

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DO TRABALHO

ALANA CELLE DE CARVALHO CHAGAS FERNANDES
LUCIANA SOUSA LOBÃO
ROSANA MARIA PAIXÃO CASTELLO BRANCO
VANESSA CARVALHO LOBATO DE CARVALHO

**RISCO OCUPACIONAL EM AGENTES COMUNITÁRIOS DAS EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA, SÃO LUÍS-MA**

São Luís
2008

ALANA CELLE DE CARVALHO CHAGAS FERNANDES
LUCIANA SOUSA LOBÃO
ROSANA MARIA PAIXÃO CASTELLO BRANCO
VANESSA CARVALHO LOBATO DE CARVALHO

**RISCO OCUPACIONAL EM AGENTES COMUNITÁRIOS DAS EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA, SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso ao Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho da Laboro-Excelência em Pós Graduação, Universidade Estácio de Sá para obtenção do Título de Especialista em Enfermagem do Trabalho.

Orientadora: Prof^a Dr^a Liberata Campos
Coimbra

São Luís
2008

Fernandes, Alana Celle de Carvalho Chagas

Risco ocupacional em agentes comunitários das equipes de saúde da família, São Luís-MA. / Alana Celle de Carvalho Chagas Fernandes, Luciana Sousa Lobão, Rosana Maria Paixão Castello Branco e Vanessa Carvalho Lobato de Carvalho. – São Luís, 2008.

39 f.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Liberata Campos Coimbra
Monografia (Especialização em enfermagem do trabalho) –
Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Risco ocupacional 2. Agentes comunitários 3. Estratégia Saúde da família I. Título

CDU

ALANA CELLE DE CARVALHO CHAGAS FERNANDES

LUCIANA SOUSA LOBÃO

ROSANA MARIA PAIXÃO CASTELLO BRANCO

VANESSA CARVALHO LOBATO DE CARVALHO

**RISCO OCUPACIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, EM
QUATRO EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso ao Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho da Laboro-Excelência em Pós Graduação, Universidade Estácio de Sá para obtenção do Título de Especialista em Enfermagem do Trabalho.

Orientadora: Prof^a Dr^a Liberata Campos
Coimbra

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Liberata Campos Coimbra (Orientadora)
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão -UFMA

Prof^a Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)
Mestre Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo - USP

RESUMO

O risco ocupacional representa um conjunto de fatores nocivos, os quais oferecem perigo à saúde do trabalhador e ainda hoje as doenças e acidentes no trabalho correspondem a grandes índices de morbimortalidade na população ativa. O objetivo deste estudo é avaliar o risco ocupacional dos agentes comunitários de saúde, durante suas atividades na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, onde se aplicou um questionário semi-estruturado aos agentes comunitários de saúde, que se dispuseram a participar da pesquisa, contemplando os aspectos pessoais, condições de trabalho realizado em duas unidades saúde da família, na cidade de São Luis-MA. A amostra foi composta por 25 agentes comunitários. Dentre os resultados, verificou-se que a faixa etária predominante foi de 36-40 anos (40%) 84% possui ensino médio, 14% não apresentam nenhum antecedente mórbidos, 35,7% referem ter problemas de coluna atualmente, 100% dos agentes estão satisfeito com a profissão, a maioria escolheu a profissão pela afinidade do trabalho na comunidade 55,8%. Em relação a residência na área onde trabalha, 96% residem na área próxima de seu trabalho, acompanham em média 150-190 família (60%) sendo que as doenças que mais acometem essas famílias é a hipertensão arterial (21%) referem ainda após sua iniciação no trabalho, a maioria adquiriu doenças osteomusculares (33,3%) queixam-se na grande maioria de dores musculares 22,3%. 100% relatam nunca ter sofrido acidentes no trabalho e os equipamentos de proteção são boné e sapato fechado (25%) 75% das orientações recebidas no trabalho são referentes a hipertensão, diabetes, hanseníase e Tb e ministradas na maioria pelos técnicos do município 25%. Diante do trabalho do agente na comunidade, com grandes responsabilidades e exposição à riscos como os demais profissionais, torna-se necessário gerenciar medidas de higiene ocupacional, com ações que garantem uma redução da morbimortalidade entre os profissionais.

Palavras-chaves: Risco ocupacional. Agentes comunitários. Estratégia Saúde da família.

ABSTRACT

The occupational risk represents a set of harmful factors, which offer to danger to the health diligent it and still today the illnesses and accidents in the work correspond the great indices of morbimortalidade in the active population. The objective of this study is to evaluate the occupational risk of the communitarian agents of health, during its activities in the Strategy Health of the Family. One is about a exploratório descutivo study with quantitative boarding, where if it applied a questionnaire half-structuralized to the communitarian agents or health, that if had made use to participate of the research, contemplating the personal aspects, conditions of work carried through in two units health of the family, in the city of Are Luis-HARM. The sample was composed for 25 communitarian agents. Amongst the results, 14% were verified that predominant the etária band was of 36-40 years (40%) 84% possess average education, do not present no antecedent mórbidos, 35.7% relate to currently have problems of column, 100% of the agents are satisfied with the profession, the majority chose the profession for the affinity of the work in community 55.8%. In relation the residence in the area where it works, 96% inhabit in work area ADESCRITA, follow 150-190 family on average (60%) being that the illnesses that more acometem these families are the arterial hipertensão (21%) still relate after its initiation in the work, the majority acquired illnesses osteomusculares (33.3%) complain in the great majority of muscular pains 22.3%. 100% never tell to have suffered accidents in the work and the protection equipment is cap and closed shoe (25%) 75% of the orientações received in the work is referring the hipertensão, diabetes, hanseníase and Tb and given in the majority for the technician of the city 25%. Ahead of the work of the agent in the community, with great responsibilities and exposition to the risks as the excessively professional ones, one becomes necessary to manage measured of occupational hygiene, with actions that guarantee a reduction of the morbimortalidade between the professionals.

Word-keys: Occupational risk. Communitarian agents. Strategy Health of the family.

LISTA DE TABELA

	p.
Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos 25 ACS por faixa etária, na ESF - São Luís - MA, 2006.....	19
Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos 25 ACS por grau de instrução, na ESF São Luís - MA, 2006.....	19
Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual das doenças mais comuns relatados pelos 25 ACS na ESF – São Luís - MA, 2006.....	20
Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual dos 25 ACS, em relação a maior motivação no ESF – São Luís - MA, 2006.....	22
Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual dos 25 ACS aos tipos de áreas consideradas de risco, na ESF – São Luís - MA, 2006	23
Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual do número de famílias que os 25 ACS acompanham na ESF – São Luís - MA, 2006	25
Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual das doenças que mais acometem as famílias acompanhadas pelos 25 ACS, na ESF – São Luís – MA, 2006	26
Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual das doenças adquiridas pelos 25 ACS, após ter iniciado as atividades na ESF, São Luís - MA, 2006	27
Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual das principais queixas relatados pelos 25 ACS, durante suas atividades na ESF, São Luís - MA, 2006	27
Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual dos equipamentos de proteção individuais que os 25 ACS, recebem ou fazem uso para exercer suas atividades na ESF – São Luís - MA, 2006.....	29
Tabela 11 - Distribuição numérica e percentual das orientações recebidas pelos 25 ACS, sobre as doenças e agravos existentes em sua área de atuação na ESF – São Luís - MA, 2006	29
Tabela 12 - Distribuição numérica e percentual dos profissionais que realizou as orientações para os 25 ACS, para exercício de suas atividades na ESF – São Luís – MA, 2006.....	30

LISTA DE FIGURAS

	p.
Figura 1 - Distribuição percentual dos 25 ACS, referentes aos antecedentes mórbidos na ESF – São Luís – MA, 2006	20
Figura 2 - Distribuição percentual dos ACS, em relação a satisfação pela profissão na ESF – São Luís- MA, 2006.....	21
Figura 3 - Distribuição percentual dos 25 ACS, referente a presença de áreas de risco na ESF – São Luís – MA, 2006.....	23
Figura 4 - Distribuição percentual dos 25 ACS, referente a residência próxima a área onde trabalha na ESF – São Luís – MA, 2006...	24
Figura 5 - Distribuição percentual dos 25 ACS, referente a jornada diária de trabalho, na ESF – São Luís – MA, 2006	25
Figura 6 - Distribuição percentual dos 25 ACS, referentes à férias, regularmente, na ESF - São Luís – MA, 2006	26
Figura 7 - Distribuição percentual dos 25 ACS, em relação a acidentes ocorridos durante suas atividades na ESF – São Luís – MA, 2006.....	28
Figura 8 - Distribuição percentual das principais dificuldades relatadas pelos 25 ACS, no seu trabalho na ESF – São Luís – MA, 2006.....	31

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Geral	11
2.2 Específicos	11
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3.1 Características do Programa Saúde da Família	12
3.2 O Agente Comunitário de Saúde como Membro da Equipe do PSF.....	13
3.3 Exposição de Riscos que o ACS sofrem no Decorrer de Suas Atividades..	15
4 METODOLOGIA	17
4.1 Tipo de Estudo	17
4.2 Local de Estudo.....	17
4.3 População	17
4.4 Instrumento de Coleta.....	18
4.5 Tratamento dos Dados.....	18
4.6 Considerações Éticas	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
6 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES.....	35
ANEXOS	37

1 INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional da Equipe Saúde da Família (ESF), que promove a interação mais direta e efetiva entre a comunidade e o serviço de saúde local, pois este mora na comunidade onde atua como profissional e está em contato permanente com as famílias que acompanha.

A proposta básica consiste no esclarecimento da população sobre cuidados com a saúde e seu encaminhamento à postos de saúde ou serviços especializados em caso de necessidades que não podem ser supridas pela atenção básica (FUJIWARA et al., 1998).

A Equipe Saúde da Família deve conter de cinco a oito Agentes Comunitários de Saúde, sendo que cada um é responsável pelo acompanhamento de até 150 famílias; seu trabalho é indispensável para uma assistência eficiente, pois sua residência na comunidade facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, além de estabelecer laços entre dois universos distintos que é o saber científico e o saber popular, fortalecendo as relações de confiança entre a equipe de saúde e a comunidade.

Segundo Brasil (2004), as principais atribuições do Agente Comunitário de Saúde são:

- Mapear sua área de atuação;
- Cadastrar as famílias de sua área, mantendo o cadastro sempre atualizado;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de riscos;
- Realizar visitas domiciliares mensais;
- Colher dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- Desenvolver ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida;
- Participar do processo de programação e planejamento local das ações de saúde.

Pode-se observar que são muitas as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, no Programa Saúde da Família (PSF), sendo que este se resume basicamente aos trabalhos na comunidade, assistindo a pessoas saudáveis, doentes, com problemas sociais, em toda faixa etária, e, em muitas vezes, estão expostos a fatores que podem oferecer perigos à sua saúde, se o ambiente não oferecer condições adequadas de trabalhos e se este, como qualquer outro profissional não tiver co-responsabilidade em relação as suas atividades profissionais.

O risco ocupacional pode ser caracterizado como o conjunto de fatores nocivos, os quais oferecem perigo a saúde do trabalhador e segundo Macedo (2005, p. 10), são classificados em: “agentes físicos, químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos”, que são considerados nocivos à saúde, quando um ou mais destes fatores, estão em desequilíbrio, não oferecendo condições adequadas para a jornada de trabalho.

A saúde do trabalhador pode ser considerada uma das principais esferas da saúde pública, por ser responsável pela manutenção da saúde da população economicamente ativa, ressalta Macedo (2005, p. 07) “a saúde do trabalhador compreende a um dinâmico conjunto de ações de vigilância e assistência que objetivam a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador submetido a riscos e agravos advindos do processo do trabalho”.

A saúde ocupacional representa um grande desafio aos profissionais de saúde pública, pois segundo dados literários, os acidentes de trabalhos, as doenças ocupacionais e os conseqüentes óbitos, estão a cada dia, em números maiores em nosso país, em conseqüência talvez de uma política deficiente, no que tange a saúde do trabalhador.

Os acidentes de trabalho, chamados acidentes típicos, ocorrem em número muito mais elevado que as doenças profissionais, mesmo considerando a acentuada subnotificação destas. Evidentemente não se trata apenas de discutir números e nem de desconsiderar que a amplitude das doenças decorrentes do trabalho ultrapassa o estreito leque das patologias identificáveis, mesmo em países onde a lista de doenças considerados profissionais é mais abrangente (SANTOS apud KLEMENC, 1998, p. 3).

Com este trabalho procura-se contribuir para elaboração de um programa ou mesmo de ações de conservação da saúde destes trabalhadores, a partir da socialização de conhecimentos sobre aspectos insalubres no ambiente de trabalho e

suas interferências na saúde do trabalhador, levando também ao entendimento de todos, a importância do auto-cuidado, para o equilíbrio da saúde. Então, este estudo poderá oferecer resultados eficazes.

O interesse por este estudo surgiu em virtude de sermos profissionais do Programa Saúde da Família e atuarmos como coordenadores dos ACS, sendo abordados frequentemente com queixas de agravos relacionados ao exercício de suas atividades profissionais; E assim sentimos a necessidade de identificar os riscos ocupacionais a que estão expostos, durante suas jornadas de trabalho, para desenvolver ações que possam proporcionar melhores condições de trabalho aos ACS.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar o risco ocupacional dos Agentes Comunitários de Saúde, durante suas atividades no PSF.

2.2 Específicos

- Conhecer o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde de quatro equipes do PSF;
- Analisar as condições de trabalho dos ACS, no Programa Saúde da Família;
- Identificar os riscos potenciais à saúde que podem sofrer ou sofreram, durante o exercício de suas atividades.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Características do Programa Saúde da Família

A nova estratégia do setor saúde representada pelo Programa Saúde da Família é uma forma positiva de substituição do modelo tradicional, completamente aderido aos princípios da universalidade, equidade e da integralidade das ações, e acima de tudo estruturada na lógica básica de atenção à saúde, quando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Configura-se também uma reação baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinariedade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe (BRASIL, 2001, p. 1).

Esta nova estratégia de atenção à saúde, funciona em uma Unidade de Saúde da Família (USF) que pode ser o novo ou antigo posto ou centro de saúde, reestruturado, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência.

Uma USF não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento, onde a maior parte dos casos são encaminhados para os serviços especializados. Ela tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e manejar os novos saberes que, por meio de processo educativo, promovem a saúde e previnem doenças gerais (BRASIL, 2001).

As ações básicas da USF, comporta a promoção de mudanças de hábitos e costumes alimentares, a prática de exercícios físicos, a higiene pessoal e coletiva, do domicílio e do ambiente em geral; além disso, realiza uma assistência integral, contínua e de qualidade em parceria com conselhos comunitários, como por exemplo, escola, creches, asilos, associações, a fim de garantir uma assistência de qualidade priorizando a necessidade local.

A cobertura de uma Unidade de Saúde da Família, pode trabalhar com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número existentes na área, sendo recomendado que o número de equipes por unidades não seja superior a três, facilitando a organização do fluxo e a facilidade de acesso a unidade (SUELI TONIAL, 2003).

A Equipe Saúde da Família é constituída pelo médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário, e cinco a oito agentes comunitários de saúde.

Para desenvolver suas atividades os Agentes Comunitários de Saúde fazem uso de meios que facilitam a prática de suas tarefas, como a bicicleta ou animais, e alguns equipamentos básicos que favorecem positivamente o processo de trabalho, como balança, fita métrica, termômetro, pranchetas, lápis, caneta, caderno e uniforme para sua identificação na comunidade, sendo que o este deve conter boné, camiseta, colete ou jaleco. O Programa Saúde da Família deve fornecer esses equipamentos para proporcionar um trabalho seguro e fidedigno à comunidade.

O objetivo geral da estratégia do Programa Saúde da Família é contribuir para a reorientação do modelo assistencial e partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica assistencial.

3.2 O Agente Comunitário de Saúde como Membro da Equipe do PSF

O Agente Comunitário de Saúde representa o elo entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade, justificando-se assim o motivo de sua moradia ser na área em que ele assiste.

As Equipes de Saúde da Família trabalham com uma população adstrita, com um número fixo de famílias. De modo em geral, recomenda-se que cada equipe assista de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Cada Agente Comunitário de Saúde cobre uma área de aproximadamente 20-250 famílias. Essas definições dependem das realidades geográficas, econômicas e sócio-política da área, levando-se sempre em consideração a densidade populacional e a facilidade de acesso à unidade.

Muitos gestores optam por iniciar a implantação do PSF em áreas periféricas, que apresentam maior dificuldade de acesso e maiores riscos de adoecer/morrer. Depois vão ampliando a atuação para áreas mais centrais, onde os serviços de saúde apresentam melhor estrutura.

Em termos de equipamentos necessários, uma USF deve incorporar a tecnologia necessária à resolução de problemas, além de garantir transporte para deslocamento da equipe quando a área de cobertura for muito extensa. Mas tecnologia, na atenção básica, significa também a permanente revisão dos saberes e práticas, num processo de educação permanente que se traduza numa alteração clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, onde o indivíduo, a família e a comunidade são bases de uma nova abordagem (TONIAL, 2003, p. 6).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), está identificado cartograficamente por microáreas, que representa uma parcela de toda área adstrita coberta pela ESF; sendo importante identificar as microáreas de risco, ou seja, área que possuam fatores de risco e/ou barreiras geográficos ou culturais que dificultam o acesso aos serviços de saúde, ou ainda aqueles que possuem indicadores muito ruins, e a identificação dessas situações, exigem atenção especial e ações de saúde programadas com acompanhamento permanente.

É um equívoco grave confundir o trabalho do ACS com o trabalho do auxiliar de enfermagem. O papel do ACS não é derivativo da clínica: ele detém enquanto membro da comunidade, um conhecimento impar sobre sua dinâmica, seus potenciais, seus valores e dificuldades (TONIAL, 2003).

O elemento central do PSF é a visita domiciliar, que não inclui consultas no domicílio, somente quando é estritamente necessário, sendo realizada pelo médico ou pelo enfermeiro, de acordo com a situação do usuário.

Segundo Brasil (2001), a visita domiciliar é realizada cotidianamente pelo ACS, que de acordo com Tonial (2003), o Agente Comunitário de Saúde é alguém que se destaca na comunidade pela capacidade de liderar, e esta facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda equipe.

O ACS está sob supervisão do coordenador da Equipe de Saúde da Família, que são representados pela figura do enfermeiro; este deve supervisionar e coordenar as ações para capacitação dos ACS, priorizando a modalidade local.

Segundo Brasil (2001), as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde dentro do Programa Saúde da Família devem ser basicamente os seguintes:

- identificar áreas de risco;
- orientar as famílias para utilização adequadas dos serviços de saúde e encaminhando-as, ou agendando consultas médicas e odontológicas quando necessário;
- realizar ações e atividades no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da atenção básica;
- realizar visita domiciliares (que são basicamente, 1.5 ao mês e cada família sob sua responsabilidade);
- estar sempre bem informado, e informar aos membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas com situação de risco;
- desenvolver ações de educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado de cada visita é repassado à equipe, favorecendo uma visão ampliada da problemática da área onde a equipe assiste.

A visita domiciliar tem a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente aquelas que enfrentam qualquer situação de risco bem como atender às pessoas doentes, que estão acamados ou tem qualquer problema que dificulte o acesso a USF. São agendadas visitas com médicos, enfermeiros e técnico de enfermagem, segundo uma programação semanal priorizando situações e grupos de risco e as solicitações dos ACS.

O trabalho em grupo dos ACS é importante para garantir uma força de trabalhos maior, porém exige conhecimentos básicos, respeita o sigilo sobre as informações de saúde das pessoas inseridas na sua microárea de atuação; obviamente que o ACS deve ser informado da situação social de sua população, onde muitas vezes, este é o primeiro a identificar, e por ser um representante da comunidade deve redobrar o respeito e sua ética profissional diante desses fatos e suas discussões devem ser tratadas somente com a equipe, durante as reuniões.

3.3 Exposição de Riscos que o ACS sofrem no Decorrer de Suas Atividades

O risco ocupacional, segundo Klemenc (1998), representa os fatores que ameaçam a vida ou à saúde, ocorridos no período onde são desenvolvidas as atividades relacionadas ao trabalho. Segundo Klemenc (1998), o trabalho apesar de ser fundamental para existência humana em nossa sociedade, muitas vezes é o

determinante dos mais variados agravos à saúde, e esta, é essencial para todos os aspectos de nossa vida, inclusive para o próprio trabalho que a prejudicou.

Todos os trabalhadores ativos estão de certa forma expostos a situações de riscos, alguns com mais intensidades que outros, porém, é necessário que existam medidas que reduzam a instalação de doenças e incapacidades para os trabalhadores, e estas medidas devem ser geradas pelas empresas responsáveis por estes trabalhadores, oferecendo condições adequadas de realizar suas atividades.

“Percebemos resistências por parte dos empresários no investimento para melhorias dos ambientes de trabalho e conseqüente conservação da saúde das pessoas” (KLEMENC, 1998).

Tomando referência o trabalho dos ACS no PSF, é possível observar suas exposições a fatores que ameaçam a integridade da sua saúde. Segundo Macedo (2005), os fatores nocivos à saúde estão classificados como agentes físicos que estão representados pelo ruído, temperaturas extremas, radiações, materiais cortantes, dentre outros; agentes químicos, que estão caracterizados pela névoa, poeiras, gases, vapores e fumo; os agentes biológicos, que são os microorganismos causadores de doença, os agentes mecânicos e ergonômicos.

De acordo com esta classificação de riscos, é notório o tamanho da exposição de riscos à saúde destes trabalhadores, podendo levar a estados mórbidos graves e numa ótica mais extrema, o óbito em decorrência dessa superexposição.

O Agente Comunitário de Saúde, muitas vezes não trabalha com equipamentos de proteção, sendo exposto a raios ultravioletas periodicamente, durante as visitas domiciliares, sem a menor precaução.

Segundo Macedo (2005), os principais efeitos das radiações, são queimaduras na pele, olhos, e conforme o tempo de exposição e intensidade, podem ser graves; outros fatores impotentes são a exposição direta a pacientes portadores de alguma patologia, dos quais estes desconhecem as medidas de precaução, como tuberculose, além de algumas doenças de importância epidemiológica existentes na sua área de cobertura.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, exploratório sobre a avaliação do risco ocupacional dos Agentes Comunitários de Saúde que assistem as comunidades do Pirapora, Santo Antônio, João de Deus e Vila Lobão.

A pesquisa descritiva é um delineamento da realidade uma vez que esta descreve, registra, analisa e interpreta a natureza atual. Na resolução de problemas, informa as condições atuais, necessidades e como alcançar resultados (GAUTHIER et al, 1998).

4.2 Local de Estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família do Pirapora, que faz a cobertura do bairro Pirapora e João de Deus; e na Unidade de Saúde da Família da Vila Lobão, que faz a cobertura dos bairros da Vila Lobão e Santo Antônio, no período de abril a maio de 2006.

4.3 População

A população estudada foi constituída por Agentes Comunitários de Saúde inseridos nas Equipes de Saúde da Família, São Luís-MA, lotados nas Unidades do Pirapora e Vila Lobão, num total de 25 Agentes Comunitários de Saúde.

4.4 Instrumento de Coleta

Primeiramente para coleta de dados, elaborou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas contemplando aspectos pessoais, condições de trabalho e outros dados que caracteriza a população alvo do estudo (APÊNDICE A).

Posteriormente este questionário foi aplicado em forma de entrevista para a população escolhida, durante o mês de abril. O referido instrumento foi aplicado após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos ACS (ANEXO A), durante quatro reuniões agendadas, uma vez por semana, com cada equipe, sendo que cada ACS, teve quinze minutos para responder as questões feitas pelas pesquisadoras.

4.5 Tratamento dos Dados

Os dados coletados foram analisados, após leitura atenta das respostas, agrupando e tabulando por semelhanças pertinentes com afinidades, sendo apresentados sobre forma de gráficos em números relativos, utilizando o programa EPI-INFO, 2002, na versão 1.0.

4.6 Considerações Éticas

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA, para apreciação e aprovação do mesmo (ANEXO B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos 25 ACS por faixa etária, na ESF – São Luís-MA, 2006

Faixa etária	N	%
≤ 25 anos	-	-
26 a 35 anos	09	36
36 a 43 anos	10	40
44 a 53 anos	06	24
Total	25	100

Os dados da tabela 1 revelam que a maioria dos ACS encontra-se na faixa etária de 36 a 43 anos, seguida de 26 a 35 anos com um percentual de 36%. Sendo importante ressaltar que não houve nenhum Agente Comunitário de Saúde com a idade menor de 25 anos. Tendo como representantes adultos jovens, vale ressaltar que segundo a OMS (2000), o indivíduo acima de 35 anos, possui um rendimento físico 15% inferior aos de 25 anos, talvez em decorrência da faixa etária onde começam a se instalar doenças crônicas, e quando associadas a outros fatores, como doença de base, refletem um maior índice de morbidade, quando estes exercem atividades que exijam um esforço maior.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos 25 ACS por grau de instrução, na ESF São Luís - MA, 2006

Grau de instrução	N	%
Sem Instrução	01	4
Ensino Fundamental	02	8
Ensino Médio	21	84
Ensino Superior	01	4
Total	25	100

Segundo a tabela 2, referente ao grau de instrução dos ACS, os dados mostram que 84% dos ACS possuem ensino médio e apenas 4% não possuem grau de instrução. Estes dados revelam um resultado positivo, pois a maioria dos profissionais são instruídos, o que poderá contribuir para maior clareza nas orientações que realizam as famílias que acompanham durante suas atividades.

A figura 1 mostra dados referentes aos antecedentes mórbidos dos ACS, com resultados de 14% sem história de doença anterior, seguido de 11% daqueles que relatam ter alguma doença já existente. Os dados demonstram que apesar da minoria referir doenças existentes, é um fator importante que pode interferir na qualidade do trabalho exercido.

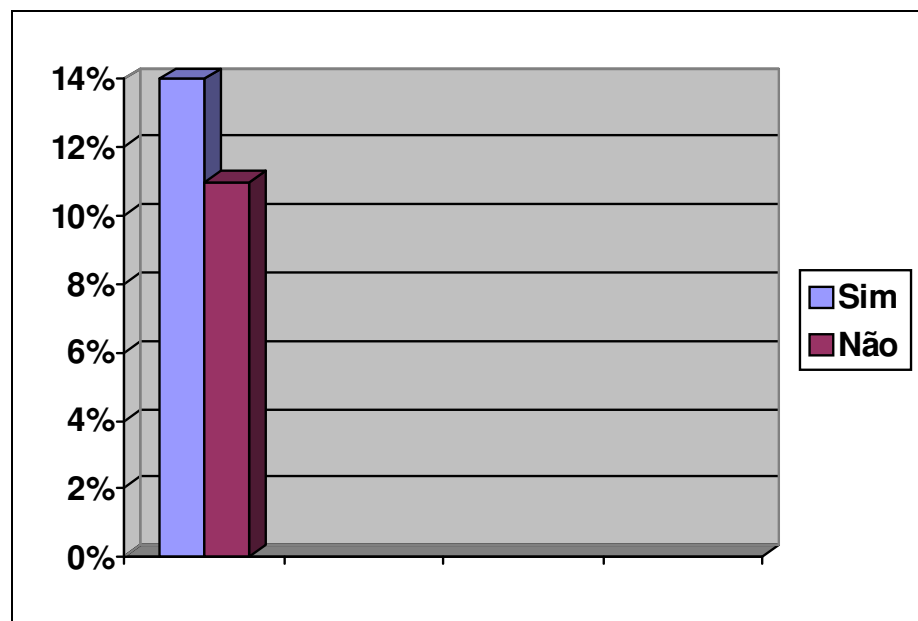


Figura 1 – Distribuição percentual dos 25 ACS, referentes aos antecedentes mórbidos na ESF- São Luís - MA, 2006

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das doenças mais comuns relatados pelos 25 ACS na ESF – São Luís – MA, 2006

Doença	N	%
Tendinite	02	14,3
Problemas de coluna	05	35,7
Dermatológico	02	14,3
Enxaqueca	03	21,4
Outros	02	14,3
Total	14	100

A tabela 3 é referente as doenças mais comuns citadas pelos ACS. A maioria refere ter problemas de coluna representando 35,7%, seguidos de enxaqueca com percentual de 21,4%.

Estes dados são de grande relevância para a saúde do trabalhador, pois segundo Duncan (2005), a ocorrência de distúrbios osteomusculares na população

em idade reprodutiva tem aumentado significativamente, o que consome parcela importante dos recursos destinados à saúde em todo mundo. Em Porto Alegre, as causas osteomusculares ocupam o terceiro lugar (14,8%).

A enxaqueca é um sintoma que pode ter causa genética, alimentar ou também pode está associado a exposição solar prolongada, segundo o Ministério da Saúde (2001). Sendo compatível com a atividade dos ACS que está frequentemente expostos aos raios solares. Segundo Duncan (2005), a enxaqueca e a queixa de problemas na coluna, podem estar associadas e corresponder as doenças osteomusculares, que segundo o autor são representados por dores na cabeça, pescoço, membros superiores, coluna lombar e com menos freqüência os joelhos.

A figura 2 representa a satisfação dos ACS pela profissão e o resultado encontrado mostra 100% de satisfação dos profissionais, dados considerados importantes para o rendimento do trabalho.

Segundo o Ministério do Trabalho (2005), nenhum trabalho poderá ser exercido em sua plenitude se os profissionais estiverem insatisfeitos, portanto, com os resultados acima, o trabalho dos ACS tem muito para alcançar a plenitude desejada na estratégia saúde da família, pois para Duncan (2005), os ACS são as peças da organização da atenção primária no Brasil, fortalecendo os elos culturais e favorecendo o trabalho educativo.

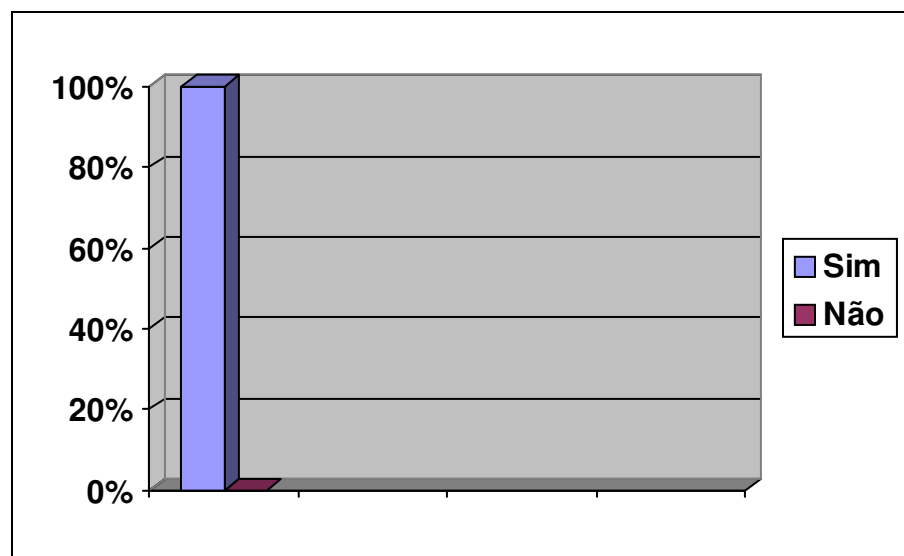


Figura 2 – Distribuição percentual dos 25 ACS, em relação a satisfação pela profissão na ESF - São Luís -MA, 2006

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos 25 ACS, em relação a maior motivação no ESF – São Luís – MA, 2006

Motivação para se ACS	N	%
O trabalho com a comunidade	19	55,8
Aumentar a renda familiar	03	9
O trabalho preventivo	05	14,7
Porque adquire mais conhecimento	07	20,5
Total	34	100

A Tabela 4 representa a maior motivação pelo trabalho, segundo os ACS, sendo citada principalmente pela atuação em um trabalho na comunidade onde residem representando 55,8% das respostas, seguido de melhorar seus conhecimentos, com um total de 20,5% e apenas 9% relataram que o que o motiva no exercício das atividades é o aumento da renda familiar. Os dados representam um bom resultado, porque a maioria relatou que a motivação maior é o trabalho na comunidade, reafirmando assim a satisfação por sua atividade profissional. Segundo o Ministério do Trabalho (2005), a satisfação pela renda no trabalho é momentânea, não suportando mínimas situações de stress, se esta for isolada, não tem chances de prosperar.

A figura 3 mostra que 100% dos ACS indica situações de risco em seu trabalho. Os ACS consideram suas áreas com risco a sua estabilidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), situação de risco são demonstrações de perigo a vida, a saúde e ao ambiente onde se estar inserido.

Com isso tem-se um resultado merecedor de atenção, pois os profissionais relatam algum tipo de perigo evidente no seu trabalho, podendo interferir na qualidade do mesmo, gerando assim, uma situação de fragilidade.

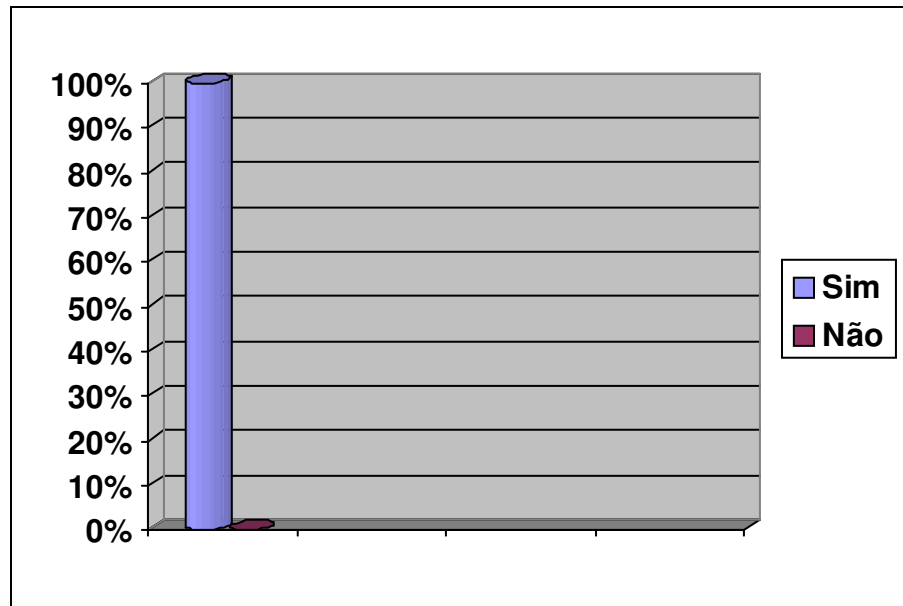


Figura 3 – Distribuição percentual dos ACS, referente a presença de áreas de risco na ESF – São Luís - MA, 2006

Tabela 5 – Distribuição numérica dos 25 ACS aos tipos de áreas consideradas de risco, na ESF – São Luís – MA, 2006

Áreas de Risco	N	%
Lixão	19	23,4
Falta de segurança	25	30,8
Risco de acidentes	15	18,5
Usuários de drogas	13	16,1
Outros	09	11,1
Total	81	99,9

A tabela 5 mostra as situações que os ACS consideram de risco em seu trabalho, onde a maioria relata que a falta de segurança é um fator ameaçador, representado 30,8% das respostas, seguidos do lixo a céu aberto com um percentual de 23,4%, e apenas 11,1% relataram outros fatores dentre estes estão os animais domésticos criados soltos, domicílios sem calçados, que favorecem risco de quedas e acidentes automobilísticos. Pode-se observar que a falta de segurança pode comprometer o exercício das atividades, uma vez que estes incidentes podem ser ameaçadores a vida, como é o caso do lixo a céu aberto, que favorece uma maior exposição, gerando agravos à saúde.

Segundo Costa et. al (2004), o modo de vida do homem contemporâneo implica a destruição, sem precedentes dos seus semelhantes. Este estilo de vida

não surgiu por acaso, é decorrente de uma visão do mundo, e/ou um planejamento econômico.

A figura 4 refere à residência dos ACS ser próxima à sua área de trabalho, onde os dados demonstram que 96% dos ACS residem na área onde trabalha e apenas 4% não reside na sua área de trabalho. Os dados são compatíveis com o que o Ministério da Saúde (2001) preconiza a respeito no trabalho dos ACS, que tem como o primeiro critério para a profissão a residir na comunidade onde trabalha, pois isto garante relações de confiança e aproxima a ESF da comunidade.

Segundo Costa et al (2004), para que a relação entre o Agente Comunitário de Saúde e a comunidade ser favorável, torna-se indispensável que o Agente, além de pertencer a comunidade, tenha méritos por ela reconhecido, devendo ainda ser por ela acolhido.

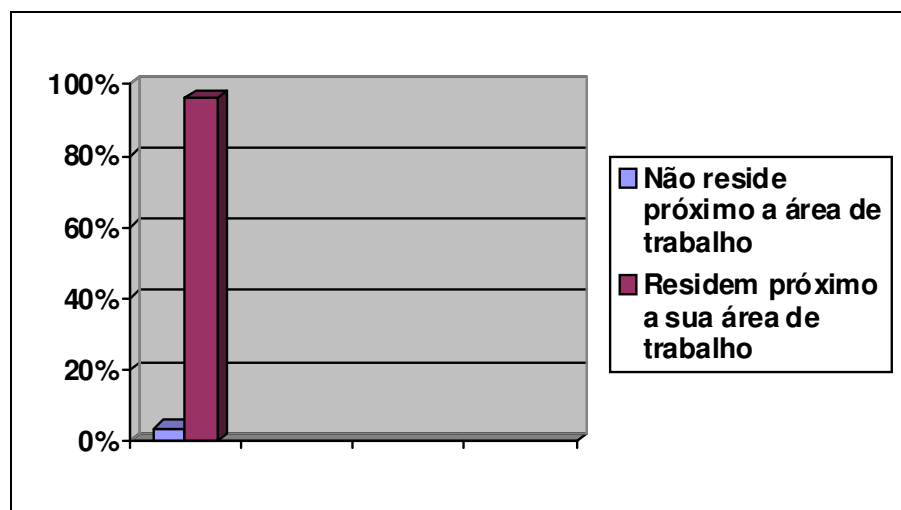


Figura 4 – Distribuição percentual dos 25 ACS, referente a residência próxima a área onde trabalha na ESF – São Luís – MA, 2006

A figura 5 é referente a jornada diária de trabalho do ACS, na ESF, os dados mostram que a maioria dos ACS, trabalham 8 horas diárias, com um percentual de 80%, seguidos de 20% que referem não cumprir 8 horas diárias. Os dados são compatíveis com o Ministério do Trabalho (2005), e com o regime de CLT que preconiza 8 horas diárias, distribuídos entre os turnos matutino e vespertino para trabalhadores que cumprem carga horária de 40 horas semanais. Além disso, o Ministério da Saúde (2001) preconiza para os profissionais da ESF, uma carga horária de 40 horas semanais.

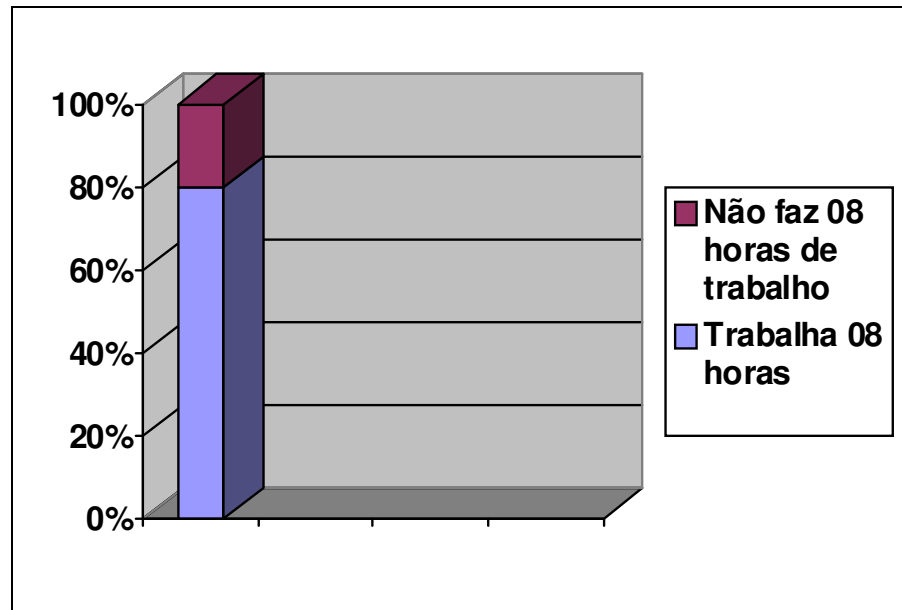


Figura 5 – Distribuição percentual dos 25 ACS, referente a jornada diária de trabalho, na ESF – São Luís - MA, 2006

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual de famílias que os ACS acompanham na ESF – São Luís – MA, 2006

Famílias	N	%
< 100	02	08
100 – 149	22	21
150 – 190	15	60
191 – 200	01	04
Total	25	100

A tabela 6 refere-se ao número de família que os ACS acompanham na ESF, os resultados obtidos foram que 60% acompanham de 150-190 famílias, seguidos de 21% que acompanham 100-149 famílias. Os dados mostram que os ACS cumprem o estabelecido pelo Ministério da Saúde (2001), que estabelece de 60 a 200 famílias para serem acompanhadas por cada ACS. Não demonstrando assim incompatibilidade com o trabalho que exercem.

A figura 6 representa a regularidade das férias entre os ACS. Os dados mostram que 100% dos ACS, gozam férias regularmente, dados compatíveis com o preconizado pelo Ministério do Trabalho (2005). Segundo Marinho (2006), todo profissional tem direito, pois a mesma é importante para o restabelecimento das funções do organismo.

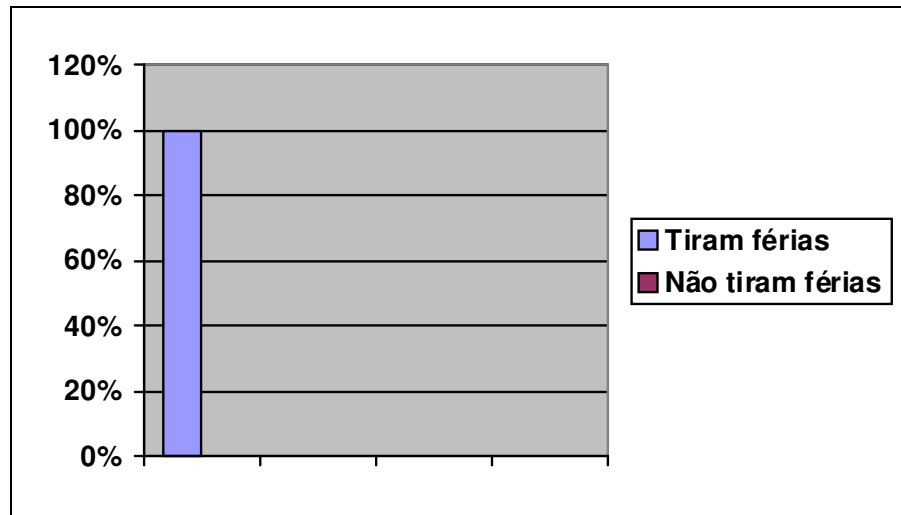


Figura 6 – Distribuição percentual dos 25 ACS, referentes à férias, regularmente, na ESF - São Luís – MA, 2006

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual das doenças que mais acometem as famílias acompanhadas pelos 25 ACS, na ESF – São Luís - MA, 2006

Doenças	N	%
Diabetes	20	19
Hipertensão	22	21
Micoses	21	20
Doenças osteomusculares	17	16,2
Infecções respiratórias	20	19
Outros	05	4,7
Total	105	99,9

A tabela 7 refere-se a distribuição das doenças que mais acometem as famílias, acompanhados pelos ACS. Os dados mostram que 21,1% das doenças estão representados pela hipertensão, seguida de micose com um percentual de 20%. Os resultados ainda mostram que as doenças crônicas continuam em evidência e mostra dados relevantes, como o aumento das micoses, sendo que estes profissionais necessitam ser orientados quanto as medidas de controle e preventiva, tanto para seu próprio cuidado, quanto para o fortalecimento das informações que fornece as famílias.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual das doenças adquiridas pelos 25 ACS, após ter iniciado as atividades na ESF, São Luís – MA, 2006

Doenças	N	%
Hipertensão	05	8,3
Stress	18	30
Depressão	03	5
Doenças osteomusculares	20	33,3
Enxaqueca	05	8,3
Doenças dermatológicas	07	11,7
Outros	02	3,3
Total	60	99,9

A tabela 8 mostra as doenças adquiridas pelos ACS após ter iniciado na ESF, os dados mostram que 33,3% das doenças adquiridas são representadas pelas doenças osteomusculares, seguidos do stress com um percentual de 30%. Os resultados são compatíveis com outros estudos, onde associam como forma direta os avanços osteomusculares as condições de trabalho. Segundo Duncan et al (2005), os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, coloca o profissional como vítima que faz jus a alguma compreensão, estimulando o litígio, direcionado aos causadores da lesão. O reconhecimento do risco requer uma estimativa do grau de exposição do trabalhador a esses fatores em cada tarefa desenvolvida durante a jornada de trabalho.

O stress, segundo Duncan (2005), é um fator psicossocial, onde o mesmo afirma que o stress crônico resulta de ativação continuada ou da motivação ineficiente do sistema de adaptação a estímulos externos, podendo ter conseqüências a longo prazo, entre elas o aumento na ocorrência de distúrbios osteomusculares.

Portanto os dados obtidos nesta pesquisa são compatíveis com o autor que enfatiza os dois agravos como doenças ocupacionais.

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual das principais queixas relatados pelos 25 ACS, durante suas atividades na ESF, São Luís - MA, 2006

Queixas	N	%
Dores musculares	25	22,3
Cansaço	22	19,8
Assedio	16	14,4
Cefaléia	23	20,8
Stress	15	13,6
Outros	10	9,0
Total	111	99,9

A tabela 9 refere-se as principais queixas dos ACS durante suas atividades, e os resultados obtidos foram 22,3%, relatando dores musculares, seguidos de cefaléia 23% e cansaço 22%. Mais uma vez, os dados se compatibilizam com outros estudos, onde é afirmado que tais sintomas relatados representam agravos gerados pelo exercício profissional. Segundo Duncan (2005) , as seguintes medidas de exposição devem ser investigadas, como a duração da exposição, freqüência e intensidade. Um dado importante nesta tabela, que merece atenção especial são as queixas de assédio, representada por 14,4%, isso mostra a exposição do ACS a situação de risco em potencial, o que reafirma a fragilidade na segurança, na área onde desenvolve suas atividades.

Na figura 7 pode-se observar os acidentes ocorridos durante as atividades do ACS na ESF, onde 100% dos ACS nunca sofreu nenhum tipo de acidente relacionado com a profissão, o que reflete que a profissão de ACS na área de trabalho não oferece risco em potencial para acidentes. Segundo Duncan (2005), os principais fatores de risco ergonômicos são repetitividade, força, postura e vibração.

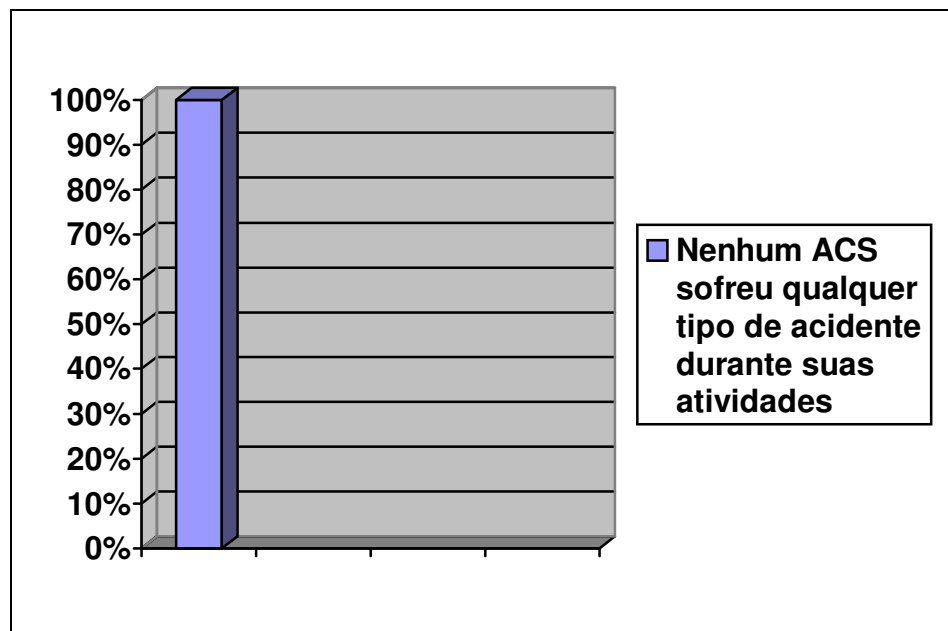


Figura 7 – Distribuição percentual dos 25 ACS, em relação a acidentes ocorridos durante suas atividades na ESF – São Luís – MA, 2006

Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual dos equipamentos de proteção individuais que os 25 ACS, recebem ou fazem uso para exercer suas atividades na ESF – São Luís - MA, 2006

Equipamentos de proteção	N	%
Boné	25	34,7
Capa de chuva	-	-
Protetor solar	17	23,6
Sapato fechado	25	34,7
Outros	05	6,9
Total	72	99,9

A tabela 10 refere-se a distribuição dos equipamentos de proteção individual (EPI) aos ACS, e os resultados obtidos mostram que dos EPI's distribuídos, estão o boné e o sapato fechado, ambos com um percentual de 34,7% seguidos de 23,6 representado pelo filtro solar, sendo que este último os ACS não recebem, mas fazem uso por conta própria, porque a profissão requer exposição com freqüência aos raios ultravioleta.

Um dado importante é que nenhum ACS utiliza capa de chuva, sendo que durante a chuva existe um prejuízo de sua atividade.

O Ministério da Saúde (2001) garante a distribuição de sapato fechado, boné e bolsa para os ACS e na Conferência de Saúde do Trabalhador (2005), foi acordado a distribuição de protetor solar como equipamento de proteção individual.

Tabela 11 - Distribuição numérica e percentual das orientações recebidas pelos 25 ACS, sobre as doenças e agravos existentes em sua área de atuação na ESF – São Luís - MA, 2006

Orientações	N	%
Hipertensão + Diabetes	25	25
Hanseníase + Tb	25	25
Hepatites virais	25	25
DST's	12	12
Outros	10	9,0
Total	100	100

A tabela 11 representa as orientações recebidas pelos ACS, tendo-se obtido, os seguintes resultados 75% das principais orientações recebidas são referente aos agravos hipertensão + diabetes, hanseníases + Tb e hepatites virais, seguidos de DST's. Os dados são compatíveis com as principais doença existentes

nas família que os ACS acompanham, descritos na tabela 8, o que contribui para melhor orientação e direcionamento deste pacientes acompanhados pelos ACS.

Tabela 12 - Distribuição numérica e percentual dos profissionais que realizam as orientações aos 25 ACS, para exercício de suas atividades na ESF – São Luís - MA, 2006

Profissionais	N	%
Médico	19	24,4
Enfermeiro	19	24,4
Auxiliar de Enfermagem	-	-
Técnicos da SEMUS	25	32
Outros	15	19,2
Total	78	100

A tabela 12 representa os profissionais que realizam as orientações e os resultados obtidos são 32% das orientações são feitas por técnicas da Secretaria Municipal de Saúde, seguidos de médico e enfermeiro, com um percentual 48,8%.

O Ministério da Saúde (2001) garante educação continuada aos profissionais, sobretudo o enfermeiro tem como competência proporcionar treinamento aos ACS.

Segundo Costa apud Brasil (2005), o enfermeiro têm como suas atribuições básicas responsabilizar-se pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica, capacitar Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares de enfermagem.

As principais dificuldades relatadas pelos ACS são descrita nesta figura, tendo como resultado 37,9% grande demanda de famílias para assistir mensalmente, seguidos de 34,5% acesso difícil para exercer suas atividades, em virtude de muitas escadarias, ladeiras e morros, que necessitam de um maior esforço durante as atividades.

Apesar das queixas serem referentes ao número de famílias para acompanhar, o número de famílias que os ACS acompanham está compatível com os dados preconizados pelo Ministério da Saúde (2001), como já foi observado na tabela 7.

O Ministério da Saúde (2001) preconiza 60-200 famílias por ACS e 1000 famílias para cada equipe, totalizando uma população de aproximadamente 4.500 pessoas.

Em relação ao acesso difícil no trabalho, pode justificar o surgimento de doenças osteomusculares referidas na tabela 7, ocasionadas principalmente pelo esforço exaustivo e rotineiro dos trabalhadores.

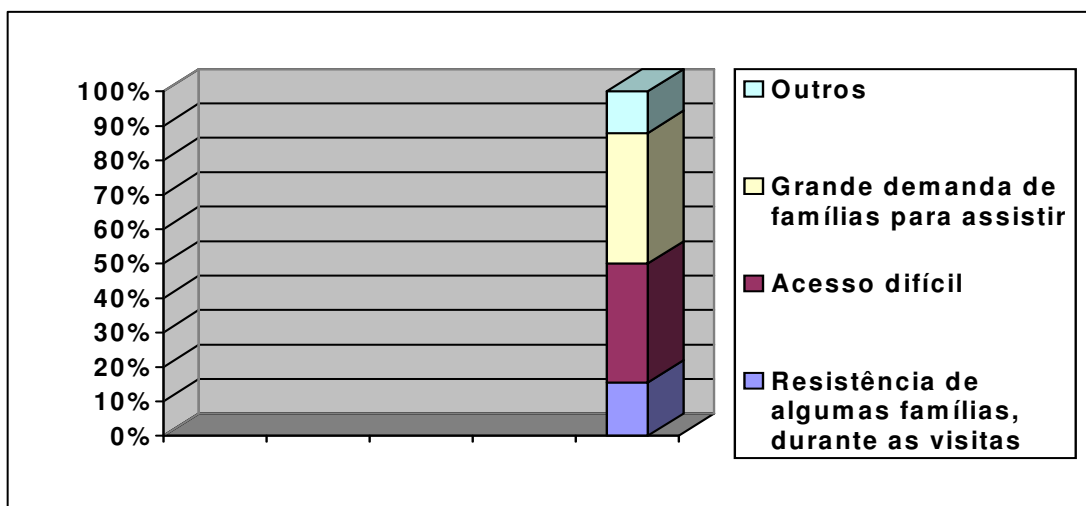


Figura 8 – Distribuição percentual das principais dificuldades relatadas pelos 25 ACS, no seu trabalho na ESF – São Luís – MA, 2006

6 CONCLUSÃO

Através da pesquisa desenvolvida com os ACS das comunidades do Pirapora, Vila Lobão, João de Deus e Santo Antônio, chegou-se as seguintes conclusões:

- A maioria dos ACS encontra-se na faixa etária de 36 a 43 anos;
- O grau de instrução prevalece o ensino médio;
- O maior número de ACS relatam antecedentes mórbidos;
- A doença mais comum que acomete estes profissionais são problemas de coluna;
- A satisfação por exercer a profissão é total;
- O trabalho com a comunidade é a maior motivação, e o mesmo representa situação de risco, onde o maior é a segurança que é quase inexistente;
- Já em relação a proximidade da área de trabalho é total, a jornada de trabalho é de 8 horas diária e sua maioria dos ACS;
- A maioria dos profissionais acompanham 150-190 famílias, onde todos gozam suas férias regularmente;
- A doença que tem maior incidência de acometimento das famílias acompanhadas é a hipertensão e as doenças que mais acometem os ACS após terem iniciado seu trabalho são as osteomusculares;
- Uma das principais queixas dos ACS durante suas atividades são as dores musculares;
- Pode-se observar ainda que nenhum Agente Comunitário de Saúde sofreu algum tipo de acidente durante suas atividades;
- O boné e o sapato fechado são unanimidade em uso pelos profissionais;
- As orientações mais recebidas pelos ACS são sobre hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e hepatites virais, onde os profissionais que mais realizam orientações aos ACS são os técnicos da SEMUS;
- Uma das principais dificuldades relatadas pelos ACS é a grande demanda de famílias para assistir mensalmente.

Espera-se que esta pesquisa, possa contribuir para melhoria das condições de trabalho dos ACS considerando os riscos ocupacionais a que eles estão expostos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Elisa Maria; CABORE, Maria Herminda. **Saúde da família, uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. 195 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Depto de Atenção Básica, Guia Prático do Programa da Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, 2001, 128 p.

FUJIWARA, Mario; ALESSIO, Nelson Luiz Nouvel; FARAH, Marta Ferreira Santos. **20 experiências de gestão pública e cidadania**. 1. ed. São Paulo.

KLEMENC, Marisa. **A centralidade dos sons na produção dos sentidos**. Dissertação (mestrado) Prática de saúde pública. Universidade de São Paulo, 1998.

MACEDO, Lúcio Antonio Alves de. **Segurança do trabalho e saneamento do meio**. São Luís: Laborocentro de excelência em consultoria e Pós-graduação, 2005. 62f:il.

TONIAL, Sueli. **Saúde, Sociedade, Estado e a estratégia Saúde da Família**, São Luís, 2003.

APÊNDICE A – Questionário para coleta de dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DO TRABALHO

1) Dados pessoais

Idade: _____

Sexo: () M () F

Religião: _____

Estado civil: _____

2) Grau de instrução

() Ensino Fundamental

() Universitário

() Ensino Médio

() Nenhum

3) Antecedentes mórbidos

a) Você já teve ou tem algum problema de saúde?

() Sim () Não

Se sim, qual?

4) Dados referentes ao trabalho no PSF.

a) Você gosta de ser ACS?

() Sim () Não

Porque?

b) Porque você escolheu ser ACS?

c) Você reside próximo a área onde trabalha?

() Sim () Não

c) Quantas famílias você acompanha? _____ famílias

d) Quantas horas de trabalho você realiza diariamente?

e) Você tira férias regularmente?

5) Dados referente ao Risco Ocupacional

a) Quais os tipos de doenças são mais comuns nas famílias que você acompanha?

b) Após ter iniciado no PSF, você já apresentou algum problema de saúde?

c) Quais são as suas principais queixas durante sua atividade na ESF?

d) O que você considera um maior esforço físico nas suas atividades no PSF?

e) Você já sofreu algum acidente, durante suas atividades no PSF?

f) Você já sofreu algum tipo de agressão física ou psicológica, pela população que você acompanha?

Se sim, qual(is)?

6) Referente aos equipamentos ou recursos de proteção

a) O que você considera um equipamento ou recurso de proteção nas suas atividades?

b) Você recebe ou faz uso de algum tipo de proteção individual para exercer suas tarefas como?

() Boné () Sapato fechado () Outros

() Capa de chuva () Protetor solar

7) Você recebe algum tipo de orientação sobre as doenças existentes na sua área de atuação?

() Sim () Não

Se sim, de que tipo? E por quem?

e) Quais as principais dificuldades que você encontra no seu trabalho?

8) A área onde você trabalha tem difícil acesso?

Sim() () Não

Se sim, porque?

9) O que você considera área de risco?

10) Na sua microárea existem situações que você considera de risco?

Se sim, quais?

ANEXOS

ANEXO A – LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu _____, declaro, por meio deste termo, que concordo em ser voluntário na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: Risco ocupacional de agentes comunitários de saúde de duas unidades de saúde da família (USF Vila Lobão e USFG Vila Para) desenvolvida por Rosana Maria Paixão Castello Branco e Alana Celle de Carvalho Chagas, Luciana Sousa Lobão e Vanessa Carvalho Lobato de Carvalho, alunas do curso de Pós-graduação em enfermagem do trabalho sob orientação da professora Liberata Coimbra.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Minha colaboração se fará de forma anônima e análises de dados coletados se farão apenas pelas pesquisadoras e /ou orientadoras.

Estou ciente de que, caso ou tenha dúvida ou me sinta prejudicada poderei contatar a pesquisadora responsável (ou suas orientadoras). Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções de constrangimentos.

São Luís ____ de _____ de 2006.

Assinatura do participante

Assinatura dos pesquisadores

ANEXO B – Protocolo