros agravos à saúde. Os autores sugerem que os programas de prevenção do adoecimento dos trabalhadores viabilizem a eles o apoio social, por meio de ações inovadoras e dinâmicas que estimulem a comunicação e o maior envolvimento entre os profissionais^{32,33}.

Outra associação significativa identificada no presente estudo foi entre a capacidade para o trabalho e o estresse psicossocial no trabalho. Os resultados da análise multivariada mostraram que os ACS que apresentaram capacidade para o trabalho baixa ou moderada tiveram cerca de duas vezes mais chance de estarem expostos a um trabalho de alta exigência.

De fato, estudos mostram haver relação significativa entre a capacidade para o trabalho e o estresse psicossocial, como é o exemplo de um estudo desenvolvido com trabalhadores de enfermagem, em que aqueles submetidos ao trabalho de alta exigência apresentam maiores chances de apresentarem redução da capacidade para o trabalho³⁴.

Outros estudos também evidenciaram esta relação, como em uma pesquisa realizada com funcionários de hospitais brasileiros, no qual os altos níveis de exposição a estressores psicossociais no trabalho foram associados à diminuição da capacidade para o trabalho. De acordo com as autoras, torna-se necessário implementar estratégias para minimizar os estressores psicossociais ocupacionais de forma a manter a capacidade para o trabalho, o que traz implicações para as políticas institucionais e sociais de promoção da saúde no trabalho³⁵.

Estudo recente realizado para avaliar a viabilidade de um programa para redução do estresse em profissionais da atenção primária brasileira, concluiu que existe uma significativa necessidade de intervenções para redução do estresse nesse contexto e que o programa baseado em *mindfulness* se mostrou viável. No entanto, ainda é preciso romper com algumas barreiras que podem dificultar sua implementação³⁶.

Ferreira et al. (2017)²⁹, ao buscarem identificar os fatores desencadeantes de estresse em trabalhadores de enfermagem em unidades de saúde da família e discutir as estratégias adotadas por esses trabalhadores para minimizar o estresse, concluíram que este pode ser bom e servir para impulsionar os profissionais em várias situações. No entanto, quando seus níveis ultrapassam os limites aceitáveis para cada indivíduo, pode ocasionar sérios problemas de saúde²⁹. Nesse sentido, outros autores discutem que a exposição repetida ao estresse no trabalho é nociva tanto à saúde física como mental e pode ser intensificada devido à vulnerabilidade do trabalhador ou à forma de enfrentamento aos estressores^{34,37}.

A análise e discussão dos fatores determinantes e condicionantes dos agravos e doenças psicossociais presente no processo de trabalho dos ACS, torna possível pensar em estratégias para a reorientação de políticas públicas e intervenções dirigidas aos mesmos³.

Considerações Finais

Pode-se concluir que o objetivo traçado para o presente estudo foi atingido, ao passo que foi identificada alta prevalência de estresse psicossocial no trabalho dos ACS e analisada sua associação com o baixo apoio social no trabalho e a baixa/moderada capacidade para o trabalho. Essas associações são corroboradas por estudos nacionais e internacionais e reforçam a necessidade de implementação e acompanhamento de estratégias de manejo das fontes geradoras de estresse para os trabalhadores em questão.

É importante ressaltar que, mesmo diante das limitações, o estudo é de grande relevância para os trabalhadores aqui analisados, sendo possível propor ações a nível local para melhoria das questões relacionadas ao estresse psicossocial no trabalho e os fatores a ele associados. Além disso, o estudo pode contribuir para a análise do trabalho e da saúde de profissionais com características semelhantes às dos ACS desse estudo.

Colaboradores

Os autores contribuíram substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuíram significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo e participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Nogueira ML, Oliveira MGA, Morel AP et al. A educação popular em saúde como base da preceptoria na formação técnica de agentes comunitários de saúde. Rev. APS [internet]. 2015 [acesso em 2019 Set 22]; 18(4):438-446. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15740>
2. Santana VC, Burlandy L, Mattos RA. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). Saúde Debate [internet]. 2019 [acesso em 2019 Set 21]; 43(120):159-169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0159.pdf>
3. Neves MO, Almeida THRC, Querino ADL et al. Aspectos psicossociais do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. Rev. Saúde Col. UEFS [internet]. 2017 [acesso em 2019 Mai 13]; 7(1):24-28. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1123/1278>
4. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados a qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2013 [acesso em 2019 Set 10]; 18(5):1375- 86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/23.pdf>
5. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. Saúde e Sociedade [internet]. 2012 [acesso em 2018 Ago 03]; 21(1):141-152. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/14.pdf>
6. Organização Mundial da Saúde. Conscientização sobre o Estresse no Trabalho nos Países em Desenvolvimento - Um risco moderno em um ambiente de trabalho tradicional. Tradução: Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul - SESI-RS, 2018.
7. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT et al. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. Rev. Gaúcha Enferm [internet]. 2018 [acesso em 2019 Set 15]; 39:e65127:1-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e65127.pdf>
8. Silva JLL, Coutinho GBF, Silva ENC et al. Riscos psicossociais em enfermagem de terapia intensiva: reflexão sobre possíveis soluções. Rev Enferm UFSM [internet]. 2017 [acesso em 2019 Set 20]; 7(4):736-745. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/24494/pdf>
9. Seligmann-Silva, E. Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.
10. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
11. Birolim MM, Mesas AE, González AD et al. Trabalho de alta exigência entre professores: associações com fatores ocupacionais conforme o apoio social. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2019 [acesso em 2019 Set 04]; 24(4):1255-1264. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n4/1413-8123-csc-24-04-1255.pdf>

12. Alves MGM, Braga VM, Faerstein E et al. Modelo demanda-controle de estresse no trabalho: considerações sobre diferentes formas de operacionalizar a variável de exposição. Cad. Saúde Pública. [internet]. 2015 [acesso em 2019 Jul 20]; 31(1):208-212. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/pt_0102-311X-csp-31-01-00208.pdf
13. Samudio JLP, Brant LC, Martins ACFDC et al. Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. Trab. Educ. Saúde [internet]. 2017 [acesso em 2019 Mai 03]; 15(3):745-770. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0745.pdf>
14. Costa MC, Silva EB, Jahn AC et al. Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidades e limites. Rev. Gaúcha Enferm. [internet]. 2012 [acesso em 2019 Set 06]; 33(3):134-140. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v33n3/18.pdf>
15. OpenDataKit. OpenDataKit: magnifying human resources through technology. [internet]. [data desconhecida] [acesso em 2018 abr 25]. Disponível em: <https://opendatakit.org>
16. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes C de S, Werneck GL. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. Rev Saúde Pública. [internet]. 2004 [acesso em 2017 Jun 22]; 38(2):164–71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19774.pdf>
17. Hökerberg YHM, Reichenheim ME, Faerstein E et al. Cross-cultural validity of the demand-control questionnaire: Swedish and Brazilian workers. Rev Saúde Pública [internet]. 2014 [acesso em 2017 Dez 05]; 48(3):486-496. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/0034-8910-rsp-48-3-0486.pdf>
18. Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health [internet]. 1988 [acesso em 2017 Fev 10]; 78(10):1336-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349434/pdf/amjph00249-0078.pdf>
19. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. [internet]. 2014. [acesso em 2018 mai 08]. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/09_cceb_2014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/09_cceb_2014%20(1).pdf).
20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Phq-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. [internet]. 2001 [acesso em 2017 Mar 08]; 16(9):606–13. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268/pdf/jgi_01114.pdf
21. Osório FL, Mendes AV, Crippa JA et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. Perspect Psychiatr Care [internet]. 2009 [acesso em 2017 Mai 05]; 45:216–27. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>
22. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde [internet]. 2001 [acesso em 2017 Jul 22]; 6(2):5–18. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931/1222>

23. Pardini R, Matsudo S, Araújo T et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ-versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. Rev Bras Ciênc e Mov Brasília [internet]. 2001 [acesso em 2017 Mai 05]; 9(3):45–51. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/393-1620-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/393-1620-1-PB%20(2).pdf)
24. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. Rev Saúde Pública [internet]. 2009 [acesso em 2017 Mar 10]; 43(3):525–32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/140.pdf>
25. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A et al. Índice de capacidade para o trabalho. Helsinki, Finlândia; 2005.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 Dez 2012.
27. Mota CM, Dosea GS, Nunes PS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2014 [acesso em 2019 Set 10]; 19(12):4719-4726. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04719.pdf>
28. Durand AC, [Bompard C](#), [Sportiello J](#) et al. Stress and burnout among professionals working in the emergency department in a French university hospital: Prevalence and associated factors. Work [internet]. 2019 [acesso em 2019 Set 17]; 63(1):57–67. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/work/wor192908>
29. Ferreira JS, Ribeiro KV, Caramuru PS et al. Stress and coping strategies in workers of nursing of a family health unit. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [internet]. 2017 [acesso em 2019 Set 22]; 9(3):818-823. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/5986-32837-1-PB.pdf>
30. Scholze AR, Martins JT, Robazzi MLCC et al. Estresse ocupacional e fatores associados entre enfermeiros de hospitais públicos. Cogitare Enfermagem [internet]. 2017 [acesso em 2019 Set 22]; 22(3):e50238. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50238/pdf>
31. Fadel CB, Flores MT, Brigola S et al. Processo de trabalho e disposição ao estresse entre docentes de ciências biológicas e da saúde. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [internet]. 2019 [acesso em 2019 Set 22]; 11(4):836–841. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/6666-42730-1-PB.pdf>
32. Esteves GGL, Leão AAM, Alves E. Fadiga e Estresse como preditores do Burnout em Profissionais da Saúde. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho [internet]. 2019 [acesso em 2019 Set 20]; 19(3):695–702. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v19n3/v19n3a08.pdf>
33. Azevedo BDS, Nery AA, Cardoso JP. Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing. Texto & Contexto – Enfermagem [internet]. 2017 [acesso em 2019 Set 17]; 26(1):e3940015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_1980-265X-tce-26-01-e3940015.pdf

34. Prochnow A, Magnago TSBS, Urbanetto JS et al. Work ability in nursing: relationship with psychological demands and control over the work. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2013 [acesso em 2019 Mai 15]; 21(6):1298-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/0104-1169-rlae-21-06-01298.pdf>
35. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. A cohort study of psychosocial work stressors on work ability among Brazilian hospital workers. Am J Ind Med [internet]. 2015 [acesso em 2019 Set 22]; 58(7):795-806. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ajim.22476>
36. Santiago PHR, Valle Serra e Meira LR, Colussi CF. Feasibility evaluation of a mindfulness-based stress reduction program for primary care professionals in Brazilian national health system. Complementary Therapies in Clinical Practice [internet]. 2019 [acesso em 2019 Set 21]; 35:8-17. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388118303670?via%3Dihub>
37. Tavares JP, Lautert L, Magnago TSBS et al. Relationship between psychosocial stress dimensions and salivary cortisol in military police officers. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2017 [acesso em 2019 Set 05]; 25(e2873):1-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5423763/pdf/0104-1169-rlae-25-2873.pdf>

Tabela 1 - Associação entre as variáveis socioeconômicas, relacionadas à saúde e os quadrantes do Modelo Demanda-Controle. Juiz de Fora, 2019 (N = 400).

Variáveis	Trabalho alta exigência	Trabalho passivo	Trabalho ativo	Trabalho baixa exigência	p valor*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Idade					
Mais de 46 anos	63(48,5%)	51(40,5%)	41(58,6%)	41(56,2%)	0,052
Até 46 anos	67(51,5%)	75(59,5%)	29(41,4%)	32(43,8%)	
Total	130(100%)	126(100%)	70(100%)	73(100%)	
Sexo					
Feminino	120(92,3%)	112(88,9%)	67(95,7%)	65(89,0%)	0,355
Masculino	10(7,7%)	14(11,1%)	3(4,3%)	8(11,0%)	
Total	130(100%)	126(100%)	70(100%)	73(100%)	
Escolaridade					
Ensino Fund. e Médio	89(76,1%)	101(82,2%)	49(80,3%)	54(77,1%)	0,599
Ensino Superior	28(23,9%)	21(17,2%)	12(19,7%)	16(22,9%)	
Total	117(100%)	122(100%)	61(100%)	70(100%)	
Raça					
Não branca	71(54,6%)	63(50,0%)	38(54,3%)	42(57,5%)	0,758
Branca	59(45,4%)	63(50,0%)	32(45,7%)	31(42,5%)	
Total	130(100%)	126(100%)	70(100%)	73(100%)	
Situação conjugal					
Não casados	51(39,2%)	60(47,6%)	28(40,0%)	30(41,1%)	0,541
Casados/em união	79(60,8%)	66(52,4%)	42(60,0%)	43(58,9%)	
Total	130(100%)	126(100%)	70(100%)	73(100%)	
Número filhos					
Um	46(43,4%)	36(37,5%)	10(20,0%)	18(31,0%)	0,032
Dois ou mais	60(56,6%)	60(62,5%)	40(80,0%)	40(69,0%)	
Total	106(100%)	96(100%)	50(100%)	58(100%)	
Classe econômica					
C1, C2, D, E	57(47,5%)	51(42,9%)	35(52,2%)	35(53,0%)	0,490
A1, A2, B1, B2	63(52,5%)	68(57,1%)	32(47,8%)	31(47,0%)	
Total	120(100%)	119(100%)	67(100%)	66(100%)	
Percepção saúde					
Ruim	33(25,4%)	20(15,7%)	16(22,9%)	15(20,5%)	0,287
Boa	97(74,6%)	107(84,3%)	54(77,1%)	58(79,5%)	
Total	130(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	
IPAQ					
Baixo/moderado	42(32,6%)	57(44,9%)	26(37,1%)	24(32,9%)	0,174
Alto	87(67,4%)	70(55,1%)	44(62,9%)	49(67,1%)	
Total	129(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	
Depressão					
Presente	39(30,2%)	24(18,9%)	13(18,6%)	6(8,2%)	0,002
Ausente	90(69,8%)	103(81,1%)	57(81,4%)	67(91,8%)	
Total	129(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

*Teste Qui-quadrado.

Tabela 2 - Associação entre as variáveis ocupacionais e os quadrantes do Modelo Demanda-Controle. Juiz de Fora, 2019 (N = 400)

Variáveis	Trabalho alta exigência	Trabalho passivo	Trabalho ativo	Trabalho baixa exigência	p valor*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
ICT					
Baixo/moderado	77(59,2%)	51(40,5%)	33(47,1%)	26(36,1%)	0,004
Bom/ótimo	53(40,8%)	75(59,5%)	37(52,9%)	46(63,9%)	
Total	130(100%)	126(100%)	70(100%)	72(100%)	
Apoio Social					
Baixo	53(40,8%)	39(31,2%)	11(15,7%)	16(21,9%)	0,001
Alto	77(59,2%)	86(69,8%)	59(84,3%)	57(78,1%)	
Total	130(100%)	125(100%)	70(100%)	73(100%)	
Nº de empregos					
Dois ou mais	15(11,5%)	15(11,8%)	11(15,7%)	10(13,7%)	0,829
Um	115(88,5%)	112(88,2%)	59(84,3%)	63(86,3%)	
Total	130(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	
Carga horária semanal					
Mais de 40 horas	21(16,2%)	16(12,6%)	15(21,4%)	11(15,1%)	0,441
Até 40 horas	109(83,3%)	111(87,4%)	55(78,6%)	62(84,9%)	
Total	130(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	
Acidente de trab últimos 12 meses					
Sim	15(11,5%)	9(7,1%)	6(8,6%)	4(5,5%)	0,436
Não	115(88,5%)	118(92,9%)	64(91,4%)	69(94,5%)	
Total	130(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	
Tempo trab. APS					
Mais de 10 anos	74(56,9%)	75(59,1%)	54(78,3%)	50(68,5%)	0,013
Até 10 anos	56(43,1%)	52(40,9%)	15(21,7%)	23(31,5%)	
Total	130(100%)	127(100%)	69(100%)	73(100%)	
Trabalho noturno					
Sim	15(11,5%)	13(10,2%)	12(17,1%)	9(12,3%)	0,552
Não	115(88,5%)	114(89,8%)	58(82,9%)	64(87,7%)	
Total	130(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

*Teste Qui-quadrado.

Tabela 3 - Razão de prevalência bruta das variáveis associadas aos quadrantes do Modelo Demanda-Controle Juiz de Fora, 2019. (N = 400).

Variáveis	Alta Exigência		Trabalho passivo		Trabalho ativo	
	RP bruta (IC95%)	p* valor	RP bruta (IC95%)	p* valor	RP bruta (IC95%)	p* valor
Depressão						
Presente	1,51(1,27-1,80)	<0,001	1,32(1,06-1,64)	0,042	1,49(1,04-2,13)	0,068
ausente	1		1		1	
IPAQ						
Baixo/	0,99(0,79-1,24)	0,963	1,19(0,97-1,47)	0,096	1,09 (0,78-1,55)	0,593
moderado						
Alto	1		1			
ICT						
Baixo/	1,39(1,13-1,73)	0,002	1,07(0,86-1,32)	0,544	1,25(0,90-1,74)	0,182
moderado						
Bom/ótimo	1		1		1	
Tempo de trab. APS						
Mais de 10 anos	0,84(0,69-1,03)	0,105	0,86(0,70-1,06)	0,184	1,31 (0,85-2,03)	0,189
Até 10 anos	1		1		1	
Apoio Social						
Baixo	1,34(1,10-1,62)	0,007	1,18(0,95-1,46)	0,159	0,80 (0,49-1,30)	0,343
Alto	1		1		1	
Idade						
Mais de 46 anos	0,89(0,73-1,10)	0,292	0,79(0,63-0,99)	0,032	1,05 (0,75-1,48)	0,771
Até 46 anos	1		1		1	
Número de filhos						
1 filho	1,19(0,96-1,49)	0,121	1,11(0,87-1,42)	0,415	0,71 (0,41-1,23)	0,192
2 filhos ou mais	1		1		1	

Trabalho de baixa exigência foi a referência do Modelo demanda-controle

RP: Razão de Prevalência

IC: Intervalo de confiança

*Teste Qui-quadrado

Tabela 4 - Razão de prevalência ajustada pela Regressão multinomial das variáveis associadas aos quadrantes do Modelo Demanda-Controle. Juiz de Fora, 2019 (N = 400).

	Alta Exigência	Trabalho passivo		Trabalho ativo		
Variáveis	RP ajustada (IC95%)	p valor*	RP ajustada (IC95%)	p valor*	RP ajustada (IC95%)	p valor*
Depressão						
Presente	2,74(0,93-8,05)	0,067	2,38(0,79-7,17)	0,125	2,08(0,61-7,07)	0,243
ausente	1		1		1	
IPAQ						
Baixo/ moderado	0,79(0,39-1,62)	0,534	1,21(0,59-2,49)	0,599	0,77(0,34-1,74)	0,530
Alto	1		1		1	
ICT						
Baixo/ moderado	2,31(1,12-4,78)	0,024	1,33(0,67-2,63)	0,420	1,27(0,56-2,88)	0,573
Bom/ótimo	1		1		1	
Tempo de trab. APS						
Mais de 10 anos	0,69(0,32-1,52)	0,367	0,96(0,44-2,09)	0,917	1,20(0,47-3,11)	0,698
Até 10 anos	1		1		1	
Apoio Social						
Baixo	3,02(1,37-6,63)	0,006	2,08(0,94-4,59)	0,070	0,68(0,24-1,95)	0,481
Alto	1		1		1	
Idade						
Mais de 46 anos	0,92(0,44-1,94)	0,826	0,74(0,35-1,53)	0,407	0,93(0,39-2,20)	0,876
Até 46 anos	1		1		1	
Número de filhos						
1 filho	1,65(0,78-3,49)	0,191	1,26(0,60-2,66)	0,536	0,59(0,23-1,51)	0,273
2 filhos ou mais	1		1		1	

Trabalho de baixa exigência foi a referência do Modelo Demanda-Controle

RP: Razão de Prevalência

IC: Intervalo de confiança

*Regressão multinomial

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu identificar a prevalência de sintomas de depressão e de estresse psicossocial no trabalho dos ACSs associados às variáveis sociodemográficas, ocupacionais autopercepção de saúde, atividade física e qualidade de vida. Na análise multivariada, a prevalência de depressão se associou à baixa/moderada capacidade para o trabalho, ao baixo apoio social, às classes econômicas C, D e E e ao domínio psicológico da qualidade de vida. Já o trabalho de alta exigência, grupo de exposição para o estresse psicossocial no trabalho, associou-se, na análise multivariada, à baixa/moderada capacidade para o trabalho e ao baixo apoio social. Assim, é possível concluir que o objetivo traçado para o presente estudo foi alcançado.

Como limitação desta pesquisa destaca-se o tipo de desenho utilizado, uma vez que estudos transversais não permitem estabelecer uma relação temporal entre os eventos, ou seja, não se pode dar às relações entre exposição-desfecho caráter de causalidade. Ademais, este tipo de estudo tem a finalidade de fazer um recorte de uma determinada realidade, para que a mesma possa ser analisada e, devido a essa característica, não é possível acompanhar a saúde desses trabalhadores ao longo dos anos ou mesmo avaliar exposições anteriores.

Além disso, é necessário cautela na extração dos resultados para a população geral, tendo em vista que os ACSs deste estudo possuem condições de saúde, ocupacionais e de vida que podem não refletir a realidade da população brasileira, mas permitem a comparação com populações com características semelhantes. Entretanto, o presente estudo tem relevância por se tratar de uma pesquisa com toda a população de ACS de um município, caracterizando-se como um censo e as prevalências de depressão e de estresse psicossocial no trabalho encontradas são coerentes com a literatura sobre o assunto, o que legitima os resultados apresentados.

Vale ressaltar que, mesmo diante das limitações, o estudo é de grande importância para os trabalhadores aqui analisados, sendo possível propor ações em nível local para melhoria das questões relacionadas à prevalência de depressão e de estresse psicossocial no trabalho e os fatores a eles associados.

Nesse sentido, sugere-se: o desenvolvimento de ações para manutenção da capacidade para o trabalho e para prevenção do adoecimento no ambiente laboral; a

criação de espaços/momentos para discussão das questões relacionadas à saúde mental e sua relação com o trabalho, com destaque para a depressão e o estresse; que os gestores e demais membros da equipe possibilitem a participação dos ACSs no planejamento e na tomada de decisão das questões relacionadas ao cotidiano da APS. E, ao considerar que as relações interpessoais exercem forte influencia sobre o estresse, a depressão e a saúde, torna-se importante que maior atenção seja dispensada por parte das chefias e colegas de trabalho ao suporte social direcionado aos ACSs.

Ademais, é necessário que haja valorização desses trabalhadores que são essenciais para a consolidação da APS, bem como do SUS. Isso envolve, entre outros fatores, a garantia de um plano de carreira digno; o incentivo para a formação continuada compatível com suas atribuições; a disponibilidade de materiais de consumo e permanente adequados para as atividades realizadas e a viabilização de ambientes de trabalho que promovam a saúde e a autonomia dos ACSs.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. A. T. Aspectos históricos e conceituais, princípios e importância da Atenção Primária à Saúde no Atual Cenário Nacional. In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. (Orgs.) **Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.
- AGUIAR, O. B.; FONSECA, M. J. M.; VALENTE, J. G. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do Questionário Demanda-Controle entre Trabalhadores de Restaurantes Industriais do Estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol.** v. 13, n. 2, p. 212-22, 2010.
- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev Saude Publica.** v. 52, n.14, p. 1-13, 2018.
- ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da —Job Stress Scale: adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública** v. 38; n. 2, p. 164-71, 2004.
- ALVES, M. G. M. et al. Modelo demanda-controle de estresse no trabalho: considerações sobre diferentes formas de operacionalizar a variável de exposição. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 208-212, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5.** 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- ANCHIETA, V. C. C. et al. Trabalho e Riscos de Adoecimento: Um Estudo entre Policiais Civis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 27, n. 2, p. 199-208, 2011.
- ANSOLEAGA, E.; VÉZINA, M.; MONTAÑO, R. Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n.1, p.107-118, 2014.
- ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho**: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo, Cortez, 8^a ed., 2002.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, n. 123, p. 407-427, 2015.
- ARAGÃO, J. A. Ocorrência de sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. **J Bras Psiquiatr.** v. 63, n. 4, p. 341-6, 2014.
- ARAUJO, A. C.; NETO, F. L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.** v. 16, n. 1, p. 67 - 82, 2014.

ARAÚJO, E. S.; BUCHALLA, C. M. Utilização da CIF em fisioterapia do trabalho: uma contribuição para coleta de dados sobre funcionalidade. **Acta Fisiatr.**; v. 20, n. 1, p. 1-7, 2013.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA-APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-5**. Porto Alegre: Artmed; 5^a ed. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil 2014**. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/09_cceb_2014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/09_cceb_2014%20(1).pdf). Acesso em: 08 de maio de 2018.

AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p. 349-360, 2011.

BAADER, T. M. et al. Validación y utilidade de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. **Revista chilena de neuro-psiquiatria**, v. 50, n. 1, p. 10-22, 2012.

BARBOSA, K. K. S. et al. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Rev Enferm UFSM**. v. 2, n. 3, p.515-522, 2012.

BARRETO, M.; HELOANI, J. R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serviço Social & Sociedade**, v. 123, p. 544-561, 2015.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**; v. 23, n. 2, p. 134, 2013.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. C.; MACIEL, J. G. F. S. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 103-117, 2011.

BIESHEUVEL, C. J. et al. Polytomous logistic regression analysis could be applied more often in diagnostic research. **J Clin Epidemiol.**, v 61, n. 2, p. 125-34, 2008.

BLEGER, J. **Psico-higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1984.

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

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R. BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Diário Oficial da União de 5 de outubro de 1999.

BRASIL. Lei Nº 11.350, de 5 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, DF, 2006a.

BRASIL. Lei 13.595/2018 de 05 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União de 8 de janeiro de 2018. Brasília, DF, 2018a.

BRASIL. Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Lei n. 8.080, Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Diário Oficial da União de 13 de julho de 2017. Brasília, DF, 2017c.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016 – 1º Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade. Brasília, DF; 2017. Disponível em:

<http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>.
Acesso em: 26 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora: cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS. Orgs. Álvaro Roberto Crespo Merlo, Carla Garcia Bottega, Karine Vanessa Perez; Augusto Franke Bier – Porto Alegre: Evangraf, 2014. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 83, de 10 de janeiro de 2018.** Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Agentes de Combates às Endemias – ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Diário Oficial da União de 12 de janeiro de 2018. Brasília, DF, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1823 de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS.** Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 12 Dezembro de 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM em 18 de dezembro de 1997.** Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1997a. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acesso em 08 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde.** Doenças Relacionadas ao Trabalho. Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997b.

BRASIL. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017a.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade. **Adoecimento Mental e Trabalho** - A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília: 2017b.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet.** v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Parecer nº 01/2018/COFEN.** Grupo de Trabalho sobre Programa de Formação de Agentes de Saúde – PROFAGS. 4 de abril de 2018.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA. **Resolução Nº 502/2018.** Dispõe sobre a Carteira de Serviços na Atenção Primária em Saúde dá outras providências. 2018. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/resolucao/2018/arquivos/502.pdf>. Acesso em: 07 de agosto de 2019.

COSTA, M. C. et al. Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.33 n.3, p. 134-140, 2012.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M. MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev Saúde Pública.** v. 42, n. 6, p. 992-8, 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 6^a edição, 2017a.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica no trabalho:** casos clínicos. Porto Alegre: Dublinense, 2017b.

DEJOURS, C. Subjetividade, Trabalho e Ação. **Revista Produção.** v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Possibilidades e desafios para a Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores na Atenção Primária. In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. (Orgs.) **Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde:** possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DUVAL, E.R.; JAVANBAKHT, A.; LIBERZON, I. Neural circuits in anxiety and stress disorders: a focused review. **Therapeutics and Clinical Risk Management;** v.11, p. 115-26, 2015.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. **Priorities for occupational safety and health research in Europe:** 2013-2020. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.

FARO, A. PEREIRA, M. E. Estresse, atribuição de causalidade e valência emocional: revisão da literatura. **Arq Bras Psicol.** v. 64, n. 2, p. 76-92, 2012.

FAUSTO, M. C. R. et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em debate,** v. 42, n. especial 1, p. 12-17, 2018.

FERNANDES, M. A. et al. Transtornos de ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. **Rev enferm UFPE on line.,** v. 11, n. 10, p. 3836-44, 2017.

FERREIRA, M. C., MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento** – o caso dos auditores fiscais da previdência social brasileira. Brasília: FENAFISP, 2003.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011.

FLECK, M. P. A et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, n. 34, v.2, p.178-183, 2000.

GIANNINI, S. P. P. **Distúrbio de voz relacionado ao trabalho docente: um estudo caso-controle**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

GIONGO, C. R.; MONTEIRO, J. K.; SOBROSA, G. M. R. Psicodinâmica do trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Temas psicol.** v.23, n.4, p. 803-814, 2015.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**; v. 35, n. 3, e00012219, 2019.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública**; v. 33, Sup 2, p. 1-21, 2017.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p.1963-1970, 2018.

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

GULA, P.; PINEHIRO, N. Entre o limite e a esperança: relato de uma experiência em psicologia institucional. **Psicologia ciência e profissão**, v. 27. n. 2, p. 358-367, 2007.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2003.

HÖKERBERG, Y. H. M. et al. Cross-cultural validity of the demand-control questionnaire: Swedish and Brazilian workers. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p.486-496, 2014.

HORTA, T. A. C. et al. **A Estratégia de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde - Juiz de Fora**. Prefeitura de Juiz de Fora. – Juiz de Fora (MG), 2014. 132 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População Juiz de Fora**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama> Acesso em: 22 de junho de 2019.

JACKSON FILHO, J. M. Desafios para a intervenção em saúde do trabalhador. **Rev Bras Saude Ocup**; v. 43, supl 1, e13s, p. 1-7, 2018.

JACQUES, M. G. O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia. **Psicologia & Sociedade**; v. 19, Edição Especial 1, p. 112-119, 2007.

JOHNSON, J. V.; HALL, E. M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **Am J Public Health**. v. 78, n. 10, p.1336-42. 1988.

KARASEK, R.; THEORELL, T. **Healthy work**: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. **J Gen Intern Med**, v.16, p. 606-613, 2001.

KUREBAYASHI, L. F. S. et al. Aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes para diminuição de estresse em profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 46, n. 1, p. 89-95, 2012.

KUSCHNIR, R. CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LACAZ, F. A. C. A (Contra) Reforma Trabalhista: lei 13.467/2017, um descalabro para a Saúde dos Trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**. v.24 n.3, 2019.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.47 n.5, p. 968-75, 2013.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev Bras Enferm**; v. 66, n. 4, p. 557-63, 2013.

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

LUCCA, S. R. Saúde, saúde mental, trabalho e subjetividade. **R. Laborativa**, v. 6, n. 1 (especial), p. 147-159, 2017.

MACINKO, J.; HARRIS, M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. **N Engl J Med.**, v. 372, n. 23, p. 2177-81, 2015.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em debate**, v. 42, n. especial 1, p. 18-37, 2018.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paul Enferm** v. 23, n. 6, p.811-7, 2010.

MANETTI, M. S.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estud Psicol.** v. 12, n. 1, p.79-85, 2007.

MARSIGLIA, R. M. G. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 20, n. 3, p. 317-325, 2012.

MARTINEZ, M. C. **Estudo dos fatores associados à capacidade para o trabalho em trabalhadores do setor elétrico**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. DO R. D. DE; FISCHER, F. M Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 525–32, 2009.

MARTINS, B. G. et al. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **J Bras Psiquiatr.** v. 68, n. 1, p. 32-41, 2019.

MARTINS, J. T. et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta paul. enferm.** v. 26 n.1, p. 63-70, 2013.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. v 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados a qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde, Jequié. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 5, p. 1375- 86, 2013.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reproduzibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2001.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**. v. 42, n. especial 1, p. 38-51, 2018.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In A M. Mendes (Ed.), **Psicodinâmica do trabalho**: Teoria, métodos e pesquisa. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MESQUITA, A. A. et al. Estresse e síndrome de burnout em professores: prevalência e causas. **Psicol Argum.** v. 31, n. 75, p. 627-35, 2013.

NEVES, M. O. et al. Aspectos psicossociais do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 7, n.1, p. 24-28, 2017.

NOGUEIRA, M. L. A educação popular em saúde como base da preceptoria na formação técnica de agentes comunitários de saúde. **Rev. APS.** v. 18, n. 4, p. 438-446, 2015.

OLIVEIRA, J. N.; MENDES, A. M. Sofrimento psíquico e estratégias defensivas utilizadas por desempregados: contribuições da psicodinâmica do trabalho. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 389-399, 2014.

OPENDATAKIT. **OpenDataKit**: magnifying human resources through technology. Disponível em: <https://opendatakit.org>. Acesso em: 25 de abril de 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Psychosocial risks and work-related stress**. Disponível em: http://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_108557/lang--en/index.htm. Acesso em: 07 de julho de 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa - Depressão**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em: 24 de março de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Atención Primaria de Salud**. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. Ginebra: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional De Doenças CID-10**. 2008. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 2004. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/11/CLASSIFICACAO-INTERNACIONAL-DE-FUNCIONALIDADE-CIF-OMS.pdf>. Acesso em: 08 de julho de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: OMS, 2013. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

OSÓRIO, F. L. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 45, p. 216–227, 2009.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. (Saúde no Brasil, 1); (DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8). 2011.

PARDINI, R.; MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R. et al. Validation of international physical activity questionnaire (IPAQ): pilot study in Brazilian young adults. **Medicine e Science in Sports and Exercise**, v.29, n.6, pp.5-9, 1997.

PARDINI, R. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ-versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciênc. e Mov. Brasília v**, v. 9, n. 3, p. 39–44, 2001.

PIOLA, S. F.; GOULART, F. A.; VIANNA, S. M. **Estudo Delphi sobre a estratégia de saúde da família e seu processo de trabalho**. Brasília, DF: UnB: ObservaRH, 2014.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. A cidade. Juiz de Fora - Apresentação. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/institucional/cidade/index.php>. Acesso em: 22 de junho de 2019.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde. Plano de Saúde 2018-2021. Juiz de Fora (MG), 2018. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano_saude_2018_2021.pdf. Acesso em: 07 de agosto de 2019.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde. Plano de Saúde 2014-2017. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano_saude_2014_2017.pdf. Acesso em: 25 de abril de 2018.

PROCHNOW, A. et al. Work ability in nursing: relationship with psychological demands and control over the work. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 6, p. 1298-305, 2013.

RIBEIRO, H. K. P. et al. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Rev. bras. saúde ocup.** v.44, e1, p. 1-8, 2019.

ROCHA, R. S. **Prevenção de doenças na perspectiva do estado vacinal em Agentes Comunitários de Saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017.

- ROCHA, S. R. A.; MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Sofrimento, distúrbios osteomusculares e depressão no contexto de trabalho: uma abordagem psicodinâmica. **Estudos e pesquisas em psicologia.** v. 12. n. 2. P. 379-394, 2012.
- ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saude soc. [online].** v.21, n.1, p.141-152, 2012.
- SALKOVSKIS, P. M. **Fronteiras da Terapia Cognitiva.** Tradução: Ana Maria Serra. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1^a edição, 2005.
- SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária no Brasil: Multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trab. Educ. Saúde,** v. 15 n. 3, p. 745-770, 2017.
- SANTANA, L. L. *et al.* Absenteeism due to mental disorders in health professionals at a hospital in southern Brazil. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 37, n. 1, p. 1-8, 2016.
- SANTOS, I. S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública,** v. 29, n. 8, p. 1533-1543, 2013.
- SANTOS, M. P. G.; SILVA, K. K. D. Níveis de estresse e qualidade de vida de professores do ensino superior. **Rev Enferm UFSM,** v. 7, n. 4, p. 656-668, 2017.
- SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e Desgaste Mental:** o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.
- SILVA, A. T. C. *et al.* Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. **American Journal of Public Health,** v. 106, n. 11, p. 1990-1997, 2016.
- SILVA, J. L. L. *et al.* Riscos psicosociais em enfermagem de terapia intensiva: reflexão sobre possíveis soluções. **Rev Enferm UFSM,** v.7, n.4, p. 736-745, 2017.
- SILVA JUNIOR, S. H. A. *et al.* Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cad. Saúde Pública,** v. 27, n. 6, p. 1077-1087, 2011.
- SILVA, M. P.; BERNARDO, M. H.; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Rev Bras Saude Ocup.** v. 41, n. e 23, p. 1-12, 2016.
- SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 22, n.6, 2017.
- SODRÉ, F. O Trabalho e as Redes. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.

SOUSA-UVA, A.; SERRANHEIRA, F. Trabalho e Saúde/(Doença):o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. **Rev Bras Med Trab.**, v.11, n.1, p.43-49, 2013.

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B. W. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. **JAMA**, v.282, n.18, p. 1737-44, 1999.

STANSFELD, S. A. *et al.* Repeated Job Strain and the Risk of Depression: Longitudinal Analyses From the Whitehall II Study. **American Journal of Public Health**. v. 102, n. 12, p. 2360-2366, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TANG, K. A reciprocal interplay between psychosocial job stressors and worker well-being? A systematic review of the “reversed” effect. **Scand J Work Environ Health**, v. 40, n. 5, p. 441-456, 2014.

TAVARES, J. P. *et al.* Relationship between psychosocial stress dimensions and salivary cortisol in military police officers. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 25, n. e2873, p. 1 -10, 2017.

TEJADA DE RIVERO, D. A. Lo que es la atención primaria de salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. **Rev Peru Med Exp Salud Pública**; v. 30, n. 2, p. 283-7, 2013.

TELES. M. A. B. *et al.* Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 12, n. 72, 2014.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**. v. 28, p. 551–558, 1998.

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

TUOMI, K. *et al.* **Índice de capacidade para o trabalho**. Tradução Frida Marina Fischer. São Carlos: EDUFSCAR; 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. **Avaliação do perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Salvador, 2015.

UNIVERSIDADE FEDRAL DE MINAS GERAIS. **Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde:** aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. Belo Horizonte Julho, 2010.

URBANETTO, J. S. *et al.* Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 1186-93, 2013.

VIAPINA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde doença. **Saúde debate**, v. 42, n. especial 4, p. 175-186, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Global Conference on Primary Health Care. **Declaration of Astana**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 17 de abril de 2019.

WRIGHT, K. Alleviating stress in the workplace: advice for nurses. **Nurs Stand**. v. 28, n. 20, p.37-42, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Resultados

Resultados do artigo *Prevalência de sintomas de depressão em Agentes Comunitários de Saúde*

Tabela 1 – Associação entre as variáveis socioeconômicas, relacionadas à saúde e a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400)

Variáveis	Depressão maior presente		Depressão maior ausente		p valor*
	N	%	N	%	
Idade					
Mais de 46 anos	39	47,6	156	49,4	0,771
Até 46 anos	43	52,4	160	50,6	
Total	82	100	316	100	
Sexo					
Feminino	77	93,9	286	90,5	0,333
Masculino	5	6,1	30	9,5	
Total	82	100	316	100	
Escolaridade					
Ensino Fund. e Médio	59	79,7	233	79,0	0,888
Ensino Superior	15	20,3	62	21,0	
Total	74	100	295	100	
Raça					
Não branca	41	50,0	172	54,4	0,474
Branca	41	50,0	144	45,6	
Total	82	100	316	100	
Situação conjugal					
Não casados	38	46,3	130	41,1	0,395
Casados/em união	44	53,7	186	58,9	
Total	82	100	316	100	
Número filhos					
Um	22	34,9	88	35,8	0,900
Dois ou mais	41	65,1	158	64,2	
Total	63	100	246	100	
Classe econômica					
C1, C2, D, E	32	39,5	145	50,0	0,095
A1, A2, B1, B2	49	60,5	145	50,0	
Total	81	100	290	100	
Percepção saúde					
Regular/ruim/muito ruim	35	42,7	49	15,5	<0,001
Muito boa/boa	47	57,3	268	84,5	
Total	82	100	317	100	
IPAQ					
Baixo/moderado	29	35,4	119	37,7	0,702
Alto	53	64,6	197	62,3	
Total	82	100	316	100	

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

*Qui-quadrado

Tabela 2 – Associação entre as variáveis ocupacionais e a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400)

Variáveis	Depressão maior presente		Depressão maior ausente		p valor*	
	N	%	N	%		
Modelo Demanda						
Controle						
Alta exigência	39	47,6	90	28,4	0,002	
Trabalho passivo	24	29,3	103	32,5		
Trabalho ativo	13	15,8	57	18,0		
Baixa exigência	6	7,3	67	21,1		
Total	82	100	317	100		
ICT						
Baixo/moderado	66	80,5	120	38,1	<0,001	
Bom/ótimo	16	19,5	195	61,9		
Total	82	100	315	100		
Apoio Social						
Baixo	34	41,5	85	27,0	0,011	
Alto	48	58,5	230	73,0		
Total	82	100	315	100		
Nº de empregos						
Dois ou mais	11	13,4	40	12,6	0,847	
Um	71	86,6	277	87,4		
Total	82	100	317	100		
Carga horária semanal						
Mais de 40 horas	12	14,6	51	16,1	0,748	
Até 40 horas	70	85,4	266	79,4		
Total	82	100	317	100		
Acidente de trabalho últimos 12 meses						
Sim	9	11,0	25	7,9	0,372	
Não	73	89,0	292	92,1		
Total	82	100	317	100		
Tempo trab. APS						
Mais de 10 anos	49	59,8	204	64,6	0,421	
Até 10 anos	33	40,2	112	35,4		
Total	82	100	316	100		
Trabalho noturno						
Sim	10	12,2	39	12,3	0,979	
Não	72	87,8	278	87,7		
Total	82	100	317	100		

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

*Qui-quadrado

Tabela 3 – Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400)

Categorias	Razão de prevalência bruta*	p valor	Razão de prevalência ajustada** ²	p valor
Modelo				
Controle				
Alta exigência	3,69 (1,63 - 8,27)	p<0,001	1,09 (1,00 - 1,18)	p=0,036
Trabalho passivo	2,29 (0,99 - 5,36)	p=0,042	1,07 (0,99 - 1,15)	p=0,087
Trabalho ativo	2,26 (0,91 - 5,61)	p=0,068	1,06 (0,97 - 1,16)	p=0,182
Baixa exigência	1		1	
Percepção de saúde				
Ruim	2,79 (1,94 - 4,02)	p<0,001	1,08 (0,99 - 1,17)	p=0,075
Boa	1		1	
ICT				
Baixo/moderado	4,68 (2,81 - 7,79)	p<0,001	1,11 (1,04 - 1,19)	p=0,002
Bom/ótimo	1		1	
Apoio Social				
Baixo	1,65 (1,13 - 2,43)	p=0,011	1,08 (1,01 - 1,15)	p=0,020
Alto	1		1	
Classe econômica				
Classes C, D, E	0,72 (0,48 - 1,06)	p=0,095	0,94 (0,88 - 0,99)	p=0,038
Classes A, B	1		1	

*Qui-quadrado

**Regressão de Poisson

² As variáveis do MDC se associaram a variável do PHQ 9 na análise bivariada. Mas na análise multivariada (Regressão de Poisson) as variáveis do MDC perderam a significância estatística e não melhorou o ajuste do modelo. Dessa forma, não foram incluídas no modelo final.

Tabela 4 – Variáveis da qualidade de vida associadas à prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, 2019 (n = 400)

Domínios Qualidade de vida	Média	DP	Depressão maior presente	Depressão maior ausente	RP ajustada*	p valor
			Média e IC	Média e IC		
Físico	68,31	15,87	53,90(50,54-57,25)	72,05(70,52-73,57)	0,99 (0,99 - 1,00)	0,032
Psicológico	71,72	13,50	58,36(55,07-61,65)	75,20(74,01-76,38)	0,99 (0,98 - 0,99)	<0,001
Relações sociais	71,17	14,87	63,84(60,55-67,12)	73,07(71,48-74,65)	1,00 (0,99- 1,00)	0,364
Meio ambiente	57,40	12,24	50,84(48,05-53,62)	59,15(57,87-60,43)	1,00(0,99- 1,00)	0,830

Legenda: Desvio-Padrão (DP); Razão de Prevalência (RP); Intervalo de Confiança (IC)

*Regressão de Poisson

Resultados do artigo *Estresse Psicossocial no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: prevalência e fatores associados*

Tabela 1 - Associação entre as variáveis socioeconômicas, relacionadas à saúde e os quadrantes do Modelo Demanda-Controle. Juiz de Fora, 2019 (N = 400).

Variáveis	Trabalho alta exigência	Trabalho passivo	Trabalho ativo	Trabalho baixa exigência	p valor*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Idade					
Mais de 46 anos	63(48,5%)	51(40,5%)	41(58,6%)	41(56,2%)	0,052
Até 46 anos	67(51,5%)	75(59,5%)	29(41,4%)	32(43,8%)	
Total	130(100%)	126(100%)	70(100%)	73(100%)	
Sexo					
Feminino	120(92,3%)	112(88,9%)	67(95,7%)	65(89,0%)	0,355
Masculino	10(7,7%)	14(11,1%)	3(4,3%)	8(11,0%)	
Total	130(100%)	126(100%)	70(100%)	73(100%)	
Escolaridade					
Fund./Médio	89(76,1%)	101(82,2%)	49(80,3%)	54(77,1%)	0,599
Ensino Superior	28(23,9%)	21(17,2%)	12(19,7%)	16(22,9%)	
Total	117(100%)	122(100%)	61(100%)	70(100%)	
Raça					
Não branca	71(54,6%)	63(50,0%)	38(54,3%)	42(57,5%)	0,758
Branca	59(45,4%)	63(50,0%)	32(45,7%)	31(42,5%)	
Total	130(100%)	126(100%)	70(100%)	73(100%)	
Situação conjugal					
Não casados	51(39,2%)	60(47,6%)	28(40,0%)	30(41,1%)	0,541
Casados/em união	79(60,8%)	66(52,4%)	42(60,0%)	43(58,9%)	
Total	130(100%)	126(100%)	70(100%)	73(100%)	
Número filhos					
Um	46(43,4%)	36(37,5%)	10(20,0%)	18(31,0%)	0,032
Dois ou mais	60(56,6%)	60(62,5%)	40(80,0%)	40(69,0%)	
Total	106(100%)	96(100%)	50(100%)	58(100%)	
Classe econômica					
C1, C2, D, E	57(47,5%)	51(42,9%)	35(52,2%)	35(53,0%)	0,490
A1, A2, B1, B2	63(52,5%)	68(57,1%)	32(47,8%)	31(47,0%)	
Total	120(100%)	119(100%)	67(100%)	66(100%)	
Percepção saúde					
Ruim	33(25,4%)	20(15,7%)	16(22,9%)	15(20,5%)	0,287
Boa	97(74,6%)	107(84,3%)	54(77,1%)	58(79,5%)	
Total	130(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	
IPAQ					
Baixo/moderado	42(32,6%)	57(44,9%)	26(37,1%)	24(32,9%)	0,174
Alto	87(67,4%)	70(55,1%)	44(62,9%)	49(67,1%)	
Total	129(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	
Depressão					
Presente	39(30,2%)	24(18,9%)	13(18,6%)	6(8,2%)	0,002
Ausente	90(69,8%)	103(81,1%)	57(81,4%)	67(91,8%)	
Total	129(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

*Qui-quadrado.

Tabela 2 - Associação entre as variáveis ocupacionais e os quadrantes do Modelo Demanda-Controle. Juiz de Fora, 2019 (N = 400)

Variáveis	Trabalho alta exigência	Trabalho passivo	Trabalho ativo	Trabalho baixa exigência	p valor*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
ICT					
Baixo/moderado	77(59,2%)	51(40,5%)	33(47,1%)	26(36,1%)	0,004
Bom/ótimo	53(40,8%)	75(59,5%)	37(52,9%)	46(63,9%)	
Total	130(100%)	126(100%)	70(100%)	72(100%)	
Apoio Social					
Baixo	53(40,8%)	39(31,2%)	11(15,7%)	16(21,9%)	0,001
Alto	77(59,2%)	86(69,8%)	59(84,3%)	57(78,1%)	
Total	130(100%)	125(100%)	70(100%)	73(100%)	
Nº de empregos					
Dois ou mais	15(11,5%)	15(11,8%)	11(15,7%)	10(13,7%)	0,829
Um	115(88,5%)	112(88,2%)	59(84,3%)	63(86,3%)	
Total	130(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	
Carga horária semanal					
Mais de 40 horas	21(16,2%)	16(12,6%)	15(21,4%)	11(15,1%)	0,441
Até 40 horas	109(83,3%)	111(87,4%)	55(78,6%)	62(84,9%)	
Total	130(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	
Acidente trabalho últimos 12 meses					
Sim	15(11,5%)	9(7,1%)	6(8,6%)	4(5,5%)	0,436
Não	115(88,5%)	118(92,9%)	64(91,4%)	69(94,5%)	
Total	130(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	
Tempo trab. APS					
Mais de 10 anos	74(56,9%)	75(59,1%)	54(78,3%)	50(68,5%)	0,013
Até 10 anos	56(43,1%)	52(40,9%)	15(21,7%)	23(31,5%)	
Total	130(100%)	127(100%)	69(100%)	73(100%)	
Trabalho noturno					
Sim	15(11,5%)	13(10,2%)	12(17,1%)	9(12,3%)	0,552
Não	115(88,5%)	114(89,8%)	58(82,9%)	64(87,7%)	
Total	130(100%)	127(100%)	70(100%)	73(100%)	

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

*Teste Qui-quadrado.

Tabela 3 - Razão de prevalência bruta das variáveis associadas aos quadrantes do Modelo Demanda-Controle Juiz de Fora, 2019. (N = 400).

Variáveis	Alta Exigência		Trabalho passivo		Trabalho ativo	
	RP bruta (IC95%)	p* valor	RP bruta (IC95%)	p* valor	RP bruta (IC95%)	p* valor
Depressão						
Presente	1,51(1,27-1,80)	<0,001	1,32(1,06-1,64)	0,042	1,49(1,04-2,13)	0,068
ausente	1		1		1	
IPAQ						
Baixo/ moderado	0,99(0,79-1,24)	0,963	1,19(0,97-1,47)	0,096	1,09 (0,78-1,55)	0,593
Alto	1		1		1	
ICT						
Baixo/ moderado	1,39(1,13-1,73)	0,002	1,07(0,86-1,32)	0,544	1,25(0,90-1,74)	0,182
Bom/ótimo	1		1		1	
Tempo de trab. APS						
Mais de 10 anos	0,84(0,69-1,03)	0,105	0,86(0,70-1,06)	0,184	1,31 (0,85-2,03)	0,189
Até 10 anos	1		1		1	
Apoio Social						
Baixo	1,34(1,10-1,62)	0,007	1,18(0,95-1,46)	0,159	0,80 (0,49-1,30)	0,343
Alto	1		1		1	
Idade						
Mais de 46 anos	0,89(0,73-1,10)	0,292	0,79(0,63-0,99)	0,032	1,05 (0,75-1,48)	0,771
Até 46 anos	1		1		1	
Número de filhos						
1 filho	1,19(0,96-1,49)	0,121	1,11(0,87-1,42)	0,415	0,71 (0,41-1,23)	0,192
2 filhos ou mais	1		1		1	

Trabalho de baixa exigência foi a referência do Modelo Demanda-Controle

RP: Razão de Prevalência

IC: Intervalo de confiança

*Teste Qui-quadrado

Tabela 4 - Razão de prevalência ajustada pela Regressão multinomial das variáveis associadas aos quadrantes do Modelo Demanda-Controle. Juiz de Fora, 2019 (N = 400).

	Alta Exigência	Trabalho passivo		Trabalho ativo		
Variáveis	RP ajustada (IC95%)	p valor*	RP ajustada (IC95%)	p valor*	RP ajustada (IC95%)	p valor*
Depressão						
Presente	2,74(0,93-8,05)	0,067	2,38(0,79-7,17)	0,125	2,08(0,61-7,07)	0,243
ausente	1		1		1	
IPAQ						
Baixo/ moderado	0,79(0,39-1,62)	0,534	1,21(0,59-2,49)	0,599	0,77(0,34-1,74)	0,530
Alto	1		1		1	
ICT						
Baixo/ moderado	2,31(1,12-4,78)	0,024	1,33(0,67-2,63)	0,420	1,27(0,56-2,88)	0,573
Bom/ótimo	1		1		1	
Tempo de trab. APS						
Mais de 10 anos	0,69(0,32-1,52)	0,367	0,96(0,44-2,09)	0,917	1,20(0,47-3,11)	0,698
Até 10 anos	1		1		1	
Apoio Social						
Baixo	3,02(1,37-6,63)	0,006	2,08(0,94-4,59)	0,070	0,68(0,24-1,95)	0,481
Alto	1		1		1	
Idade						
Mais de 46 anos	0,92(0,44-1,94)	0,826	0,74(0,35-1,53)	0,407	0,93(0,39-2,20)	0,876
Até 46 anos	1		1		1	
Número de filhos						
1 filho	1,65(0,78-3,49)	0,191	1,26(0,60-2,66)	0,536	0,59(0,23-1,51)	0,273
2 filhos ou mais	1		1		1	

Trabalho de baixa exigência foi a referência do Modelo Demanda-Controle

RP: Razão de Prevalência

IC: Intervalo de confiança

*Regressão multinomial

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de coleta de dados

BLOCO A

AN1 - Vamos começar, com perguntas sobre o seu estado de saúde.

A1. De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?	
1	Muito bom
2	Bom
3	Regular
4	Ruim
5	Muito ruim

BLOCO C

CN1 - Agora, nós queremos saber como você tem passado, nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui queremos saber apenas sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

C1. Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?			
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

C1.1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas			
0 Nenhuma vez	1 Vários dias	2 Mais da metade dos dias	3 Quase todos os dias

C1.2. Se sentir “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva.			
0 Nenhuma vez	1 Vários dias	2 Mais da metade dos dias	3 Quase todos os dias

C1.3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.			
0 Nenhuma vez	1 Vários dias	2 Mais da metade dos dias	3 Quase todos os dias

C1.4. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia.			
--------------------------------------------------	--	--	--

0 Nenhuma vez	1 Vários dias	2 Mais da metade dos dias	3 Quase todos os dias
---------------	---------------	---------------------------	-----------------------

C1.5. Falta de apetite ou comendo demais.

0 Nenhuma vez	1 Vários dias	2 Mais da metade dos dias	3 Quase todos os dias
---------------	---------------	---------------------------	-----------------------

C1.6. Se sentir mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a).

0 Nenhuma vez	1 Vários dias	2 Mais da metade dos dias	3 Quase todos os dias
---------------	---------------	---------------------------	-----------------------

C1.7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.

0 Nenhuma vez	1 Vários dias	2 Mais da metade dos dias	3 Quase todos os dias
---------------	---------------	---------------------------	-----------------------

C1.8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou inquieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.

0 Nenhuma vez	1 Vários dias	2 Mais da metade dos dias	3 Quase todos os dias
---------------	---------------	---------------------------	-----------------------

C1.9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a).

0 Nenhuma vez	1 Vários dias	2 Mais da metade dos dias	3 Quase todos os dias
---------------	---------------	---------------------------	-----------------------

C2. Se você assinalou QUALQUER um dos problemas citados acima (questão C1), indique o grau de DIFICULDADE que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

0 Nenhuma dificuldade	1 Alguma dificuldade	2 Muita dificuldade	3 Extrema dificuldade
-----------------------	----------------------	---------------------	-----------------------

C3 Nas ÚLTIMAS SEMANAS, você usou algum medicamento?

1 Sim	→ C3.1 Se SIM, que medicamento(s) você usou nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?
2 Não	—

BLOCO E

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

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

EN3 - Para responder as questões lembre-se que:

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

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

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

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

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

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

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

E2.1 Horas _____ E2.2 Minutos _____

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

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

E3.1 Dias _____ por SEMANA 0 Nenhum

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

E4.1 Horas _____ E4.2 Minutos _____

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

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

E5.1	Dias _____ por SEMANA	0 Nenhum
------	-----------------------	----------

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

E6.1 Horas _____	E6.2 Minutos _____
------------------	--------------------

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

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

E7.1 Horas _____	E7.2 Minutos _____
------------------	--------------------

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

E8.1 Horas _____	E8.2 Minutos _____
------------------	--------------------

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

G1. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos

G2. Atualmente você tem quantos empregos?

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

G3. Você trabalha durante a noite?

- 1 Sim
- 2 Não

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

G5. No trabalho, na **UAPS**, você se considera exposto a ... (pode marcar mais de uma opção)

- 1 Ruído muito elevado (só gritando no ouvido)
- 2 Ruído constante ou incômodo
- 3 Vibrações (oscilações ou tremores no corpo, ou nos membros)
- 4 Radiações (material radioativo, RX)
- 5 Calor intenso
- 6 Frio intenso
- 7 Poeiras ou gases
- 8 Agentes biológicos (contato ou manuseio de bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica vegetal ou animal) G5.1.

Especificar _____

- 9 Agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, etc)

G5.2. Especificar _____

G6. O seu trabalho, na **UAPS exige do seu corpo... (Pode marcar mais de uma opção)**

- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Gestos repetitivos |
| 2 | Posturas penosas (posições do corpo dolorosas, difíceis, desconfortáveis) |
| 3 | Esforços físicos intensos (cargas pesadas manuseadas ou movimentadas) |
| 4 | Permanecer muito tempo de pé na mesma posição |
| 5 | Permanecer muito tempo de pé com deslocamento (arrastar, puxar, empurrar, andar, etc) |
| 6 | Permanecer muito tempo sentado |
| 7 | Permanecer muito tempo no mesmo local |
| 8 | Subir e descer com muita freqüência |

G7. No seu trabalho, na **UAPS, você conta com quais das seguintes instalações?**

	Sim (1)	Não (2)
G7.1 Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados		
G7.2 Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos		
G7.3 Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza		
G7.4 Mobiliário adequado (mesas, cadeiras, etc)		
G7.5 Equipamentos e ferramentas adequados		

G8. No seu trabalho, na **UAPS, você conta com quais das seguintes condições de higiene e conforto?**

	Sim (1)	Não (2)
G8.1 Água potável		
G8.2 Álcool gel para higienização das mãos		
G8.3 Papel higiênico nos banheiros		
G8.4 Papel toalha nos banheiros		
G8.5 Sabonete líquido para higienização das mãos		

G9. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum acidente no trabalho?

1	Sim → G9.1. Que tipo de acidente _____
2	Não

G10. Quais equipamentos de proteção você tem a disposição no seu local de trabalho?		
G10.1 Equipamento de proteção individual ?	Sim (1)	Não (2)
G10.1.1 Quais? (Ex.:Luvas, jaleco, óculos, máscara, protetores auditivos, calçados de proteção)		
G10.2 Equipamento de proteção coletiva ?	Sim (1)	Não (2)
G10.1.2 Quais? (Ex.: silenciadores nas máquinas, climatização adequada, extintor de incêndio)		

G11. Em que ano você começou a trabalhar nesta UAPS?

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

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

G13. Qual a sua ocupação atual?

- 1 Agente Comunitário de Saúde
- 2 Assistente Social
- 3 Dentista
- 4 Enfermeiro (a)
- 5 Médico (a)
- 6 Fisioterapeuta
- 7 Auxiliar de Enfermagem
- Outro _____

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

- 1 Sim
- 2 Não

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

G16. Você recebe adicional de insalubridade?

- 1 Sim
- 2 Não

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

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

G26. Você pode escolher COMO fazer seu trabalho?			
1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada
G27. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?			
1 Frequentemente	2 Às vezes	3 Raramente	4 Nunca ou quase nada

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

G 28. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.			
1 Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente
G29. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.			
1 Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente
G30. Eu posso contar com o apoio de meus colegas de trabalho.			
1 Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente
G31. Se eu não estiver em um bom dia meus colegas compreendem.			
1 Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente
G32. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.			
1 Concordo totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente
G33. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.			
1 Concordo Totalmente	2 Concordo mais do que discordo	3 Discordo mais do que concordo	4 Discordo totalmente

BLOCO H

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

H1. Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com um X um número numa escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estou incapaz melhor para o trabalho trabalho	Estou em minha capacidade para o
------------------------------------------------------------	-------------------------------------

H2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas
do seu trabalho? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).

5 Muito Boa	4 Boa	3 Moderada	2 Baixa	1 Muito Baixa
-------------	-------	------------	---------	---------------

H3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação a exigências mentais de seu trabalho? (Por ex: interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.)

5 Muito Boa	4 Boa	3 Moderada	2 Baixa	1 Muito Baixa
-------------	-------	------------	---------	---------------

H4. Em sua **opinião**, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente? Marque **também** aquelas que foram **confirmadas pelo médico**.

	Não tenho	Em minha opinião	Diagnósti co médico
H4.1. Lesão nas costas	0	1	2
H4.2. Lesão nos braços/mãos	0	1	2
H4.3. Lesão em outras partes do corpo	0	1	2

H4.3.1. Onde?			
H4.3.2. Que tipo de lesão?			
H4.4. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	0	1	2
H4.5. Doença da parte inferior das costas, com dores frequentes	0	1	2
	Não tenho	Em minha opinião	Diagnóstico médico
H4.6. Dor nas costas que se irradia para perna (ciática)	0	1	2
H4.7. Doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	0	1	2
H4.8. Artrite reumatóide	0	1	2
H4.9. Outra doença músculo-esquelética	0	1	2
H4.9.1. Qual?			
H4.10. Hipertensão arterial (pressão alta)	0	1	2
H4.11. Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	0	1	2
H4.12. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	0	1	2
H4.13. Insuficiência cardíaca	0	1	2
H4.14. Outra doença cardiovascular	0	1	2
H4.14.1. Qual?			
H4.15. Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	0	1	2
H4.16. Bronquite crônica	0	1	2
H4.17. Sinusite crônica	0	1	2
H4.18. Asma	0	1	2
H4.19. Enfisema	0	1	2

H4.20. Tuberculose pulmonar	0	1	2
H4.21. Outra doença respiratória	0	1	2
H4.21.1. Qual? _____			
H4.22. Distúrbio emocional severo (depressão severa)	0	1	2
H4.23. Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão ansiedade, insônia)	0	1	2
H4.24. Problemas ou diminuição da audição	0	1	2
H4.25. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	0	1	2
H4.26. Doença neurológica (acidente vascular encefálico ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	0	1	2
H4.27. Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido	0	1	2
H4.27.1. Qual? _____			
	Não Tenho	Em minha opinião	Diagnóstico Médico
H4.28. Pedras ou doença da vesícula biliar	0	1	2
H4.29. Doença do pâncreas ou do fígado	0	1	2
H4.30. Úlcera gástrica ou duodenal	0	1	2
H4.31. Gastrite ou irritação do cólon	0	1	2
H4.32. Outra doença digestiva	0	1	2
H4.32.1. Qual? _____			
H4.33. Infecção das vias urinárias	0	1	2
H4.34. Doença dos rins	0	1	2

H4.35. Doença dos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou nas próstatas)	0	1	2
H4.36. Outra doença geniturinária	0	1	2
H4.36.1. Qual? _____			
H4.37. Alergia, eczema	0	1	2
H4.38. Outra erupção	0	1	2
H4.38.1. Qual? _____			
H4.39. Outra doença de pele	0	1	2
H4.39.1. Qual? _____			
H4.40. Tumor benigno	0	1	2
H4.41. Tumor maligno (câncer)	0	1	2
H4.41.1. Onde? _____			
H4.42. Obesidade	0	1	2
H4.43. Diabetes	0	1	2
H4.44. Bócio ou outra doença da tireóide	0	1	2
H4.45. Outra doença endócrina ou metabólica	0	1	2
H4.45.1. Qual? _____			
H4.46. Anemia	0	1	2
H4.47. Outra doença do sangue	0	1	2
H4.47.1. Qual? _____			
H4.48. Defeito do nascimento	0	1	2

H4.48.1. Qual? _____				
	Não Tenho	Em minha opinião	Diagnóstico Médico	
H4.49. Outro problema ou doença	0	1	2	
H4.49.1. Qual? _____				

H5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)				
6 Não há impedimento/Eu não tenho doenças.				
5 Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele (o trabalho) me causa alguns sintomas				
4 Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho				
3 Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho				
2 Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial				
1 Em minha opinião, estou totalmente incapacitado(a) para trabalhar				
H6. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?				
5 Nenhum				
4 Até 9 dias				
3 De 10 a 24 dias				
2 De 25 a 99 dias				
1 De 100 a 365 dias				
H7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos , fazer seu trabalho atual?				
1 É improvável				
4 Não estou muito certo				
7 Bastante provável				
H8. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias no trabalho?				
4 Sempre	3 Quase sempre	2 Às vezes	1 Raramente	0 Nunca

H9. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta no trabalho?				
4 Sempre	3 Quase sempre	2 Às vezes	1 Raramente	0 Nunca
H10. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?				
4 Continuamente	3 Quase sempre	2 Às vezes	1 Raramente	0 Nunca

BLOCO J

JN1 - Avaliação da Qualidade de Vida - WHOQOL – ABREVIADO

J1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?				
1 Muito ruim	2 Ruim	3 Nem ruim nem boa	4 Boa	5 Muito boa
J2. Quão satisfeito você está com sua saúde				
1 Muito insatisfeito	2 insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito

JN3 - As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas ultimas duas semanas.

	1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
J3. Em que medida acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
J4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
J5. O quanto você aproveita da vida?	1	2	3	4	5
J6. Em que medida acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
J7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

J8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
J9. Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

JN4 - As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completa mente
J10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
J11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
J12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
J13. Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
J14. Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

JN5 - As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

J15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1 Muito ruim	2 Ruim	3 Nem ruim nem bom	4 Bom	5 Muito bom
---------------------------------------------	--------------	--------	--------------------	-------	-------------

	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
J16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

J17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
J18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
J19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
J20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
J21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
J22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
J23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
J24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
J25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

JN6 - As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

J26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?				
1 Nunca	2 Algumas vezes	3 frequentemente	4 Muito frequentemente	5 Sempre

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

N1. Em relação ao seu nascimento responda:

N1.1 Em que dia você nasceu? _____

N1.2 Em que mês você nasceu? _____

N1.3 Em que ano você nasceu? _____

N2. Em relação à localidade de seu nascimento responda:

N2.1. Município: _____

N2.2. Estado: _____

N2.3. País: _____

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

- 1 Preta
- 2 Parda
- 3 Branca
- 4 Amarela
- 5 Indígena

N4. Atualmente, você é...

- 1 Casado(a) ou vive em união
- 2 Separado(a), ou divorciado(a)
- 3 Viúvo(a)
- 4 Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

N5. Qual o seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

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

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

N7. Qual a sua formação profissional? _____

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

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

N9. Você tem filhos?

- 1 Sim N9.1. Quantos? _____
- 2 Não

N10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora?

- 1 Menos de um ano
- 2 De 1 a 3 anos
- 3 De 4 a 6 anos
- 4 De 7 a 9 anos
- 5 10 ou mais anos

N11. A residência onde você mora é?

- 1 Própria já pago
- 2 Própria ainda pagando
- 3 Alugada
- 4 Cedida
- 5 Outra condição

N11.1. Qual? _____

<p>N12. Quantas pessoas moram com você ? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa)</p>	
<p>1 Mora sozinho (a) 2 De 1 a 3 pessoas 3 De 4 a 6 pessoas 4 De 7 a 9 pessoas 5 10 ou mais pessoas</p>	
<p>N13. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?</p>	
<p>1 Eu mesmo (a) 2 Meu cônjuge ou companheiro(a) 3 Eu e meu cônjuge, igualmente 4 Meu pai ou minha mãe 5 Meu filho ou minha filha 6 Não tem chefe 7 Outra pessoa N13.1. Quem? _____</p>	
<p>N14. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?</p>	
<p>1 Não frequentou escola 2 1º grau incompleto 3 1º grau completo 4 2º grau incompleto 5 2º grau completo 6 Universitário incompleto 7 Universitário Completo 8 Pós-graduação</p>	
<p>N15. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?</p>	
<p>1 Sim, uma 2 Sim, mais de uma 3 Não</p>	
<p>N16. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual a quantidade:</p>	
N16.1. Televisão	1 Sim N16.1.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.2. Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 Sim N16.2.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.3. Máquina de lavar roupa	1 Sim N16.3.1. Quantos? _____ 2 Não

N16.4. Videocassete ou DVD ou Blueray	1 Sim N16.4.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.5. Geladeira	1 Sim N16.5.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.6. Freezer	1 Sim N16.6.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.7. Microcomputador	1 Sim N16.7.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.8. Lava-Louças	1 Sim N16.8.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.9. Microondas	1 Sim N16.9.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.10. Motocicleta	1 Sim N16.10.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.11. Secador de Roupa	1 Sim N16.11.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.12. Banheiros	1 Sim N16.12.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.13. Automóveis	1 Sim N16.13.1. Quantos? _____ 2 Não
N17. No mês passado qual foi aproximadamente sua renda familiar Líquida , isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?	
1 Até 1 salário mínimo 2 Entre 1 e 2 salários mínimos 3 Entre 2 e 3 salários mínimos 4 Entre 3 e 4 salários mínimos 5 Entre 4 e 5 salários mínimos 6 Entre 5 e 6 salários mínimos 7 Entre 6 e 7 salários mínimos 8 Entre 7 e 8 salários mínimos 9 Entre 8 e 9 salários mínimos 10 Entre 9 e 10 salários mínimos 11 Mais de 10 salários mínimos	
N18. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. _____	

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Rosangela maria Greco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40343414.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 932.706

Data da Relatoria: 13/01/2015

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

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



Continuação do Parecer: 932.706

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

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

JUIZ DE FORA, 14 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

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

ANEXO C - Prorrogação do prazo de pesquisa



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

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

Pesquisador: Rosangela maria Greco

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40343414.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.480.054

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013. CNS. A emenda está bem justificada, pois trata de alteração no cronograma para finalização da pesquisa (solicitação de prorrogação de prazo).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Endereço:	JOSE LOURENCO KELMER 0/N	
Bairro:	SAO PEDRO	CEP: 36.036-900
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA	
Telefone:	(32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
		E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.480.054

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2019.

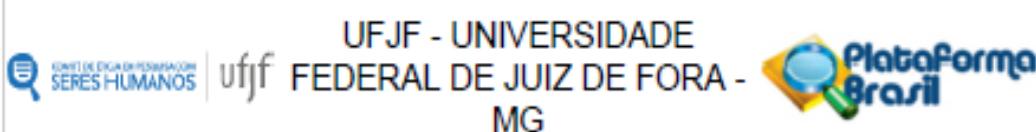
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a Emenda ao protocolo de pesquisa proposto, a qual solicita prorrogação no cronograma de execução. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1044145_E2.pdf	29/11/2017 21:30:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisa2017.pdf	29/11/2017 21:22:43	Rosangela maria Greco	Aceito
Outros	Curriculo Lattes Karine Martins.pdf	25/02/2015 09:29:24		Aceito
Outros	curriculo lattes Raquel Liquer .pdf	25/02/2015 09:29:09		Aceito
Outros	Curru00EDculo do Sistema de Curru00EDculos Lattes (Raphael Augusto Santiago).pdf	24/02/2015 10:33:36		Aceito
Outros	Curru00EDculo do Sistema de Curru00EDculos Lattes (Denise Cristina Alves de Moura).pdf	24/02/2015 10:33:17		Aceito
Outros	Curriculo Lattes - Gilmara Fernandes.pdf	24/02/2015 10:33:03		Aceito
Outros	Curriculo Lattes priscila nascimento.pdf	24/02/2015 10:32:41		Aceito

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



Continuação do Parecer: 2.480.064

Outros	Declaração de infra estrutura de Levy Gasparian.jpg	24/02/2015 10:31:38		Aceito
Outros	Autorização para coleta de dados de Levy Gasparian.jpg	24/02/2015 10:31:20		Aceito
Outros	Formulario coleta de dados - Trabalhadores da Atenção Primaria Saude (UAPS).pdf	24/02/2015 10:30:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Juiz de Fora e Levy Gasparian.pdf	24/02/2015 10:14:33		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.jpg	06/11/2014 16:37:58		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Girlene Alves da Silva).pdf	06/11/2014 16:33:39		Aceito
Outros	Curículo do Sistema de Curículos Lattes (Heloisa Campos Paschoalin).pdf	06/11/2014 16:33:16		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Isabel Cristina Gonçalves Leite).pdf	06/11/2014 16:32:25		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Maria Teresa Bustamante Teixeira).pdf	06/11/2014 16:32:03		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Rosangela Maria Greco).pdf	06/11/2014 16:31:37		Aceito
Outros	Termo de Autorização.jpg	06/11/2014 16:21:37		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 31 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Patricia Aparecida Fontes Vieira
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER 3/N	CEP: 36.036-900	
Bairro: SAO PEDRO	UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



ProPesq | Pró-Reitoria
de Pesquisa

Pró-Reitoria de Pesquisa

FACULDADE DE ENFERMAGEM

*PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: ROSÂNGELA
MARIA GRECO
FACENF/CCS – DEP.EBA/ CAMPUS
UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3821
E-MAIL: rosangela.greco@ufjf.edu.br*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”. Neste estudo pretendemos 1) Conhecer as condições de vida e saúde de Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde; 2) Descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde destes trabalhadores; 3) Analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde doença destes trabalhadores; 4) Contribuir para o desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde destes trabalhadores.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto se justifica, uma vez que os dados coletados poderão contribuir para uma visão ampliada do processo saúde doença dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde ao proporem uma nova compreensão da relação entre o trabalho e a saúde enfatizando o caráter social deste processo, não ignorando as características históricas e sociais.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de dados, em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com a sua permissão através de Tablete para posterior análise. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a resarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem- UFJF e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, Endereço _____, Telefone de contato: (_____) _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20_____

Nome Participante	Assinatura	Data
-------------------	------------	------

Nome Pesquisador	Assinatura	Data
------------------	------------	------

Nome Testemunha	Assinatura	Data
-----------------	------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF - JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900. FONE: (32) 2102-3788 E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

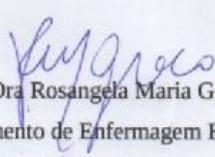
ANEXO E - Autorização para utilização do banco de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE BANCO DE DADOS**

Como coordenadora da pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde - condições de trabalho e de vida” declaro minha anuência para a utilização do banco de dados da mesma pela doutoranda Denise Cristina Alves de Moura.

Juiz de Fora, 24 de agosto 2017.


Profa. Dra Rosangela Maria Greco
Departamento de Enfermagem Básica
Faculdade de Enfermagem