



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

CURSO DE FISIOTERAPIA

**OCORRÊNCIA DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA E
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE UM DISTRITO SANITÁRIO EM
SALVADOR, BAHIA**

JANAÍNA SANTOS DE SIQUEIRA

SALVADOR

2011



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

CURSO DE FISIOTERAPIA

**OCORRÊNCIA DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA E
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE UM DISTRITO SANITÁRIO EM
SALVADOR, BAHIA**

JANAÍNA SANTOS DE SIQUEIRA

Trabalho apresentado à Universidade do Estado da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia, elaborado por Janaína Santos de Siqueira, sob orientação da Prof^a Alcylene Carla de Jesus dos Santos.

SALVADOR

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Sistema de Bibliotecas da UNEB

Siqueira, Janaina Santos de

Ocorrência de dor musculoesquelética e transtornos mentais comuns entre agentes comunitários de um distrito sanitário em Salvador - Bahia / Janaina Santos de Siqueira . – Salvador, 2011.

15f.

Orientadora : Prof^ª. Alcylene Carla de Jesus dos Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado da Bahia.
Departamento de Ciências da Vida. Colegiado de Fisioterapia. Campus I. 2011.

Contem referências.

Agradeço sobretudo à Deus pela concretização deste projeto. Agradeço ainda a todos os profissionais que gentilmente colaboraram para a execução deste trabalho, e em especial aos Agentes Comunitários de Saúde dos distritos sanitários Cabula/Beirú e Centro Histórico.

SUMÁRIO

Agradecimentos	4
Folha de Rosto do Artigo.....	6
Resumo	7
Abstract.....	8
Introdução.....	9
Material e métodos	10
Resultados.....	11
Discussão	13
Conclusão.....	18
Referências bibliográficas	20
Tabelas/Figuras	24

**OCORRÊNCIA DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA E
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE UM DISTRITO SANITÁRIO EM
SALVADOR, BAHIA**

**MUSCULOSKELETAL PAIN AND COMMON MENTAL
DISORDERS AMONG COMMUNITY HEALTH AGENTS IN A
HEALTH DISTRICT IN SALVADOR, BAHIA**

Janaína Santos de Siqueira¹, Alcylene Carla de Jesus dos Santos²,

¹Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

²Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Correspondência para:

Janaína Santos de Siqueira

Rua do Paraíso, nº34, Conjunto São Bento, bloco A, apt 106, Nazaré

CEP: 40.040-000, Salvador, Bahia, Brasil

Tel.: (71) 3321-8499

E-mail: js.siqueira@yahoo.com

OCORRÊNCIA DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE UM DISTRITO SANITÁRIO EM SALVADOR, BAHIA

RESUMO

FUNDAMENTO: O agente comunitário de saúde (ACS) compõe a categoria mais recente da equipe multiprofissional. Esta atividade exhibe muitas contradições e torna os profissionais vulneráveis a uma série de agravos musculoesqueléticos e à saúde mental. A dor musculoesquelética (DME) é um grave problema de saúde pública e é bastante associada a fatores ocupacionais, ergonômicos e psicossociais. Os transtornos mentais comuns (TMC), por sua vez, englobam os distúrbios psiquiátricos que não atendem aos critérios diagnósticos preestabelecidos para ansiedade e depressão, entretanto, estão fortemente relacionados ao prejuízo na qualidade de vida, nas relações sociais e ocupacionais.

OBJETIVO: Este trabalho se propôs a estimar a ocorrência de DME e TMC entre ACS de um distrito sanitário em Salvador, Bahia.

MÉTODOS: Estudo descritivo de corte transversal envolvendo 161 ACS do distrito sanitário cabula/Beirú. O instrumento de coleta de dados, aplicado entre os meses de setembro de 2010 e março de 2011, continha questões relativas às condições sócio-demográficas, clínicas e ocupacionais, o questionário de dor de McGill adaptado e validado para a língua portuguesa e a versão curta do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para rastreamento de possíveis casos de TMC, com ponto de corte igual a 7. O Rapid Entire Body Assessment (REBA) foi adotado como instrumento de avaliação ergonômica da ocupação. A análise estatística dos dados foi realizada no programa Epi Info, versão 3.5.2. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia.

RESULTADOS: A ocorrência de dor musculoesquelética foi de 77,4%. A queixa foi mais frequente entre os etilistas ($p=0,01$). A prática de atividade física exerceu efeito protetor ($p=0,05$). Os segmentos corporais mais acometidos foram coluna lombar (53,1%) e joelhos (44,2%). A dor lombar apresentou-se significativamente maior entre as mulheres. A ocorrência de possíveis casos de TMC na amostra de ACS foi de 48,4%. Os TMC estiveram significativamente associados ao etilismo ($p=0,03$) e ao sexo feminino ($p=0,04$), ao relato de DM intensa ($p=0,00005$) e a uma maior quantidade de pontos dolorosos ($p=0,0007$) e de descritores assinalados no questionário de dor de McGill ($p=0,035$). A atividade de pesagem de crianças foi avaliada através do REBA. A pontuação obtida (10/15) indicou alto risco para lesão do sistema musculoesquelético, sugerindo a necessidade de intervenção no posto de trabalho, em breve.

CONCLUSÕES: As ocorrências obtidas neste estudo foram elevadas, algumas vezes superiores a outros dados nacionais. Os ACS estão sujeitos a diversos acometimentos musculoesqueléticos que produzem dor, bem como a TMC. Ações voltadas para a melhoria das condições de trabalho dos ACS poderão influenciar na qualidade da assistência promovida pelos mesmos. A escassez de trabalhos voltados para esta população ressalta a necessidade de estudos sobre a classe profissional, estratégica para a nova configuração da política de saúde brasileira.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Dor; Ergonomia; Transtornos mentais; Programas de rastreamento.

MUSCULOSKELETAL PAIN AND COMMON MENTAL DISORDERS AMONG COMMUNITY HEALTH AGENTS IN A HEALTH DISTRICT IN SALVADOR, BAHIA

ABSTRACT

BACKGROUND: The community health agent (CHA) comprises the most recent category of the multidisciplinary team. This activity shows many contradictions and make workers vulnerable to a variety of musculoskeletal and mental disorders. The musculoskeletal pain (MSP) is a serious public health problem and is fairly related to occupational, ergonomic and psychosocial factors. Common mental disorders (CMD), in turn, include psychiatric disorders that do not meet pre-established diagnostic criteria for anxiety and depression, however are strongly related to the impaired quality of life, and damages on social relationships and work.

OBJECTIVE: This study proposes to estimate the occurrence of MSP and CMD among CHA in a health district in Salvador, Bahia.

METHODS: A cross-sectional descriptive study involving 161 CHA in the health district of Cabula/Beiru. The data collection instrument, applied between the months of September 2010 and March 2011, included questions concerning socio-demographic, clinical and occupational settings, the McGill Pain Questionnaire adapted and validated for the portuguese language and the short version of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) to identify possible cases of CMD with a cutoff equal to 7. The Rapid Entire Body Assessment (REBA) has been adopted as a ergonomic tool for the evaluation of the postures developed at work. The statistical analysis was performed using the 3.5.2 version of EPI INFO. The project was approved by the Ethics Comettee of the University of the State of Bahia.

RESULTS: The occurrence of MSP was 77,4%. The complaint was more frequent among alcoholics ($p=0,01$). Physical activity had a protective effect ($p=0,05$). The lumbar spine (53,1%) and the knees were the most affected. Low back pain was significantly higher among women. The possible occurrence of CMD cases in the sample of ACS was 48,4%. The CMD were associated with alcoholism ($p=0,03$) and females ($p=0,04$), higher intensity of MSP ($p=0,00005$) and a greater number of tender points ($p=0,0007$) and descriptors reported in the McGill pain questionnaire ($p=0,035$). The activity of weighing children were assessed by REBA. The score (10/15) indicated high risk for musculoskeletal injury, suggesting the need for intervention in the workplace soon.

CONCLUSIONS: The events obtained in these studies were sometimes higher than other national data. CHA are exposed to various musculoskeletal affections that produce pain as well as CMD. Actions aimed at improving the working conditions of CHA may influence the quality of care promoted by them. The paucity of studies focused on this population underscores the need of more investigation about this professional class, too much important on the Brazilian health policy.

Key-words: Primary health care; Pain; Ergonomics; Mental disorders; Mass screanning.

Introdução

O processo de reestruturação produtiva, característico do modo de produção capitalista, é responsável pela precarização do trabalho, traduzida em extensas jornadas, na baixa remuneração, desemprego, enfraquecimento da rede de proteção, bem como pelo aumento da carga física e psíquica imposta aos trabalhadores¹⁻⁵. Observa-se a progressiva banalização do sofrimento, que é percebido como fator inerente e indissociável do ato de trabalhar⁴.

A dor musculoesquelética (DME) é vastamente associada na literatura à atividade profissional dos indivíduos, sendo uma das principais causadoras de absenteísmo por motivo de saúde^{6,7}. A intensidade da dor e sua localização são fatores de grande influência sobre o tempo de ausência no trabalho⁷. A dor e a incapacidade para o trabalho decorrentes de condições musculoesqueléticas afetam o funcionamento social e a saúde mental, contribuindo para a deterioração da qualidade de vida⁸. Fatores ocupacionais como a execução de trabalho extenuante, o carregamento de peso, movimentos de inclinação, rotação, puxar e empurrar bem como a insatisfação com o trabalho realizado, estão associados à ocorrência de dor lombar crônica⁸. Os transtornos mentais comuns (TMC), por sua vez, caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas⁹.

Em inquérito realizado por Harutunian et al¹⁰ em 2008 na Espanha com 74 cirurgiões dentistas de um programa de pós-graduação, incluindo estudantes e membros da instituição de ensino, 79,8% dos participantes relataram dor musculoesquelética nos últimos 6 meses. Os locais mais acometidos foram as regiões cervical e lombar, apontadas por 58% e 52,7% dos indivíduos, respectivamente. Apenas 33,8% dos entrevistados realizavam alguma atividade para prevenir o sintoma. Siqueira, Cahú e Vieira¹⁴ obtiveram ocorrência de lombalgia de 78,58% em uma população de 56 fisioterapeutas que atuavam em clínicas particulares do Recife¹¹. Silva e Menezes¹², ao estudarem 141 ACS em unidades de saúde do município de São Paulo, encontraram uma prevalência de casos de transtornos mentais comuns (TMC) de 43,3%. Entre os ACS entrevistados, 17% utilizavam calmante, tranqüilizante ou antidepressivo. Outros trabalhos relatam possíveis casos de TMC em populações específicas como enfermeiros e médicos^{13,14}.

O agente comunitário de saúde (ACS) é a categoria profissional mais recente no âmbito da equipe multiprofissional¹². Suas atribuições são a prevenção de doenças e promoção da saúde através de práticas educativas desenvolvidas nos domicílios ou em grupo¹⁵. Estes profissionais estão expostos a uma gama de agravos musculoesqueléticos e mentais que podem estar relacionados com a atividade laboral, produzindo dor e perda da qualidade de vida^{12,16}.

A regulamentação da atividade do ACS representa um avanço na estratégia de remodelamento do sistema de saúde brasileiro. A literatura científica apresenta uma lacuna no que tange os aspectos de saúde mental e, principalmente, físico destes profissionais, paradoxalmente ao que ocorre entre as

demais categorias da equipe de saúde. O presente trabalho se propôs a estimar a ocorrência de dor musculoesquelética e transtornos mentais comuns entre agentes comunitários de saúde de um distrito sanitário da cidade de Salvador, Bahia.

Material e métodos

Realizou-se um estudo descritivo, de corte transversal, cuja população foi composta por ACS do distrito sanitário Cabula/Beirú. Os profissionais estavam distribuídos em 8 unidades de saúde, conforme lista cedida pela coordenação do distrito. Foram excluídos aqueles que exerciam a função em tempo inferior a seis meses.

Realizou-se um estudo piloto em julho de 2010 envolvendo 8 ACS, alocados em 3 unidades de saúde do distrito sanitário Centro Histórico com a finalidade de refinar o instrumento de pesquisa e capacitar os investigadores.

A coleta de dados foi realizada no horário e local de trabalho dos ACS no período de setembro de 2010 a março de 2011. O instrumento de investigação continha questões relativas às condições sócio-demográficas, clínicas e ocupacionais.

Foi aplicada a escala multidimensional de dor de McGill adaptada e validada para a língua portuguesa, que abarca as dimensões sensorial, afetiva e avaliativa da dor. Contém 20 questões com dois a seis quesitos cada, uma escala de intensidade de dor de zero a dez, um diagrama corporal para representação do local da dor e a caracterização de aspectos como periodicidade e duração desta sintomatologia¹⁷.

A aplicação da versão curta do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), por sua vez, teve como finalidade o rastreamento de possíveis casos de transtornos mentais comuns, também denominados como distúrbios psiquiátricos menores. Trata-se de um instrumento de fácil aplicação e baixo custo elaborado pela Organização Mundial de Saúde e validado para o Brasil em 1980. É composto por questões sobre sintomas psicossomáticos nas quais o indivíduo responde *Sim* ou *Não*. Quanto maior a pontuação obtida, em uma variação de 0 a 20, maior a probabilidade de apresentar transtorno mental comum^{18,19}. Adotou-se o ponto de corte sete para ambos os sexos¹⁸.

O Rapid Entire Body Assessment (REBA), instrumento de avaliação ergonômica, foi utilizado para avaliação do potencial lesivo da atividade. Desenvolvido por Hignett e McAtamney²⁰ em 2000, apresenta uma pontuação de 0 a 15, predizendo risco para o desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas e a necessidade de intervenção sobre as posturas executadas durante o trabalho, quanto maior for o seu score. O instrumento ainda não foi validado e traduzido para a

língua portuguesa, contudo, tem sido vastamente utilizado em estudos envolvendo trabalhadores do campo da indústria e da saúde.

Um ACS do distrito sanitário Cabula/Beirú foi acompanhado em dois turnos para a compreensão da dinâmica de trabalho e investigação das funções desempenhadas com risco potencial para o desenvolvimento de doenças musculoesqueléticas. Foram realizadas fotografias de um profissional durante três visitas domiciliares de rotina para acompanhamento e pesagem de crianças. Utilizou-se uma câmera fotográfica da marca Sony, modelo DSC-S650 de 7.2 mega pixels para a captura das imagens. Foi solicitada a autorização do morador para a aquisição das imagens no interior dos domicílios através de um documento contendo informações sobre o trabalho e os pesquisadores. Em nenhum momento foram realizadas fotografias que permitissem a identificação do indivíduo assistido.

O banco de dados foi estruturado e analisado no programa de uso livre, EPI INFO 3.5.2 (C.D.C., 2008). Para a entrada de dados foi confeccionada uma máscara e, posteriormente, foram realizados procedimentos de validação e limpeza dos dados digitados. Para análise estatística foram descritas as freqüências simples para as variáveis categoriais e para as variáveis contínuas foram utilizadas as medidas de tendência central e suas respectivas medidas de dispersão.

O projeto deste trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, processo nº 0603100086910/10. Todos os participantes concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A amostra deste estudo foi composta por 124 ACS de um total de 161 profissionais alocados no distrito sanitário Cabula/Beirú. Os demais funcionários recusaram-se a participar do estudo alegando falta de interesse ou disponibilidade (9,9%), estavam sob licença maternidade/doença ou férias (5,6%), não foram encontrados (5,0%), não devolveram o questionário (1,9%) ou desligaram-se do serviço (0,6%).

No distrito sanitário investigado os ACS estão organizados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF), estando a maior parcela alocada no primeiro (61,3%). Todos os trabalhadores cumprem carga-horária semanal de 40 horas. O tempo médio no exercício da função foi $8,35 \pm 3,35$ anos. A maior parte da amostra mostrou-se satisfeita com o trabalho (56,5%).

A média de idade obtida na amostra foi de $36,7 \pm 7,2$ anos, composta predominantemente por indivíduos do sexo feminino (83,9%), de cor/raça auto-referida preta (54,9%) e casados (48,4%). A maioria estudou até o ensino médio (67,7%) e possui renda familiar de 1 salário mínimo (47,6%),

sendo 59,7% os principais provedores da família (Tabela 1). No que diz respeito às variáveis clínicas, 0,8% eram tabagistas, 39,8% consumiam bebida alcoólica e apenas 43,5% realizavam alguma atividade física. Dentre estas, predominou a caminhada, adotada por 50% dos indivíduos (Tabela 2). A ocorrência de dor musculoesquelética foi de 77,4% enquanto a de possíveis casos de TMC correspondeu a 48,4%. A média da pontuação obtida no SRQ-20 correspondeu a 6 ± 4 , variando de 0 a 18 quesitos (Tabela 2).

A mediana do tempo de início dos sintomas foi 24 meses, com média de intensidade na escala numérica de dor igual a $7,7 \pm 1,85$ em seu pior momento e $6,6 \pm 2,65$ durante o trabalho. A média de pontos dolorosos por indivíduo foi $4,7 \pm 4,5$ (Tabela 3).

Os segmentos corporais mais acometidos foram a coluna lombar (53,1%), seguida pelos joelhos (44,2%), enquanto a região glútea foi a menos indicada (3,1%). O uso de medicamentos analgésicos como tratamento foi relatado por 73,3% dos indivíduos que referiram dor, seguido por fisioterapia, mencionada por 15% (Tabela 3). Quando questionados sobre os fatores que acreditavam exacerbar o quadro, 40,4% (n=94) atribuíram a piora dos sintomas ao esforço ou a carregar peso. Sua atenuação foi associada ao repouso por 50,5% (n=91) dos participantes.

Em relação ao número de palavras assinaladas no questionário de dor de McGill (QDM), a média de descritores escolhidos foi $9,8 \pm 6,5$, a maior parte destes na categoria sensorial, com $5,1 \pm 3,5$ palavras, seguida das modalidades afetiva ($2,1 \pm 1,8$ descritores), miscelânea ($1,6 \pm 1,6$ descritores) e avaliativa ($0,8 \pm 0,4$ descritores). A mediana do índice de dor total obtida foi 15. O aspecto sensorial exerceu, novamente, maior influência sobre a percepção da dor, com a média do seu índice correspondendo a $12,04 \pm 8,2$.

Dentre os sujeitos com queixa algica, 23,2% (n=95), relataram que a dor interferiu negativamente no relacionamento com familiares, vizinhos e amigos e 52,7% (n=93) na execução das atividades laborais. A maioria acredita que o sintoma gerou interferência moderada (31,3%) ou pouca (30,2%) sobre o trabalho normal, incluindo o realizado fora e dentro de casa (Tabela 3).

A queixa de DME foi mais freqüente entre os etilistas ($p=0,01$). As mulheres apresentaram mais sintomas na coluna lombar ($p=0,03$). A prática de atividade física exerceu efeito protetor para DME ($p=0,05$) (Tabela 4). Os TMC estiveram associados ao etilismo ($p=0,03$), ao sexo feminino ($p=0,04$), a uma maior quantidade de descritores assinalados no QDM ($p=0,035$) e a 5 ou mais pontos dolorosos marcados no mapa corporal ($p=0,0007$). Observou-se associação entre DME intensa e TMC ($p=0,00005$).

Foram visitados 3 domicílios. Dentre as posturas analisadas, a executada durante a colocação do cesto de tecido contendo a criança nas hastas de apoio da balança foi a que obteve maior escore no REBA (10/15). A ACS realizou rotação e flexão de tronco com excessiva flexão de joelhos e descarga de peso sobre os mesmos, no chão, utilizando uma base de suporte instável e em flexão plantar,

bilateralmente. Os membros superiores estavam elevados a aproximadamente 90° suportando o peso da criança, até o momento em que se sentiu confiante para soltá-la totalmente no cesto.

A pontuação obtida indica alto risco para lesão do sistema musculoesquelético, e que em breve será necessária uma intervenção no posto de trabalho para proteger os indivíduos durante a execução da atividade (Figura1).

Discussão

O presente estudo obteve elevadas ocorrências de dor musculoesquelética e transtornos mentais comuns entre a população de ACS do distrito sanitário Cabula/Beirú. A DME foi associada ao etilismo, enquanto a prática de atividade física exerceu efeito protetor. Os TMC estiveram associados com significância estatística ao etilismo, ao sexo feminino, à maior quantidade de pontos dolorosos e de descritores assinalados no QDM, bem como à DME intensa.

A ocorrência de DME encontrada foi superior à prevalência de dor crônica obtida em inquérito recente de base populacional envolvendo 2.297 indivíduos adultos residentes na cidade de Salvador (41,4%)²¹. Kreling, Cruz e Pimenta²² encontraram, em 2006, prevalência de 61,4% de dor crônica entre 505 trabalhadores que exerciam atividades diversas em uma universidade. Em estudo realizado com 2632 trabalhadores e desempregados da Inglaterra, 22,4% dos sujeitos reportaram DME crônica e outros 22,4% DME incapacitante²³.

Os dados desta pesquisa não são suficientes para caracterizar manifestação dolorosa relatada como crônica, visto que a literatura reduziu a importância do componente temporal isolado na caracterização do sintoma²⁴. Ainda assim, a mediana da sua duração encontrada sugere a cronificação da queixa álgica em grande parcela dos sujeitos.

A média de pontos dolorosos foi $4,7 \pm 4,5$. Kreling, Cruz e Pimenta²² obtiveram média de 1,32 locais, visto que 66% dos funcionários de uma universidade relataram apresentar o sintoma em um único ponto. Entre dentistas ou professores de odontologia investigados, 42% (n=31) sofriam de dor em três ou mais regiões¹³. Carnes et al²⁵ observaram que apenas 25% (n=273) dos indivíduos com DME crônica assinalaram uma única parte do mapa corporal, enquanto 4% (n=43) referiram DME crônica em mais de 8 pontos. Os tratamentos propostos tendem a priorizar um dos sintomas, o que freqüentemente acarreta o insucesso da terapêutica²⁵. A associação do número de pontos dolorosos com a ocorrência de TMC obtida neste estudo pode expor uma relação bidirecional, suscitando a importância de novos trabalhos. Há uma carência de estudos que possam estabelecer a relação entre fatores psicológicos como ansiedade, depressão e irritabilidade com a manifestação dolorosa em múltiplos pontos.

A intervenção terapêutica predominantemente medicamentosa sugere a necessidade de maior acesso dos ACS à outras modalidades de tratamento, articuladas e multiprofissionais, para evitar a cronificação da DME e/ou produção de incapacidade funcional^{26,27}. Faz-se necessária também a investigação de possível interferência de comprometimentos da saúde mental sobre o quadro.

A preponderância na escolha dos descritores sensitivos do QDM pode explicar a ausência de uma relação positiva com relevância estatística na associação entre as variáveis DME e possível presença de TMC. A maior quantidade de descritores sensitivos na distribuição entre as categorias do instrumento, embora possa induzir os indivíduos a enquadrarem o sintoma neste aspecto, não reduz a importância do QDM como avaliador das questões subjetivas da dor¹⁷. A linguagem e extensão do QDM ainda são entraves para sua utilização. A amostra deste estudo encontrou dificuldades para o preenchimento do mesmo, o que contribuiu para a perda de dados.

A região da coluna lombar tem sido vastamente apontada como principal sede de sintomas álgicos^{21,23,28-30}. É possível aventar algumas hipóteses para a distribuição dos sintomas. As extensas caminhadas desprovidas de calçado adequado e em solos irregulares, a acessibilidade precária aos domicílios, além de fatores emocionais relacionados ao indivíduo e à organização do trabalho são possíveis fatores contribuintes^{8,28}. A depressão, ansiedade, instabilidade emocional além de fatores como insatisfação com a atividade desenvolvida são comumente associados à dor lombar¹¹.

Na fotografia analisada, observa-se um posicionamento inadequado do ponto de vista ergonômico. As posturas que envolvem rotação ou inclinação de tronco, elevação dos membros superiores acima da cabeça com ou sem carga adicional, posicionamentos com base de suporte instável são caracterizadas na literatura como potenciais geradoras de distúrbios musculoesqueléticos e dor^{11,30,31}.

Um estudo eletromiográfico comprovou que atividades que envolvem o levantamento assimétrico de carga, como na posição semi-ajoelhada observada durante a visita domiciliar, não são adequadas para indivíduos com dor lombar, visto que oferecem risco potencial de lesão da porção inferior dos músculos eretores da espinha. Os autores não atribuíram o risco a uma carga mínima, o que sugere que a atividade do ACS, embora não envolva cargas elevadas como em outras ocupações, pode contribuir para o sintoma³¹.

Entre fisioterapeutas analisados por d'Ávila³⁰, em 2005, houve associação entre dor lombar e o trabalho em posturas curvadas. Em um estudo envolvendo 846 enfermeiras, 65% destas atribuíram o sofrimento físico ao levantamento dos pacientes, 47% às posturas estranhas e 34% à ação de inclinar-se sobre o leito. Entre estas profissionais foi referida queixa de dor principalmente em coluna lombar (34%), cervical e braços (30%) e pernas (16%), especialmente em joelhos³².

Wai et al³³ concluíram em revisão sistemática que a gênese de dor lombar a partir dos movimentos de inclinação e rotação executados por trabalhadores é improvável. A contribuição dos mesmos para o sintoma em determinadas categorias profissionais é mais aceitável.

Jones et al³⁴, em 2007, ao observarem a incidência de dor nos joelhos em população recém empregada de diversas categorias, encontraram risco aumentado para o sintoma em indivíduos que precisaram ajoelhar-se por mais de 15 minutos, realizar flexão anterior do tronco de forma desconfortável, realizar levantamento de objetos na altura do ombro, desde que com peso inferior a 13 kg aproximadamente, além daqueles que relataram sofrimento psíquico. No primeiro ano do estudo, os carteiros apresentaram uma taxa de incidência de 2,2%. Após dois anos, a taxa ampliou para 17,9%. As semelhanças na forma de execução do trabalho de ACS e carteiros, a exemplo das longas caminhadas externas e o peso suportado em mochilas ou bolsas, sugere uma possível contribuição destes fatores na produção da dor nos joelhos referida no presente estudo.

A periodicidade com a qual a pesagem de crianças é desenvolvida pode gerar questionamentos quanto ao seu potencial lesivo^{35,36}. Existe ainda a variabilidade nas formas de execução da mesma atividade por cada ACS. É preciso considerar que, com exceção da balança, estes profissionais utilizam o mesmo material no trabalho diário, o que se constitui como uma carga adicional. Além disto, a média do tempo de trabalho indica uma exposição prolongada aos fatores de risco típicos da função³⁵. A contribuição da pesagem somada aos fatores ergonômicos não analisados nesta investigação, além das questões relacionadas aos fatores psicossociais e da organização do trabalho produzem um campo propício ao surgimento da DME.

Apenas a dor lombar apresentou significância estatística com o sexo feminino, contrapondo estudos que encontraram freqüências significativamente maiores entre mulheres em diversas localizações. Ainda não há um consenso sobre a desigualdade na distribuição dos sintomas entre os sexos, mas a inserção precária no mercado de trabalho e a dupla jornada, associadas às questões fisiológicas e culturais são possíveis explicações^{21,22,37,38}.

O etilismo foi associado à ocorrência de DME. Os trabalhos que estudaram esta associação são escassos. Sá et al²¹, verificaram um efeito protetor independente no consumo moderado de álcool. Isto pode dever-se ao fato do etilismo moderado ser comumente associado às atividades de lazer e convívio social, especialmente entre as camadas de menor poder aquisitivo, que podem influenciar a percepção do indivíduo sobre a dor. No presente estudo ao estratificar o consumo de álcool pela freqüência mensal, não houve associação estatisticamente significativa com a DME em nenhum dos grupos.

O efeito protetor para DME atribuído à atividade física é bem relatado^{39,40}. Nilsen et al³⁹, em estudo de 2011 que envolveu 32.417 indivíduos para análise da dor lombar e 30.575 para análise da dor cervical e em ombros, encontraram associação inversa entre a quantidade de horas em atividade física na semana e risco de dor nas três regiões.

Um inquérito transversal publicado em 2011 observou redução de 10% e 12% da prevalência de dor crônica entre mulheres e homens respectivamente com idade de 20 a 63 anos que realizavam

exercícios físicos de duas a três vezes por semana em comparação aos que não realizavam. A faixa etária mais jovem se beneficiou do exercício apenas quando seu volume era de no mínimo 30 minutos ou de intensidade moderada⁴⁰. Indivíduos que apresentam dor podem estar afastados das atividades por não suportarem o movimento ou acreditarem que a atividade física exacerba os sintomas, potencializando o ciclo dor-imobilidade-dor. A prática de atividade física relaciona-se com uma atitude de cuidado com o próprio corpo e a saúde e é capaz de produzir bem-estar e relaxamento. Considerando que o sintoma algíco se manifesta por diferentes dimensões, uma atitude positiva pode influenciar a percepção do sintoma.

Um estudo de base populacional realizado em 2000 com 1.967 indivíduos da cidade de Pelotas com idade entre 30 a 69 anos encontrou prevalência de 28,5% de TMC. O distúrbio foi associado às categorias de classe D e E, ao sexo feminino, à faixa etária superior a 40 anos, à obesidade, ao fumo acima de 19 cigarros/dia e à presença de doenças crônicas⁴¹. Ludermir e Melo Filho⁴² obtiveram no mesmo ano uma prevalência de TMC equivalente a 35% entre 621 adultos em uma amostra domiciliar aleatória. O quadro esteve associado a condições precárias de moradia, baixa escolaridade, pior renda familiar per capita e informalidade no trabalho. Lima et al⁴³, em 2004, em inquérito de base populacional com 1593 indivíduos, encontraram taxa de 20,8% de TMC com pontos de corte no SRQ-20 de oito para mulheres e seis para homens. A ocorrência no presente estudo foi similar a encontrada entre homens adultos moradores de rua com média de idade de 35,5 ± 10,2 anos, que utilizou 8 respostas positivas como ponto de corte (49,4%). O emprego de pontos de corte diferenciados para o SRQ-20 leva à necessidade de maior atenção na comparação dos dados.

A maior frequência de possíveis casos de TMC entre as mulheres já foi documentada^{44,45}. Pode ser atribuída à transição dos papéis sociais exercidos por estas, às quais ao mesmo tempo em que não são igualmente valorizadas, assumem o papel de provedoras frente ao desemprego de seus companheiros. Homens e mulheres também percebem seu estado de saúde e recorrem aos serviços de atendimento de forma diferenciada⁴⁵. O papel social desempenhado historicamente pelos homens, valendo-se da figura de forte e protetor, ainda que descontextualizado em muitas famílias, pode torná-los menos propensos a responder com veracidade o questionário e a valorizar os sintomas característicos dos TMC.

As características relativamente homogêneas nos quesitos renda, com maior concentração na faixa de até três salários mínimos, e escolaridade, no qual a maioria estudou até o nível médio ou superior incompleto são possíveis explicações para a ausência de significância estatística na associação positiva com os TMC.

Grupos populacionais que fazem consumo excessivo de álcool estão mais susceptíveis a apresentar TMC. Entretanto sua presença pode ser um fator motivador para o etilismo⁴³. Outros autores não encontraram associação entre estas condições⁴⁶. Lima et al⁴⁷, em 2004, não obtiveram associação estatística para a prevalência de comorbidade entre TMC e bebedores problema ($p=0,59$), no entanto

atribuíram os achados ao amplo espectro de transtornos englobados na caracterização dos TMC, que podem manter relações diversas com o etilismo, além de limitações na conformação do estudo. A realização desta pesquisa no local de trabalho pode ter inibido os participantes a assumirem hábito e a relatar fidedignamente a sua freqüência.

O ACS detém a responsabilidade de intervenção em condições precárias de saúde e habitação, pobreza, violência e degradação das relações sociais. Além disto, residem no mesmo local em que atuam e sofrem com a ausência de suporte para o trato com tais questões^{6,8,48}. O distrito sanitário estudado é bastante populoso, apresenta elevado índice de violência, com destaque para o tráfico de drogas, bem como insuficiência das vias institucionais para assistência à população. Este contexto amplia a sensação de impotência do ACS frente à sua realidade. Deste modo, a configuração da atividade oferece contribuição potencial para a deterioração da saúde mental dos profissionais, e torna-os mais susceptíveis aos TMC⁴⁹.

Um inquérito realizado com 141 ACS encontrou prevalência de 43,3% de prováveis casos de TMC, com risco aumentado entre as mulheres, entre indivíduos que atuavam em microáreas de risco, entre aqueles com uma ou mais faltas no trabalho no mês anterior e entre os de menor renda. Encontrou ainda associação independente com o nível de esgotamento profissional, mensurado através de instrumento específico⁶.

Indivíduos com suporte social débil, baixa escolaridade e renda, excluídos do mercado de trabalho formal estão mais vulneráveis ao acometimento por TMC⁴⁶. A alta ocorrência averiguada neste estudo representa um paradoxo visto que a criação da profissão do ACS representa um dos pilares da política de saúde do Estado na busca do aprofundamento das relações institucionais junto às comunidades carentes de assistência e promoção da integralidade das ações em saúde.

A idade não alterou a freqüência de TMC no presente trabalho, ao contrário do que ocorreu no trabalho de Maragno et al⁴⁴, em 2006. Uma hipótese é a faixa etária relativamente jovem e em fase economicamente ativa dos participantes deste projeto.

Alguns autores incluem as condições psicossociais como pontos significativos para o desencadeamento de dor musculoesquelética, tais como a baixa satisfação com o trabalho e o reduzido suporte social^{28,50-52}. O caráter subjetivo da dor faz desta um sintoma que requer grande atenção pela sua associação potencial com transtornos mentais de modo geral⁵⁰. Nahit et al²⁸ constataram em 2003 que condições adversas no trabalho e elevados níveis de estresse durante o seu período inicial aumentaram o risco para queixa de dor musculoesquelética no ano seguinte. Coelho et al identificaram significância entre TMC e doenças crônicas em um inquérito de base populacional envolvendo adultos com idade superior a 40 anos⁵¹. Harcombe et al²⁹ obtiveram significância na associação entre tensão no trabalho e dor em cervical e punho/mão entre

enfermeiros, carteiros e funcionários de escritório na Nova Zelândia. Houve associação significativa entre insatisfação com trabalho e desordens musculoesqueléticas no ombro.

Palmer et al²³ encontraram, em 2005, maior risco para apresentação de dor lombar crônica ou incapacitante entre indivíduos que reportaram sintomas de somatização. Em membros superiores, o risco aumentou de acordo com a quantidade de sintomas de somatização e a duração da DME.

Não foram encontrados estudos que investigassem a correlação entre a ocorrência de TMC e DME. Os dados obtidos no presente trabalho sugerem a existência de condições favoráveis ao desenvolvimento dos dois agravos simultaneamente, bem como capacidade de potencialização de uma condição sobre a outra. A ausência de relevância estatística entre TMC e relato de DME independente da intensidade pode dever-se aos mecanismos de enfrentamento e adaptação apresentados pelos indivíduos com menores intensidades referidas de DME.

A literatura possui uma lacuna na abordagem das repercussões da atividade do ACS sobre o sistema musculoesquelético. O estudo da interação entre os aspectos físico e mental carece de maior aprofundamento, ressaltando a importância deste trabalho. O instrumento de avaliação ergonômica adotado tem sido aplicado em estudos envolvendo diversas ocupações, inclusive no campo da saúde^{20,53}.

O desenho transversal do trabalho limita o estabelecimento de uma relação de causalidade entre as duas condições. Estudos com delineamento longitudinal possibilitarão maior entendimento a respeito. O caráter subjetivo da dor produz outra limitação, pois não é possível assegurar que o sintoma referido tem origem no sistema musculoesquelético, podendo estar associado às etiologias vascular ou neurológica. O trabalho deteve-se ao estudo da variável sexo. Investigações voltadas ao estudo das repercussões da DME e TMC entre os gêneros são imprescindíveis. Por questões de segurança os pesquisadores optaram por não captar imagens das ruas, declives e escadarias percorridas diariamente pelos ACS, o que subestima a avaliação do impacto real da atividade sobre o sistema musculoesquelético.

Conclusão

A partir da observação da atividade laboral do ACS, é possível afirmar que os mesmos estão sujeitos a diversos acometimentos musculoesqueléticos que produzem dor, bem como a TMC.

É preciso compreender o cotidiano destes trabalhadores e identificar os fatores de riscos para agravos ocupacionais de modo a empreender programas de promoção de saúde que atendam às especificidades da categoria. No entanto, a reestruturação do trabalho e das redes de apoio bem como a adequação dos índices sócio-econômicos são os pilares de sustentação deste processo.

Ações voltadas para a melhoria das condições de trabalho dos ACS poderão influenciar na qualidade da assistência promovida pelos mesmos. A escassez de trabalhos voltados para esta população ressalta a necessidade estudos sobre a classe profissional, bastante recente e que ocupa um espaço estratégico na execução das políticas de saúde atuais.

Referências Bibliográficas

1. Navarro VL. O trabalho e a saúde do trabalhador na indústria de calçados. São Paulo em perspectiva. 2003;17(2):32-41.
2. Salim CA. Doenças do trabalho exclusão, segregação e relações de gênero. São Paulo em perspectiva. 2003; 17(1): 11-24.
3. Antunes SR, Alves G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. Educ. Soc. 2004; 25(87):335-51.
4. Merlo ARC, Lápiz NL. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. Psicologia & Sociedade. 2007;19(1): 61-68.
5. Navarro VL, Padilha V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. Psicol. Soc. 2007; 19(1):14-20.
6. Ferrari IG, Alberton IMDc, Paiano m, Radovanovic CAT. Avaliação da prevalência de dor músculo-esquelética nos trabalhadores do serviço de apoio de um hospital universitário. Arq. Apadec, 2004; 8(supl.).
7. Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Soggard K. Prognostic factors for long-term sickness absence among employees with neck-shoulder and low-back pain. Scand J Work Environ Health. 2010;36(1):34-41.
8. Woolf A, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bulletin of the World Health Organization. 2003;81(9):646-56.
9. DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Claudia Dornelles. 4°. ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
10. Harutunian K, Gargallo-Albiol J, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Ergonomics and musculoskeletal pain among postgraduate students and faculty members of the School of Dentistry of the University of Barcelona (Spain). A cross-sectional study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010;16(3):425-9.
11. Siqueira GR, Cahú FGM, Vieira RAG. Ocorrência de lombalgia em fisioterapeutas da cidade de Recife, Pernambuco. Rev. bras. fisioter. 2008;12(3):222-7.
12. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e TMC em agentes comunitários. Rev Saúde Pública. 2008; 42(5):921-9..
13. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos C, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev Saúde Pública. 2003;37(4):424-33.
14. Cabana MCFL, Ludermir AB, Silva ER, Ferreira ML, Pinto ME. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. J. bras. psiquiatr. 2007;56(1):33-40.
15. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [Acesso em 30 de janeiro de 2010]. Anexo perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde. Versão Preliminar, outubro de 2003. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexo_perfil_competencias_acs.
16. Rossi D, Contrera-Moreno L. Riscos à saúde no trabalho do agente comunitário de saúde de sidrolândia, MS. Ensaios e ci. 2006;10(3):191-200.
17. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev. Esc. Enf. USP. 1996;30(3):473-83.

18. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24(2):380-390.
19. Santos KOB, Araújo TM e Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009; 25(1):214-22.
20. Hignett S, McAtamney L. Technical note- Rapid Entire Body Assessment (REBA). *Applied Ergonomics*. 2000;31(2):201-5.
21. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):622-30.
22. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm* 2006;59(4):509-13.
23. Palmer KT, Calnan M, Wainwright D, Poole J, O'Neill C, Winterbottom A, Watkins C, Coggon D. Disabling musculoskeletal pain and its relation to somatization: a community-based postal survey. *Occupational Medicine*. 2005;55:612–617.
24. Bennett RM. Emerging concepts in the neurobiology of chronic pain: evidence of abnormal sensory processing in Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*. 1999;74:385-98.
25. Carnes D, Parsons S, Ashby D, Breen A, Foster N E, Pincus T, Vogel S, Underwood M. Chronic musculoskeletal pain rarely presents in a single body site: results from a UK population study. *Rheumatology*. 2007;46:1168–1170.
26. Tsukimoto GR, Riberto M, Brito CA, Battistella LR. Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). *Acta fisiatr* 2006;13(2):63-9.
27. Vandenberghe L. Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica Psicologia: Reflexão e Crítica. 2005;18(1):47-54.
28. Nahit E, Hunt I, Dunn G et al. Effects of psychosocial and individual psychological factors on the onset of musculoskeletal pain: common and site-specific effects. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:755–760.
29. Harcombe H, McBride D, Derrett S, Gray A. Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in New Zealand nurses, postal workers and office workers. *Injury Prevention*. 2010;16:96-100.
30. d'Ávila LS, Sousa GA F, Sampaio R F. Prevalência de desordens musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho em fisioterapeutas da rede hospitalar SUS-BH. *Rev. bras. fisioter*. 2005,9(2):219-25.
31. Kothiyal K, Li F, Yiu I. A comparative study of load sharing among back and leg muscles during squat and half-kneeling lifts. *Kamal Occupational Ergonomics*. 2008; 8: 41–52.
32. Engels JA, van der Gulden J, Senden TF, van't Hof B. Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occupational and Environmental Medicine* 1996;53:636-41.
33. Wai EK, Roffey DM, Bishop, Kwon BK, P. Causal assessment of occupational bending or twisting and low back pain: results of a systematic review. *The Spine Journal*. 2010; 10:76–88.
34. Jones GT, Harkness EF, Nahit ES, McBeth J, Silman AJ, Macfarlane GJ. Predicting the onset of knee pain: results from a 2-year prospective study of new workers. *Ann Rheum Dis* 2007;66:400-06.

35. John D, Macarthur CT. Muscle Tension. Research Network on Socioeconomic Status and Health. [acesso em 2006 fev 10]; Disponível em: <http://www.macses.ucsf.edu/research/Ailostatic/notebook/muscle.html>.
36. Tsuchiya HZC, Mendonça CSL, Cesar ACG. Associação entre características pessoais, organização do trabalho e presença de dor em funcionários de uma indústria moveleira. *Fisioter Pesq.* 2009;16(4):294-8.
37. Cardoso JP, Ribeiro IQB, Araújo T M, Carvalho FM, Reis EJFB. Prevalência de dor musculoesquelética em professores. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(4):604-14.
38. Graça CC, Araujo TM, Silva CEP. Prevalência de dor musculoesquelética em cirurgiões dentistas. *Rev. baiana saúde pública.* 2006;30(1):59-76.
39. Nilsen TIL, Holtermann A, Mork PJ.. Physical Exercise, Body Mass Index, and Risk of Chronic Pain in the Low Back and Neck/Shoulders: Longitudinal Data From the Nord-Trøndelag Health Study. *Am J Epidemiol.* 2011;174(3):267–273.
40. Landmark T, Romundstad P, Borchgrevink PC, Kaasa S, Dale O. Associations between recreational exercise and chronic pain in the general population: Evidence from the HUNT 3 study. *Pain.* 2011; 20.
41. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas,RS. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2002; 5(2):164-73.
42. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(2):213-21.
43. Botti NCL; Castro CG, Silva AK, Silva MF, Oliveira LC, Castro ACHOA, Fonseca LLK. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. *Barbarói. Santa Cruz do Sul.* 2010;33:178-93.
44. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM D, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2006; 22(8);1639-1648.
45. Ludermir AB. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.* 2008;18(3):451-467.
46. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2005; 21(1):73-79.
47. Lima MCP, Menezes, PR, Ben, CM Del Eluf Neto, Gouveia J, Cruz N. Lopes CS. Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu - SP: um estudo de comorbidade e utilização de serviços [monografia na internet]. São Paulo 2004; [disponível em 10 de agosto de 2011][<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis>].
48. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Comunicação Saúde Educação.* 2009; 13(28):123-35.
49. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):426-33.
50. Fortes S, Villano LAB, Lopes C S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):32-7.

51. Coelho FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva CV. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009;25(1):59-67.
52. John D, Macarthur CT. Muscle Tension. Research Network on Socioeconomic Status and Health. [acesso em 2006 fev 10]; Disponível em: <http://www.macses.ucsf.edu/research/Ailostatic/notebook/muscle.html>
53. Ribeiro GS, Diniz RL. Avaliação postural das enfermarias da clínica cirúrgica de um hospital em São Luís, Maranhão. 14º Congresso brasileiro de Ergonomia, 4º Fórum Brasileiro de Ergonomia, 4º ABERGO, II Congresso Brasileiro de Iniciação em Ergonomia. 29 de outubro a 02 de novembro, Curitiba, PR.

Tabela 1. Características sócio-demográficas da amostra de agentes comunitários de saúde do distrito sanitário Cabula/Beirú, Salvador, Bahia, 2011.

Variável	n = 124	(%)
Idade (anos)		
Inferior a 37 anos	65	54,2%
Igual ou superior a 37 anos	55	45,8%
Sexo		
Feminino	104	83,9%
Masculino	20	16,1%
Cor/ Raça		
Amarela	3	2,5%
Branca	2	1,6%
Indígena	1	0,8%
Parada	49	40,2%
Preta	67	54,9%
Situação Conjugal		
Solteiro	51	41,1%
Casado	60	48,4%
Divorciado	9	7,3%
Viúvo	4	3,2%
Escolaridade		
Fundamental	5	4,0%
Médio incompleto	6	4,8%
Médio completo	84	67,7%
Superior incompleto	25	20,2%
Superior completo	4	3,2%
Renda		
1 salário mínimo	59	47,6%
>1 e ≤ 2 salários mínimos	36	29,0%
>2 e ≤ 3 salários mínimos	16	12,9%
>3 e ≤ 4 salários mínimos	11	8,9%
>4 salários mínimos	2	1,6%

* Variáveis que produziram perdas

Tabela 2. Características clínicas da amostra de agentes comunitários de saúde do distrito sanitário Cabula/Beirú, Salvador, Bahia, 2011.

Variável	n=124	(%)
Tabagismo		
Tabagista	1	0,8%
Não-tabagista	121	97,6%
Ex-tabagista	2	1,6%
Etilismo *		
Sim	49	39,8%
Não	74	60,2%
Prática de atividade física		
Sim	54	43,5%
Não	70	56,5%
Presença de DME		
Sim	96	77,4%
Não	28	22,6%
Possível presença de TMC		
Sim	64	48,4%
Não	60	51,6%

* Variáveis que produziram perdas

Tabela 3. Características da dor musculoesquelética relatada por agentes comunitários de saúde do distrito sanitário Cabula/Beirú, Salvador, Bahia, 2011.

Características da DME	n=96	(%)
Tempo de início dos sintomas*		
Inferior a 24 meses	41	46,1%
Superior a 24 meses	48	53,9%
Intensidade		
Leve	0	0,0%
Moderada	40	41,7%
Intensa	56	58,3%
Intervenção		
Sim	63	65,6%
Não	33	34,4%
Localização		
Coluna lombar	51	53,1%
Joelho	42	44,2%
Ombro	24	25,0%
Coluna cervical	64	22,9%
Pé	21	21,9%
Perna	20	20,8%
Coluna torácica	18	18,8%
Cabeça	13	13,7%
Mão	10	10,4%
Punho	9	9,4%
Coxa	9	9,4%
Tornozelo	9	9,4%
Quadril	8	8,3%
Cotovelo	6	6,3%
Glúteo	3	3,1%
Repercussão negativa sobre o trabalho*		
Sim	49	52,7%
Não	44	47,3%
Interferência no trabalho formal e em casa		
De maneira alguma	16	16,7%
Pouca	29	30,2%
Moderada	30	31,3%
Bastante	18	18,8%
Extrema	3	3,1%

* Variáveis que produziram perdas

Tabela 4. Características sócio-demográficas e clínicas da amostra de agentes comunitários de saúde do distrito sanitário Cabula/Beiru que relataram DME, Salvador, Bahia, 2011.

Fatores sócio-demográficos e clínicos	Ocorrência de DME	
	n=96	(%)
Sexo		
Feminino	82	78,8%
Masculino	14	70,0%
Idade*		
Inferior a 37 anos	49	75,4%
Igual ou superior a 37 anos	43	78,2%
Cor/ Raça*		
Amarela	2	2,1%
Branca	2	2,1%
Indígena	0	0,0%
Parda	37	39,4%
Preta	53	53,4%
Situação Conjugal		
Solteiro	38	39,6%
Casado	48	50,0%
Divorciado	7	7,3%
Viúvo	3	3,1%
Nível de escolaridade		
Fundamental	4	4,2%
Médio Incompleto	5	5,2%
Médio completo	64	66,7%
Superior incompleto	21	21,9%
Superior completo	2	2,1%
Renda		
1 salário mínimo	46	78,0%
>1 salário mínimo e ≤ 2 salários mínimos	27	75,0%
> 2 salários mínimos e ≤ a 3 salários mínimos	13	81,3%
> 3 salários mínimos e ≤ 4 salários mínimos	8	72,7%
> 4 salários mínimos	2	1,6%
Etilismo*/**		
Consumem álcool	43	87,8%
Não consomem álcool	52	70,3%
Prática de atividade física**		
Praticantes	38	70,4%
Não-praticantes	58	82,9%
Possível presença de TMC		
Sim	49	81,7%
Não	47	73,4%

* Variáveis que produziram perdas

** $p \leq 0,005$



Figura 1- Postura executada pela ACS do DS Cabula/Beirú durante ajuste da balança para pesagem de criança em seu domicílio, em Salvador, 2011.