

**Trabalho 22****PERFIL E AGRAVOS À SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE  
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO NO ANO DE 2010****Guilherme Zanutto Cardillo\*;  
Lys Esther Rocha, Prof.Dr.\*\***

Contato: R.Dr.Marcelo Ribeiro Mendonça, 109 – apto 232 – torre 2 – Ponta da Praia - Santos - SP CEP 11030-210. E-mail: [gzcardillo@gmail.com](mailto:gzcardillo@gmail.com)

**1. Introdução**

A ocupação de agente comunitário de saúde insere-se no contexto de criação e estruturação no programa de saúde da família promovido pelo Ministério da Saúde. É uma ocupação relativamente recente, sendo criada pela Portaria nº 1886 do Ministério da Saúde, de 18 de dezembro de 1997. O agente comunitário de saúde (ACS) insere-se no programa de saúde da família como um membro da equipe multiprofissional, sendo responsável pelas visitas domiciliares.

O programa de saúde da família teve início em São Bernardo do Campo na década de 90. Contava no ano de 2000 com 93 agentes comunitários para atender algumas regiões selecionadas, sendo ampliado para 304 em 2009. Com a consolidação do programa de saúde da família em nível federal, a partir de 2008 houve incremento nos repasses de verbas, com contratação de 711 agentes em 2010

As contratações sempre ocorreram pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 - Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), pela Fundação do ABC.

A Fundação do ABC foi criada em 1967 pelas prefeituras de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul com objetivo de prestar assistência à saúde da população dos municípios. Inicialmente como mantenedora da Faculdade de Medicina do ABC, com o advento das Organizações Sociais de Saúde, houve intensificação no seu papel de gestor compartilhado dos serviços de saúde da região.

Assim sendo, os funcionários são atendidos no Serviço Especializado de Engenharia e Segurança do Trabalho (SESMT) para realização dos exames ocupacionais previstos na legislação vigente.

Neste processo de contratação maciça dos ACS, foi observado perfil heterogêneo em diversos aspectos: idade, experiência profissional, escolaridade bem como adoecimento. Nos atendimentos prestados no SESMT, havia percepção de que havia adoecimento predominantemente por transtornos mentais, notadamente episódios depressivos, o que motivou se estudar o perfil epidemiológico dos ACS, as causas de absenteísmo e os acidentes de trabalho, objetivando prevenção e melhoria nas condições de trabalho.

**2. Objetivo:**

Verificar as características sócio-demográficas dos agentes comunitários de saúde do município de São Bernardo do Campo e as causas de afastamento laboral no ano de 2010.

**3. Materiais e Métodos:**

Foi realizado estudo epidemiológico descritivo, no qual se analisou os atestados médicos e odontológicos e os prontuários dos agentes comunitários no SESMT da FMABC, numa população de 1052 ACS com vínculo ativo em 2010. Foram excluídos os



## Trabalho 22

atestados em que não havia o diagnóstico, seja codificado ou não, bem como as declarações de comparecimento, declaração de acompanhante e atestado de licença maternidade.

### 4. Resultados:

O perfil do ACS de São Bernardo do Campo em 2010 é predominantemente feminino (89%), com média de idade em 39 anos.

Dividimos a análise dos afastamentos em relacionados ou não ao trabalho e os afastamentos em afastamentos curtos (tempo de afastamento menor que cinco dias) e afastamentos com mais de cinco dias.

Nos casos relacionados ao trabalho, ocorreram 20 afastamentos por acidentes de trabalho, todos em ACS do sexo feminino, com média de cinco dias de afastamento, sendo que em cinco casos o período de afastamento ultrapassou quinze dias, com encaminhamento ao INSS.

O acidente típico por causa externa (traumatismos) predominou neste grupo. Não houve diferença na média de idade da população acidentada em relação a população não acidentada.

No grupo de afastamentos não relacionados ao trabalho, houve 550 afastamentos com prazo de até 15 dias, ocorrendo necessidade de encaminhamento para a previdência de 42 outros funcionários, por necessitarem mais de 15 dias de afastamento.

Dos atestados válidos (467), ocorreram 402 (86%) afastamentos curtos, com média de afastamento em 1,68 dias. A causa mais comum de afastamento curto é devido a doenças respiratórias (grupo J da Classificação Internacional de Doenças 10ª Edição – 74 casos – 18,4%), seguidas pelo grupo de doenças osteomusculares (grupo M da CID-10 – 71 casos – 17,66%). O grupo que necessitou afastamento prolongado corresponde a 83 funcionários, sendo observado como principais causas de afastamento as patologias do Grupo H (doenças do olho e anexos – 11 casos – 13,25%), seguida pelo grupo M (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo – 10 casos – 12,04%). Embora tenha sido relatado na literatura adoecimento por transtornos mentais, afastamentos pelo grupo F da CID-10 corresponderam a 4,64% dos casos (superados pelos grupos N – Transtornos Urinários e K – Transtornos Digestivos).

### 5. Conclusão:

Considera-se que há necessidade de se avaliar medidas preventivas para reduzir tanto o absenteísmo quanto os acidentes de trabalho, em particular os relacionados ao sistema osteomuscular.

**Palavras-chave:** Agente comunitário de saúde. Absenteísmo. Acidente de trabalho.

1. Barros MMM, Chagas MIO, Dias MAS. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):227-232, 2009
2. Bornstein VJ, Stotz EM. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*;13(1): 259-268, jan.-fev. 2008.
3. Classificação Internacional de Doenças – Décima Edição. (CID-10) <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>.
4. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e reestruturação produtiva. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(4):898-906, abr, 2009.



## Trabalho 22

5. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [ 3 ]: 899-915, 2011
6. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 16(1):231-240, 2011
7. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [ 4 ]: 1143-1164, 2010
8. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP;41(3): 426-433, set. 2007.
9. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out.2010
10. Nascimento EPL, C CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saude Publica;24(6): 1304-1313, jun. 2008.
11. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública 2002; 18:1639-46.
12. Ursine BL, Trelha CS, Nunes EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 35 (122): 327-339, 2010
13. Wai MFP, Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):563-8.