

“A relação saúde/doença no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura”

por

Mariana Machado Tinoco

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Barros de Oliveira

Rio de Janeiro, março de 2015.

Esta dissertação, intitulada

“A relação saúde/doença no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura”

apresentada por

Mariana Machado Tinoco

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Barros de Oliveira – Orientadora

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica Biblioteca de Saúde Pública

T591r Tinoco, Mariana Machado

A relação saúde/doença no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de literatura. / Mariana Machado Tinoco. -- 2015.

92 f.

Orientador: Maria Helena Barros de Oliveira

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Saúde Mental. 4. Carga de Trabalho. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.14

*À todos que lutam por melhores
condições de trabalho e saúde,
em especial
aos Agentes Comunitários de Saúde.*

Agradecimentos

À Bia, Dê e Simone por me incentivarem a começar essa jornada acadêmica de dois anos a fim de me *trans-formar* em mestre.

Aos amigos do mestrado Valdinei, Ju, Gisele, Gabi e Lúcia que me possibilitaram continuar esse percurso, até mesmo nos momentos mais difíceis, estávamos juntos e construímos um corpo coletivo de acolhimento e cuidado uns com os outros.

Às amigas da vida por darem vazão e contorno aos afetos que me atravessavam durante esses dois anos. Obrigada Lívia, Luiza, Marilisa, Carol, Camila, Bianca, Rafa, Natasha e tantas outras amigas que me acompanharam nesse processo de amadurecimento e *trans-formação*.

À minha mãe e ao Eric que me ajudaram durante toda a jornada, lendo meu trabalho, sinalizando falhas, dando dicas e se preocupando com meu bem-estar e cuidando de mim durante esses anos.

Às bibliotecárias Arlete e Gizele, e ao técnico de informática Leonardo por estarem disponíveis nas inúmeras vezes que os procurei.

À Silvana que me iluminou quando sentou comigo naquela tarde de sexta-feira num café em Icaraí, me possibilitando respirar amplo e profundo, apontar pra fé e remar.

Aos professores da banca Fadel e Gabriel sempre atenciosos e solícitos. E à professora Maria Helena por ter aceitado me orientar respeitando minhas escolhas durante essa jornada.

À Capes que financiou esse mestrado e ao meu pai pelo sustento.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

DAB: Departamento de Atenção Básica

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.

CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

ESF: Estratégia de Saúde da Família

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

TMC: Transtorno Mental Comum

OMS: Organização Mundial de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

RESUMO

O presente estudo está voltado para os trabalhadores que se empenham em direcionar o olhar para o cuidado do outro e que carecem de cuidar da própria saúde e reavaliar as condições de seu trabalho. Buscamos trazer um panorama aprofundado e referenciado nos trabalhos científicos sobre a saúde do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em relação ao processo de trabalho. Há fatores que podem ser fonte de prazer e satisfação para alguns ACS, e para outros, o mesmo elemento pode ser fonte de estresse e adoecimento. Nosso objetivo é **identificar os efeitos produzidos na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde pelo processo de trabalho, a partir de uma detalhada revisão de literatura**. Pretendemos compreender, através da análise dos artigos científicos, as repercussões que o trabalho exerce sobre o ACS e os problemas de saúde que porventura a atividade laboral pode gerar. Todavia, nossa pretensão com esse estudo não é apenas direcionar nosso olhar para a nocividade do trabalho que o ACS desenvolve, mas também identificar os fatores produtores de qualidade de vida, satisfação e bem-estar. Como ferramenta metodológica, utilizamos a Revisão Integrativa norteados pela pergunta: **Quais os efeitos produzidos na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde a partir do processo de trabalho?** Foram selecionados 37 artigos científicos disponibilizados no portal de bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e CAPES, em bases de dados como Lilacs e Scopus, utilizando descritores, palavras-chave e operadores booleanos (AND, OR) como auxílio para a estratégia de busca. A identificação dos trabalhos foi complementada pela busca em cascata, incluindo a identificação de referências citadas nos trabalhos recuperados da busca inicial. A busca foi realizada em estudos referente ao contexto brasileiro, divulgado em português, espanhol ou inglês. A partir da análise dos textos, elaboramos algumas categorias que apoiam as reflexões sobre os efeitos produzidos na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde a partir do processo de trabalho, são elas: (i) desgaste e cargas de trabalho; (ii) estresse e esgotamento profissional; (iii) estratégias de enfrentamento das dificuldades; (iv) prazer e satisfação.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Carga de trabalho, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study is focused to workers who are engaged in directing his gaze to the care of the other and in need of care for their health and reassess the conditions of their work. We seek to bring an overview and referenced in scientific work on the health of Community-based Health Workers (CHW) in relation to the work process. There are factors that can be a source of pleasure and satisfaction for some CHW, and for others, the same element can be a source of stress and sickness. Our target is to identify the effects on the health of Community Health Workers by the work process, from a detailed literature review. We want to understand, through the analysis of scientific articles, the impact that work has on the CHW and the health problems that may labor activities can generate. However, our intention with this study is not only direct our gaze to the noxiousness of the work the CHW develops, but also identify the factors producing quality of life, satisfaction and welfare. As a methodological tool, made an Integrative Review guided by the question: What are the effects produced on the health of Community Health Workers from the work process? Were selected 37 scientific articles available on the portal database as the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO and CAPES in databases like as Lilacs and Scopus, using descriptors, keywords and Boolean operators (AND, OR) as aid for the search strategy. The identification of the works was complemented by secondary search, including the identification of references cited in the recovered studies in the initial search. The search was conducted in studies related to the Brazilian context, published in Portuguese, Spanish or English. From the analysis of texts, we prepared some categories that support the reflections on the effects on the health of Community Health Workers from the work process, they are: (i) wear and workloads; (ii) stress and professional exhaustion; (iii) the difficulties coping strategies; (iv) pleasure and satisfaction.

Keywords: Community-based Health Workers, Occupational Health, Mental Health, Workload, Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Marco Teórico Conceitual	14
2.1 Estratégia de Saúde da Família	14
2.2 Os Agentes Comunitários de Saúde	16
2.3 Ferramentas de trabalho dos ACS	18
3. Objetivo	21
4. Metodologia	21
5. Resultados e Discussões	23
5.1 Categoria de análise: Desgaste e Carga de trabalho	23
5.2 O Agente Comunitário de Saúde e as Cargas Psíquicas de Trabalho	27
5.2.1 Envolvimento afetivo	30
5.2.2 A relação com a comunidade	39
5.2.3 O trabalho em equipe	42
5.2.4 As condições de trabalho	49
5.2.4.1 Ausência de recursos	53

5.2.4.2 Vínculo de trabalho e salário -----	
54	
5.2.5 Violência -----	56
5.2.6 Gênero -----	59
5.3 Categoria de análise: Estresse e Esgotamento Profissional -----	
63	
5.4 Categoria de análise: Estratégias de enfrentamento das dificuldades -----	70
5.5 Categoria de análise: Prazer e Satisfação -----	
74	
6. Conclusão -----	78
7. Anexo -----	89

Apresentação

Durante os anos de 2011 e 2012, trabalhei como psicóloga no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Três Rios- RJ. Meu trabalho consistia em dar apoio matricial (técnico e pedagógico) às equipes mínimas de saúde da família, e participar de reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde onde os casos considerados mais complexos no território eram discutidos. Realizávamos atendimentos e visitas domiciliares em conjunto e moderávamos grupos sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, favorecendo a articulação entre a equipe mínima de saúde da família e outros setores da Rede de Saúde, da Secretaria de Promoção Social e da Secretaria de Esporte e Cultura.

No decorrer da minha prática como psicóloga do NASF, fui observando, nas reuniões, o adoecimento de algumas pessoas da equipe de saúde da família. As Agentes Comunitárias de Saúde, no caso de Três Rios, eram todas mulheres, ao falar de alguns casos, falavam de si e de suas dificuldades em escutar certos problemas, assim como, de lidar com a dimensão subjetiva do sofrimento. Algumas questões esbarravam em suas vidas pessoais e essa disponibilidade em ajudar, em levar informações de saúde a outras famílias, de estar em contato direto com elas, eram enfraquecidas.

Diante de tal problema, fui mobilizada a entrar na academia e pesquisar na literatura os efeitos do trabalho na vida dessa categoria profissional tão recente e complexa: os Agentes Comunitários de Saúde.

Atualmente, trabalho como tutora em um curso de formação em saúde mental para Agentes Comunitários e Técnicos de Enfermagem, o que possibilita meu constante contato com esses profissionais e meu interesse ainda maior em fomentar políticas públicas em prol da saúde desses trabalhadores.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) traz novidades à atenção primária em saúde por ser obrigatório que os ACS sejam moradores da comunidade em que trabalham. Esse profissional é relativamente novo no contexto da saúde pública, sua profissão foi criada em 2002 pela Lei 10.507, embora as primeiras experiências no Brasil tenham sido no final da década de 80. O ACS é um profissional essencial para a nova estruturação da atenção primária em saúde e para o fortalecimento do SUS.

Na década de 1980, surgiram propostas de modificação do sistema sanitário brasileiro, o que resultou no Sistema Único de Saúde (SUS). Antes do SUS, o sistema de saúde era composto apenas por uma visão dualista do processo de saúde-doença que direcionava as práticas sanitárias para uma assistência médica individual e curativista. A saúde não era considerada como direito universal, ou seja, seu acesso era restrito apenas a contribuintes do INSS, que, na época, eram separados por categoria profissional e recebiam atendimento específico de acordo com a categoria em que se inserissem.

Inspirada na Organização Mundial da Saúde (OMS, 1947), que define saúde como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*, a Constituição Federal Brasileira, de 1988, define saúde em seu Art. 196 como sendo *um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*. Dessa forma, saúde seria não apenas a ausência de doenças, mas também modos de viver, condições de trabalho, condições de habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o Programa de Saúde da família PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo, em substituição do modelo tradicional baseado em especialidades médicas. Elevado à categoria de Estratégia por meio da Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à mudança de paradigma nos processos de trabalho e a reorganização dos serviços de saúde, intensificando a relação entre cuidado em saúde e território. Ou seja, serviços organizados por equipes multiprofissionais responsáveis por uma área de abrangência relativamente pequena tem a potência de atuar de forma mais consistente, compreendendo os processos de saúde e de adoecimento das pessoas, levando em consideração o território do qual fazem parte.

A partir dessa proposta da Estratégia de Saúde da Família, há então o surgimento de unidades básicas de saúde que facilitarão o acesso das pessoas aos serviços de saúde, essas unidades são constituídas por equipes de saúde da família, que, por sua vez são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ter ou não dentista e auxiliar de saúde bucal, que compreende o processo amplo e complexo produtor de saúde e doença e as necessidades de saúde da população que vive naquele território.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (2012), cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 4 mil habitantes (no máximo), sendo a média recomendada de 3 mil habitantes por uma determinada área. A atuação das equipes de saúde da família se caracteriza como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Há um território definido, com uma população adscrita que está sob responsabilidade de cada equipe. Também dentro das equipes, o território é dividido em microáreas, em que cada ACS fica responsável por uma microárea, a fim de que se preste assistência integral, contínua e de qualidade.

A atuação do ACS envolve visitas domiciliares frequentes, acompanhamento da saúde das famílias assistidas, desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância da saúde, orientação das famílias quanto à utilização dos serviços de saúde, mantendo a equipe sempre informada a respeito das situações de riscos e necessidades de saúde da população (BRASIL, 1997).

Estes trabalhadores são selecionados para facilitar os objetivos da Estratégia da Saúde da Família (ESF), por entender que, como moradores da comunidade, conhecem as necessidades e problemas locais, podendo atuar com maior eficiência, voltados à obtenção de informações gerais em educação à saúde da população. A jornada de trabalho do ACS é de oito horas diárias, de segunda à sexta-feira e sua renda mensal é de um pouco mais que um salário mínimo.

O ACS é um trabalhador *sui generis*, segundo Nogueira (2000), ou seja, um trabalhador genérico de identidade comunitária que desenvolve atividades na saúde. Silva e Damalso (2002) identificam dois polos principais de atuação do ACS: um estritamente técnico e outro mais político. Assim, o trabalho técnico está relacionado à assistência às famílias, e o político, à solidariedade da população e à organização da comunidade para transformação dessas condições.

Nunes *et al.* (2002) consideram o ACS um personagem híbrido e polifônico, pois funciona como um mediador entre a comunidade atendida e o serviço de saúde, fazendo o elo, a ponte, entre o saber científico e o saber popular.

Porém, o fato de residirem na mesma localidade onde trabalham cria uma relação de porosidade entre o ato de trabalhar e de morar, visto que ambas as situações ocorrem em espaços físicos próximos, o que afeta a relação com sua comunidade. De acordo com Jardim e Lancman (2009: 125), *a forma como o trabalho está organizado pode ser uma fonte de sofrimento psíquico a esse trabalhador, podendo esse sofrimento se tornar patogênico.*

O adoecimento do ACS apresenta um risco não apenas para a saúde do profissional, mas também para as pessoas por eles assistidas, com as quais sua relação é extremamente importante. Foi constatado que quando as condições de trabalho são boas, há maior grau de resolutividade. Se o ACS é peça fundamental dentro da ESF,

espera-se que ele seja saudável e satisfeito para realizar suas funções (GOMES *et al.*, 2011).

Contudo, no atual panorama da saúde dos trabalhadores da saúde existe uma crescente precarização do trabalho, com vínculos empregatícios temporários, de prestação de serviços e baixos salários. As organizações de trabalho da saúde são responsáveis pelos processos de adoecimento dos trabalhadores por exigir grande ritmo na sua jornada, ambiente atravessado por sobrecargas físicas, biológicas, químicas, mecânicas, emocionais, e pela gestão do trabalho ser regida com base nos moldes burocráticos, através da hierarquização de serviços e a fragmentação associada aos procedimentos indo na contramão do que é proposto pelo SUS.

Os ambientes de trabalho muitas vezes põem em risco a saúde do trabalhador, mas também há questões relacionadas ao processo de trabalho como a dificuldade em se trabalhar em equipe, a falta de planejamento coletivo e a individualização das tarefas, a falta de reconhecimento e valorização do trabalho do ACS (CARREIRO *et al.*, 2013).

Na literatura, encontram-se muitos estudos sobre o trabalho que os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvem sobre saúde mental. Entretanto, nosso maior interesse recai sobre a saúde mental dos ACS. E ao fazermos a busca e utilizarmos os descritores “agente comunitário de saúde” e “saúde mental” verificamos que apenas alguns poucos trabalhos científicos se detêm sobre essa temática.

Os ACS são elementos importantes para a produção de estratégias de cuidado para a comunidade no seu território. São profissionais que possibilitam o acesso da população aos serviços de saúde. Entretanto, muitas vezes depositamos uma ampla expectativa na inserção desses profissionais na equipe de saúde da família, acreditando ser suficiente para a modificação do paradigma da atenção à saúde, pelo fato de pertencerem à comunidade que atuam.

Tomaz (2002) busca combater a visão romântica do ACS, que gera sobrecarga de trabalho e sofrimento para esses profissionais. O discurso, contido em muitos documentos oficiais e científicos, de que o ACS é o grande responsável pela mudança do paradigma da saúde pública brasileira, traz um alto nível de responsabilidade que pode ser um dos motivos, ou não, do adoecimento do profissional. Produz-se uma imagem idealizada em relação às expectativas depositadas nesses trabalhadores, o que, por vezes, mostra-se distante da realidade do seu trabalho.

A partir desta questão, entendendo que o trabalho dos ACS tem caráter híbrido e polifônico (NUNES *et al.*, 2002) no sentido de promoverem a articulação entre o saber popular e o saber técnico especializado, há algo no trabalho que tem gerado efeitos nesses profissionais, que em sua grande maioria é do gênero feminino.

Por entender a importância do trabalho do ACS para a saúde pública brasileira, torna-se importante aprofundar os estudos sobre esses profissionais. Espera-se que esses trabalhadores sejam saudáveis e satisfeitos para realizar adequadamente o seu trabalho de cuidado com a saúde da população.

No presente estudo, temos como objeto de análise as produções acadêmicas sobre o trabalho dos ACS e as repercussões sobre sua saúde. Ao discorrermos sobre essa categoria profissional tão importante para a saúde pública, partimos da premissa de que as subjetividades são atravessadas pelo trabalho, produzindo singularidades, e que não há fatores homogêneos que se apliquem a todos os profissionais ACS.

Pretendemos trazer um panorama aprofundado e referenciado nos trabalhos científicos sobre a saúde deste trabalhador, ressaltando a singularidade e a diversidade que compõem o trabalho do ACS. Há fatores que podem ser fonte de prazer e satisfação para alguns ACS e, para outros, o mesmo elemento pode ser fonte de estresse e adoecimento. E em seu caráter contraditório, múltiplo e complexo, este tipo de trabalho pode despertar sensações e sentimentos positivos e negativos.

2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1. Estratégia de Saúde da Família

Nos dias atuais, têm sido observadas várias mudanças nos processos de trabalho e nas formas de cuidado dos serviços da Saúde Pública brasileira, a clínica biomédica centrada na doença e na cura, deu lugar ao trabalho em equipe, visando à atenção integral das famílias no território onde elas vivem (BRASIL, 1997). Dessa forma, compreendem-se o processo saúde-doença e as necessidades locais, além da execução de práticas curativas, sobretudo, a prevenção de doenças, a fim de se promover saúde.

A família passa a ser o objeto de atenção no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, superando as práticas curativas,

tendo como objetivo a prevenção de doenças e a promoção da saúde na atenção integral. É possível perceber o sujeito habitante daquele lugar, seus costumes, sua cultura, seus desejos. Logo, é importante vê-lo além de um corpo doente, mas sem se esquecer de considerar a doença que nele existe.

Sendo assim, no encontro entre os profissionais de saúde e os usuários é construído um espaço relacional, um lugar de troca, de ensino-aprendizagem, tanto dos profissionais de saúde quanto da população, entendendo que a população também carrega um saber sobre a sua própria saúde, visando aumentar a acessibilidade desses serviços e a integralidade do cuidado com aqueles que utilizam os serviços.

Como já mencionamos, a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no país de acordo com os princípios do SUS, a fim de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas, e a estratégia de trabalho é cada equipe de saúde da família (composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS) se responsabilizar pelas famílias de um território específico.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)- Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 - a atenção básica se caracteriza como porta de entrada do SUS, formando um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

O ACS morador do território em que trabalha traz o caráter comunitário da ESF que propõe que uma pessoa possa ser o ELO entre a comunidade e os serviços de saúde. Ou seja, cada ACS é responsável por um número limitado de famílias, cada pessoa é conhecida pelo seu nome e pela sua história, assim como os usuários também conhecem os profissionais da equipe de saúde pelo próprio nome.

O contato realizado entre ACS e comunidade estabelece vínculos que possibilitam proximidade, acompanhamento e comunicação com os serviços de saúde, com o objetivo de produzir atenção integral. Os profissionais estabelecem ações de continuidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, considerando os elementos sociais e culturais e o contexto de vida das pessoas. O cuidado é estratégico, já que há facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa.

O trabalho inicia-se com o cadastramento das pessoas de uma determinada área, identificando áreas de risco e problemas de saúde. O território é dividido em áreas, e as áreas em microáreas, onde cada ACS se responsabiliza pelas famílias de sua microárea. Neste processo dinâmico são identificadas as particularidades de cada território, o número de habitantes, a extensão territorial, a distribuição da população no território, o contato social entre as pessoas, o processo de produção, a distribuição ou consumo de recursos como água, luz e esgoto e a desigualdade socioeconômica da população. Todos têm o direito de serem atendidos, como pressupõe a Constituição Federal¹ de 1988, a saúde passa a ser inscrita como direito de todos e dever do Estado.

Além do cadastramento e da dinâmica do cuidado no território, a equipe de saúde da família busca resolver os problemas no território evitando encaminhamentos descabidos. Quando é necessário o encaminhamento para outros setores e serviços, a equipe busca promover a continuidade do cuidado no território. Há, também, em alguns lugares a construção compartilhada de intervenção para o cuidado das pessoas. Diferente da lógica tradicional, o matriciamento (nome dado ao processo de suporte técnico-pedagógico e de retaguarda assistencial) se estabelece de maneira horizontal, com compartilhamento de estratégias de cuidado.

O matriciamento acontecerá quando a equipe mínima de saúde da família, ou seja, a equipe de referência, sentir a necessidade de apoio para desenvolver seu trabalho, geralmente quando se deparam com casos/situações difíceis do território e necessitem do olhar e saberes de outras especialidades como forma de ampliar a capacidade de intervenção. Segundo Chiaverini (2011), o matriciamento se dá a partir de discussão de casos, possibilitando a construção de estratégias que respondam às necessidades das pessoas.

O objetivo deste trabalho conjunto que chamamos de matriciamento é possibilitar a realização de uma clínica ampliada, integrando os saberes das diferentes especialidades em prol do cuidado complexo do outro. Diferente da lógica tradicional que acontece por meio de encaminhamentos descomprometidos, no matriciamento os casos mais complexos são discutidos, possibilitando estratégias capazes de organizar

¹ A Constituição de 1988 se caracteriza como marco histórico, pois inspirada na noção de bem-estar social cria uma base da seguridade social e inclui a assistência social como um dos pés desta base. Neste processo se institui o início da transformação da assistência de caridade, benesse e ajuda em noções de direito e cidadania, apontando para uma assistência social enquanto política pública de proteção social articulada com outras políticas voltadas a garantia de direitos e de condições dignas de vida.

um plano de ação ampliado, singular e coletivo que respondam às necessidades de saúde das pessoas.

A equipe de ESF também trabalha com atividades coletivas, como grupos de promoção da saúde, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de gestantes, de acordo com cada necessidade do território. Aponta-se a necessidade de potencializar a prevenção de agravos e a promoção da saúde ao oferecer subsídios para populações mais vulneráveis.

Nesse novo modelo de atenção básica, a dinâmica de trabalho está centrada em toda equipe e não apenas no médico e na atividade curativista de consultório. Supõe-se o compartilhamento de responsabilidade de forma orientada e a participação dos indivíduos envolvidos no seu processo de cuidado.

2.2. Os Agentes Comunitários de Saúde

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os principais condutores de informações de saúde para a comunidade. Eles realizam várias atividades, dentre elas: visitas domiciliares para cadastramento das famílias da sua área, identificação de áreas e situações de risco, orientação de pessoas ao serviço de saúde, acompanhamento da situação de saúde das pessoas, promoção da saúde e da qualidade de vida através da sua interação com a comunidade e a manutenção do contato com as famílias de sua responsabilidade (BRASIL, 2012).

Os ACS exercem papel importante no processo de cuidado das famílias do território, já que conhecem bem a localidade e os seus problemas. São agentes de mudança e trabalham com o acolhimento, a construção de vínculos, a responsabilidade e a confiança com os usuários.

Oliveira *et al.* (2010) e Galavote *et al.*, (2013) nos apontam que o trabalho do ACS é baseado em ações educativas e preventivas que buscam fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como o vínculo do sistema de saúde com a comunidade.

A primeira experiência de Agentes Comunitários de Saúde ocorreu no Ceará em 1987, com o objetivo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança (Brasil, 2002).

Em 1991, foi criado o Programa de Agente Comunitário de Saúde que tem como estratégia mudar a forma de organizar os serviços de saúde e melhorar o acesso e a qualidade da atenção à população. O Programa Saúde da Família (PSF) nos moldes atuais, também surgiu no Ceará em janeiro de 1994, como estratégia de reorganização da Atenção Básica no país. A partir daí, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) passou a ser incorporado pelo PSF. O PACS e o PSF, apesar de serem chamados de programa, devem ser vistos como estratégias estruturantes, por isso se deu a mudança de Programa da Saúde da Família para Estratégia de Saúde da Família, já que propõe reorganizar a Atenção Básica e não apenas aumentar a extensão de cobertura para as populações marginalizadas.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional (...).

Atualmente, encontram-se em atividade no país 250 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados (BRASIL, 2014).

Há lugares onde ainda não tenha sido implementada a ESF e que há somente o PACS ligado a uma unidade básica, porém este deve ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. Nos lugares que só há o PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor (BRASIL, 2014).

Em 1999, o Decreto nº 3.189 dá o exercício da atividade de agente comunitário de saúde (ACS) e a Lei nº 10.507/2002 cria a profissão de agente comunitário de saúde, que é revogada pela MP 297/2006 e convertida na Lei 11.350/2006, que regulamenta o § 5º do art.198 da Constituição Federal e disciplina as atividades do agente comunitário de saúde.

Para se tornar um Agente Comunitário de Saúde é necessário residir na área da comunidade em que atuar; ter concluído o ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde. O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 10507\02; BRASIL, 2002).

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares

ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste. (Lei 10507\02; BRASIL, 2002).

A profissão de ACS nasceu em contexto brasileiro, a partir dos desdobramentos que ocorreram com o desenvolvimento da implantação do SUS. Ela tem se caracterizado como uma experiência revolucionária e capaz de inverter a lógica centrada no saber médico-assistencialista. (ROSA *et al.* 2012) A criação da profissão constituiu numa vitória importante, contudo, esses trabalhadores continuam reivindicando melhores condições de trabalho.

A função do ACS é orientar as famílias aos serviços de saúde. Realizar atividades programadas e de demanda espontânea, acompanhar por meio de visitas domiciliares todas as famílias de sua responsabilidade, desenvolver atividades educativas com as famílias visando promover a saúde, prevenir as doenças e acompanhamento das pessoas com problemas de saúde.

Em outras palavras, *os ACS* devem

identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; orientar as pessoas de acordo com as instruções da equipe de saúde; acompanhar a situação de saúde das pessoas para ajudá-las a conseguir bons resultados. (BRASIL, 2009, p.26)

2.3. Ferramentas de trabalho dos ACS

A ESF traz em si o caráter comunitário em que os profissionais se comprometem com a comunidade e dialogam com a população, de acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade garantidos pelo SUS, onde todos têm direito a saúde, ao cuidado integral e as prioridades são para as pessoas com maior vulnerabilidade e sofrimento.

Os profissionais da atenção básica utilizam ferramentas que não estão vinculadas a equipamentos físicos, máquinas de alta densidade tecnológica, mas ao campo relacional. A atitude de escutar o desabafo é comum no dia-a-dia desses profissionais. Há algo importante no trabalho em saúde: as relações entre sujeitos e o seu agir cotidiano. Mehry (1997) diz que esse permanente agir no campo de produção de saúde configura a micropolítica do trabalho vivo em ato.

O trabalho vivo em ato é aquele que se efetiva com interação de vários tipos de tecnologias, envolvendo subjetividade, elementos simbólicos e interação com

instrumentos diversos. Esse trabalho se diferencia do trabalho que se centraliza apenas nas tecnologias que referem insumos, equipamentos e fortes conteúdos prescritivos (MEHRY, 2007).

A proposta do trabalho (vivo em ato) das equipes da Saúde da Família trata de construir vínculos com a população para facilitar a produção do cuidado, a identificação e o acompanhamento dos agravos à saúde das famílias na comunidade.

Tomando por eixo norteador o trabalho vivo em ato, isto é, a força processual que opera no campo relacional, Mehry (2007) propõe compreender de uma nova forma o tema de tecnologia de saúde e considera três tipos de classificação das **tecnologias** envolvidas no trabalho em saúde, são elas: tecnologias leves, tecnologias leves-duras e tecnologias duras (PAULON; NEVES, 2013).

As tecnologias leves de saúde são tecnologias de relações como produção de vínculos e acolhimento. Ou seja, as tecnologias leves são produtoras de relações intercessoras e podem contribuir para a potencialização da autonomia dos sujeitos no processo de produção de saúde.

As tecnologias leve-dura são entendidas como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos. Ou seja, saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde.

E as tecnologias duras seriam os equipamentos necessários para o cuidado - equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. Independentemente do recorte profissional, todos os trabalhadores da área fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias (NOGUEIRA, 2000; PAULON; NEVES, 2013).

Para o trabalho vivo em ato é necessário fazer o uso de **tecnologias leves** para fortalecer a comunicação e a troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe com a comunidade, elementos essenciais no trabalho em saúde. Neste processo, o saber popular do Agente Comunitário de Saúde ganha espaço por ser um membro da comunidade, assim, subentende-se que ele conheça e reconheça os problemas de saúde da mesma.

À medida que os ACS e outros membros da equipe de saúde da família oferecem o cuidado em saúde, é possível construir uma relação de vínculo e confiança, buscando dar respostas adequadas às necessidades de saúde daquelas pessoas, construindo uma nova prática em saúde. Esse vínculo só é possível a partir da escuta, que é uma ferramenta utilizada pelo profissional de saúde para que o paciente possa contar suas

necessidades de saúde. Escutar vai além de ouvir o que dizem, mas significa construir novas práticas de cuidado em saúde, abrindo possibilidade de compreender o que as pessoas que estão sofrendo estão vivendo (BRASIL, 2013: 117). A escuta é entendida como uma das estratégias para aplicação da integralidade e diz respeito à articulação dos equipamentos de atenção à saúde em REDE, decorrente da escuta integral e humanizada dos sujeitos.

O vínculo é uma ferramenta que possibilita a troca de saberes técnicos e populares, além de facilitar a construção da autonomia e do compartilhamento das ações. Essas ferramentas utilizadas pelos profissionais da atenção básica são vistas como potência para reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2013).

Outra ferramenta utilizada pelos profissionais da atenção básica é o acolhimento que não pressupõe nem hora nem local específico para fazê-lo, mas é uma postura ética que implica no compartilhamento de saberes e angústias e ocorre em todos os momentos do serviço de saúde e não só na recepção. O acolhimento não é triagem para consulta médica (BRASIL, 2011). O acolhimento acontece quando nos colocamos disponíveis no dia-a-dia de trabalho. Através desse processo é possível identificar várias demandas e necessidades de saúde das pessoas e intervir na *perspectiva do cuidado integral*.

O ACS é um trabalhador muito importante para a saúde pública brasileira. Devido a sua proximidade com as pessoas, o ACS utiliza essas tecnologias e ferramentas relacionais, possibilitando que a população apresente suas queixas, o que amplia o acesso aos cuidados em saúde.

Nunes *et al.* (2002) apontam o ACS como um personagem híbrido e polifônico, pois ao mesmo tempo que é morador da comunidade, também é um profissional de saúde. Muitos autores também identificam esses profissionais como o elo entre o saber popular da comunidade e o saber científico da saúde, que tem o papel de ponte, ligação e mediador entre o serviço de saúde e a população.

3. OBJETIVO

Em nossa pesquisa, temos como objetivo principal **identificar os efeitos produzidos na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de trabalho,**

a partir da revisão de literatura. Pretendemos compreender, através dos artigos científicos, as repercussões que o trabalho exerce sobre o ACS e os problemas de saúde que porventura a atividade laboral pode gerar. Todavia, nossa pretensão com este estudo não é apenas direcionar nosso olhar para a nocividade do trabalho que o ACS desenvolve, mas também identificar os fatores produtores de qualidade de vida, satisfação e bem-estar.

4. METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de uma Revisão Integrativa. Este método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES, 2008).

As etapas da revisão integrativa consistem em formulação da pergunta, busca na literatura e seleção dos critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

Este método auxilia na definição e resolução dos problemas já conhecidos, permitindo que o tema seja analisado sob novo enfoque ou abordagem, produzindo novas conclusões. A finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu a respeito do seu tema de pesquisa, principalmente quando os dados estão dispersos, não se restringindo a apenas registrar as ideias da literatura, mas também avaliá-las, comentá-las e criticá-las construtivamente.

Realizamos o levantamento bibliográfico dos artigos científicos norteados pela pergunta: **Quais os efeitos produzidos na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde a partir do processo de trabalho?**

No primeiro momento, exploramos as fontes, no portal de bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo, CAPES, em bases de dados como Lilacs e Scopus utilizando descritores, palavras-chave e operadores booleanos (AND, OR) como auxílio para a estratégia de busca. A partir dessa busca, percebemos as fontes citadas nos trabalhos para que, quando pertinentes, auxiliassem na construção do nosso trabalho.

No segundo momento, selecionamos os artigos através da leitura dos títulos e resumos, escolhendo os que consideramos pertinentes e relevantes para o desenvolvimento do nosso trabalho. O processo utilizado para selecionar estudos para inclusão na revisão foi primeiramente a consolidação da busca e a remoção de registros duplicados, depois examinamos os títulos e sumários para remover os estudos irrelevantes para nosso trabalho. O marco temporal inicial da busca foi livre, com término em agosto de 2014. A busca foi realizada em estudos referentes ao contexto brasileiro, divulgado em português, espanhol ou inglês.

No terceiro momento, realizamos a leitura criteriosa e minuciosa dos estudos selecionados, onde as informações foram sumarizadas, analisadas e documentadas de forma crítica utilizando-se o instrumento elaborado, propiciando a interpretação do material.

A primeira busca foi realizada no portal de bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), CAPES e Scielo em novembro de 2013. Foram utilizados os seguintes descritores e operadores booleanos (AND, OR): (**"agente comunitário de saúde" OR "programa de saúde da família" OR "estratégia de saúde da família"**) AND **"saúde do trabalhador"** AND **"saúde mental"**. Foram selecionados 12 artigos.

A segunda busca foi realizada no portal de bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na base de dados Lilacs em janeiro de 2014. Utilizou-se os seguintes descritores, palavras-chave e operadores booleanos (AND, OR): (**"Saúde do Trabalhador" OR "condições de trabalho"**) AND (**"Saúde Mental" OR "esgotamento profissional" OR depressão OR adoecimento**) AND (**"Agente Comunitário de Saúde" OR "Programa Saúde da Família" OR "Estratégia de Saúde da Família"**). Foram selecionados 18 artigos para compor nosso trabalho, dentre eles, 6 artigos inéditos.

E a terceira busca foi realizada no portal de bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na base de dados Scopus, em agosto de 2014. Foram utilizados os seguintes descritores, palavras-chave e operadores booleanos (AND, OR): (**"Community Health Workers" OR "Family Health Strategy" OR "Family Health Programme"**) AND (**"Occupational Health" OR workers OR "work health"**) AND (**brasil OR brazil**). Foram selecionados 5 artigos.

A identificação dos trabalhos foi complementada pela busca em cascata, incluindo a identificação de referências citadas nos trabalhos recuperados da busca

inicial. Foram então analisados 23 artigos resultantes da busca, acrescentados de 14 artigos alcançados por meio das referências ou por indicação. Totalizando 37 artigos (ver ANEXO I).

A partir da análise dos textos, elaboramos algumas categorias que apoiam as reflexões sobre **os efeitos produzidos na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde a partir do processo de trabalho**. São elas:

- Desgaste e cargas de trabalho;
- Estresse e Esgotamento profissional;
- Estratégias de enfrentamento das dificuldades;
- Prazer e satisfação.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste momento, iremos apresentar as quatro categorias presentes nos 37 artigos da Revisão Integrativa.

5.1. Categoria de análise: Desgaste e Carga de trabalho

O termo “sobrecarga” de trabalho vem sendo utilizado por parte da literatura. Este conceito é formulado quando Laurell & Noriega (1989) propõem a substituição do conceito “fator de risco de trabalho”, utilizado pela Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho, por “cargas de trabalho” e “processos de desgaste”, às quais estariam sujeitos os trabalhadores. Esta nova proposta teórico-metodológica pretende compreender as relações entre os elementos biopsíquicos e o processo de trabalho em sua dimensão histórica, considerando a saúde do trabalhador.

O processo de trabalho, ou seja, o lócus da realização do trabalho e da produção, juntamente com a carga de trabalho são considerados categorias analíticas na compreensão dos aspectos que exercem influência no processo saúde-doença. Essas categorias se fazem existentes em um campo interdisciplinar voltado para análise das conexões entre saúde e trabalho buscando a superação da noção de risco causal.

As cargas de trabalho são geradoras de desgaste. A dimensão psicossocial do desgaste significa a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica

(LAURELL e NORIEGA, 1989). E muitas vezes passam despercebidas pelo próprio trabalhador (GOMES *et al.*, 2011).

Estudos identificam cargas físicas, químicas, mecânicas e, principalmente, cargas psíquicas às quais os ACS estão expostos (TRINDADE *et al.*, 2007; VOGT *et al.*, 2012). As cargas de trabalho são conjuntos de esforços desenvolvidos para atender as exigências das tarefas, abrangendo os esforços físicos, cognitivos e os psicoafetivos (SELLINGMAN *apud* VOGT *et al.*, 2012).

Como cargas físicas identificadas no trabalho dos ACS temos a exposição contínua a temperaturas muito altas no verão - que podem ocasionar problemas na pele, desidratação ou insolação -, os ruídos, as vibrações, a umidade, a presença de odores, a ventilação inadequada das moradias e a poeira nas ruas. (VOGT *et al.*, 2012). No dia-a-dia, o ACS caminha sob o sol quente para fazer as VDs, passa por esgoto a céu aberto, por armazenamentos inadequados de lixo, por lamas e, muitas vezes, corre risco de bala perdida (TRINDADE *et al.*, 2007). Vale ressaltar, que em alguns municípios esses trabalhadores, como medidas de proteção, utilizam bonés nos dias quentes e botas, assim como capas nos dias de chuva. Além disso, utilizam outros mecanismos de proteção, como o protetor solar, óculos escuros e roupas que protegem braços e pernas. Quando esses equipamentos não são disponibilizados, os trabalhadores se sentem desvalorizados. Esse fator é apontado como causa de desgaste.

As cargas químicas são reconhecidas pela exposição ao pó, ao lixo tóxico e à fumaça em decorrência muitas vezes da falta de pavimentação das ruas ou da queima de lixo pela população. (TRINDADE *et al.*, 2007; VOGT *et al.*, 2012; SANTOS; DAVID, 2011).

As cargas orgânicas referem-se à exposição permanente aos fungos e bactérias, doenças como gripe, tuberculose, infecção urinária, pediculose (bicho-de-pé) e escabiose (carrapato). Como medidas de proteção, os ACS evitam tomar água e sentar em sofás com espumas, preferem sentar em cadeiras e procuram não utilizar o banheiro das casas que visitam, também orientam as famílias acerca de higiene e cuidado dos animais. Apesar disso, os ACS declaram precisar de maiores esclarecimentos sobre o contágio de algumas doenças para que eles, enquanto cuidadores, se sintam protegidos para efetuar o cuidado. Como o caso de doenças como da AIDS e da hepatite C que ainda são muito estigmatizadas e pouco discutidas no ambiente de trabalho. (TRINDADE *et al.*, 2007; VOGT *et al.*, 2012; SANTOS; DAVID, 2011)

As cargas mecânicas são decorrentes das longas caminhadas diárias, muitas vezes em ruas esburacadas ou da postura incorreta quando sentam durante as VDs por falta de bancos ou cadeiras e o peso das mochilas, que muitas vezes carregam a balança para pesagem das crianças do PSE. (TRINDADE *et al.*, 2007; VOGT *et al.*, 2012; SANTOS; DAVID, 2011)

Por fim, as cargas psíquicas ou emocionais são consideradas aquelas que dizem respeito à subjetividade. O medo de ser agredido por alguém durante as VDs ou na própria unidade básica, o receio de não ter seu trabalho reconhecido pela equipe de saúde da família ou por alguns integrantes da comunidade, a dificuldade no relacionamento com a comunidade e equipe de saúde da família, o fato de trabalharem e morarem no mesmo espaço – o que facilita o acesso de seus clientes em horários impróprios, fora do expediente de trabalho –, o desgaste emocional ao vivenciar situações de muito sofrimento junto com a família, a existência de conflitos, inimizades e disputas que dificultam o desenvolvimento das ações, a falta de liberdade para desenvolver novos projetos e tomar iniciativas para organizar o trabalho. Muitas vezes algumas ações de cuidado estão focadas em apenas alguns profissionais da equipe. Para Vogt *et al.* (2012), as cargas psíquicas também podem ser provocadas por situações de tensão prolongada, ritmo de trabalho acelerado, trabalho perigoso e desqualificação do trabalhador e responsabilidade de lidar com a vida de outras pessoas.

Para Wai e Carvalho (2009):

A carga emocional se refere aos elementos emocionais. Foram encontrados nesta categoria: observar a negligência dos pais com os filhos; violência doméstica, acarretando situações de denúncia para órgãos responsáveis; uso e abuso de drogas ilícitas; desemprego e falta de recursos financeiros para se alimentar ou manter-se; envolvimento excessivo com a microárea em que atua; sentimentos de angústia, inutilidade e frustração diante da resistência e incompreensão dos usuários; problemas graves de saúde ou de relacionamento familiar e situações de morte dos usuários. (WAI; CARVALHO, 2009, p. 565)

Deve-se ressaltar que não há separação entre os aspectos psíquicos e físicos, pois eles estão em íntima ligação, em mútua interferência. E que os efeitos físicos e psíquicos variam de acordo com cada pessoa, pois cada um reage de maneira diferente em sua singularidade (SANTOS; DAVID, 2011).

A sobrecarga de trabalho também pode se caracterizar por ser quantitativa e/ou qualitativa. A quantitativa diz respeito ao número excessivo de tarefas a dar conta, e a

qualitativa refere-se à dificuldade de trabalho, ou seja, às demandas que estão além de suas aptidões (CUSTÓDIO, 2006).

Para Wai e Carvalho (2009) e Rosa *et al.* (2012), a sobrecarga de trabalho do ACS se caracteriza pelo conjunto de altas exigências impostas ao trabalho, pela pouca valorização do trabalho e pelo intenso envolvimento emocional com os usuários.

Como já sinalizamos, os ACS se sentem sobrecarregados, pois além de suas tarefas e um número elevado de famílias sob sua responsabilidade, também exercem outras funções, como atividades administrativas, recepção, auxiliar de serviços gerais, entre outros. Além do excesso de VDs, que por conta de um processo de produção quantitativo que visa bater metas, além de sobrecarregá-los, pode empobrecer a qualidade do trabalho (COSTA *et al.*, 2012).

Costa *et al.* (2012) sinalizam a necessidade dos gestores avaliarem a inclusão de auxiliares administrativos na ESF, assim como pensarem na diminuição de famílias por ACS e investirem em capacitações e educação permanente. De acordo com os autores, o modo como o ACS tem conduzido seu processo de trabalho acaba por provocar desgaste. Esse desgaste é potencializado quando não há o reconhecimento dos gestores.

O desgaste é um processo de adaptação que para Laurell e Noriega (1989) é entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva, biológica e psíquica. O desgaste como categoria interligada com o de carga, se refere a um conjunto dos complexos processos psíquicos e biológicos que desgastam as capacidades vitais do trabalhador consumindo sua força de trabalho.

A falta de reconhecimento público, a falta de capacitação e reconhecimento profissional tendo em vista os baixos salários, a falta de apoio do poder público e da gestão local, a não vinculação efetiva desses trabalhadores nos serviços de saúde, além do sentimento de impotência perante a resolução dos problemas são limitações e desgastes que produzem sintomas como estresse e a síndrome de Burnout, refletindo sobre a saúde desse trabalhador (WAI; CARVALHO, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Portanto, o desgaste está associado às precárias condições de trabalho, como dificuldades de cumprir metas, sobrecarga de papéis ao assumir múltiplas tarefas do trabalho, juntamente com as tarefas domésticas, problemas no relacionamento interpessoal com a comunidade e também com a equipe.

Segundo os autores Dias *et al.* (2011), um fator produtor de desgaste é o intenso envolvimento emocional do ACS com a comunidade, por viver e morar no mesmo local, além do ACS se sentir duplamente cobrado pela equipe e pela população que depositam seus anseios e expectativas.

Outro fator produtor de desgaste são as situações de intervenções em que os ACS temem pela represália dos usuários e da exposição às zonas inseguras nos bairros de alta criminalidade, assim como já falamos, as fórmulas rígidas de avaliação da produtividade, intensidade e extensão da jornada enfraquecem as formas que os trabalhadores da saúde podem operar diante de imprevistos e dificuldades.

O desgaste desses trabalhadores também está associado à exposição dos ACS à precariedade das condições de vida que determinam as condições de saúde da população, reflexo da desigualdade social e, também, a pressão dos usuários expostos à precariedade do funcionamento do serviço das demais instâncias do setor de saúde, cuja prestação de serviços é pequena diante da demanda da população (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010).

5.2. O Agente Comunitário de Saúde e as Cargas Psíquicas de Trabalho

O ACS tem sob sua responsabilidade um elevado número de famílias que corresponde entre 450 a 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2012). Na prática, eles se responsabilizam por um número ainda maior, pois também desenvolvem atividades e realizam visitas nas microáreas descobertas, onde não tem nenhum ACS responsável. Cada ACS precisa realizar, em média, 8 visitas domiciliares diárias, desenvolver ações que busquem a integração entre equipe de saúde e população adscrita, realizar o cadastro das pessoas de sua microárea, atualizar constantemente os mesmos, orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, participar de grupos de promoção da saúde para hipertensos, diabéticos, gestantes etc. (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Além de desenvolver essas ações, o ACS também passa a assumir outras tarefas administrativas, como ficar na recepção da unidade, procurar prontuário, atender telefone, marcar consulta, organizar o fluxo dos usuários para acolhimento, protocolar os encaminhamentos, entregar os encaminhamentos de exames e de marcação de

consulta na rede secundária, preencher formulários para consolidação dos dados da produção da USF e dos indicadores de saúde para coordenação, auxiliar nos serviços gerais, entre outras. Essa sobrecarga, provocada por ter mais trabalho do que o que deveria, gera prejuízo na qualidade e na abrangência da atenção à saúde (GOMES *et al.*, 2011; SIMÕES, 2009).

O ACS ocupa outras funções que antes não eram prescritas de acordo com a PNAB, como o de ficar na recepção, fazer faxina e tarefas administrativas, aumentando seu trabalho e sobrecarregando-os. Essa sobrecarga é percebida por eles de forma negativa, uma vez que exige tempo importante que poderia ser empregado nas ações junto aos usuários (SANTOS; DAVID, 2011).

Santos e David (2011) identificaram em seu estudo, que as atividades burocráticas, que apenas agregam valor estatístico para a ESF, são as que mais sobrecarregam o ACS, em detrimento de suas atividades específicas e de suas visitas domiciliares.

As principais queixas dos ACS dizem respeito à sobrecarga de trabalho, alegando que trabalham mais do que deveriam, e que a exigência para a consolidação dos dados da produção da USF e dos indicadores de saúde para coordenação, despotencializa o trabalho comunitário que o ACS deveria desempenhar. Apontam que é cobrada a produção quantitativa do número de visitas que realizou. Não faz diferença se naquele mês houve um menor número de visitas, ainda que resolutivas, o que importa são números, a quantidade de visita que realizou. Eles relatam que acabam colhendo assinaturas, mas que não há tempo hábil de fazer o trabalho aprumado devido a tantas outras tarefas que eles precisam realizar. Além de ocuparem um lugar múltiplo, precisam atuar como: psicólogos, quando precisam escutar algum problema; enfermeiros, para dar conta dos casos clínicos; assistentes sociais, ao orientar os serviços de assistência; e nutricionistas, na orientação da questão alimentar. (GOMES *et al.*, 2011; SANTOS; DAVID, 2011).

Os ACS também sinalizaram a ausência de suporte para auxiliá-los nos casos mais complexos e o sentimento de impotência por fazerem parte da porta de entrada ao acesso dos serviços de saúde, procurando respostas aos problemas e necessidades das famílias, ainda que outros setores da saúde – como no caso de ambulatórios e exames – não deem continuidade a esse cuidado iniciado. Além de se sentirem impotentes, eles

são cobrados exaustivamente pela comunidade que precisa dos serviços especializados e não conseguem vagas ou esperam meses para conseguir (GOMES *et al.*, 2011).

Essas dificuldades encontradas no trabalho geram sofrimentos quando eles sabem que algumas daquelas necessidades de saúde não serão atendidas devido às falhas dos fluxos de referências do sistema de saúde. Essa situação provoca conflitos nas relações com a comunidade. Segundo Lancman *et al.* (2009):

O insuficiente suporte do sistema de saúde e impossibilidade de que usuário tenha acesso a outros níveis de atenção dificultam as relações de confiança, ocasionando: conflitos pessoais, instabilidade nas relações de trabalho, prejuízos à produção, à qualidade do trabalho e ao atendimento prestado. (p.130).

Alguns autores constataram que a impossibilidade de solucionar as questões apresentadas pela população produz sofrimento nos ACS. Foi verificado que há relação da sobrecarga de trabalho quando se tratava demandas com a comunidade. É esta comunidade que cobra do agente acesso às informações relativas ao SUS, Bolsa Família e até do Subsistema de saúde suplementar. O ACS como mediador, elo ou ponte entre os serviços de saúde e a comunidade permite o acesso ao serviço e torna-se foco da escuta dos problemas que muitas vezes não depende apenas deles para serem solucionados (GALAVOTE *et al.*, 2011).

Para Lancman *et al.* (2009), a falta de resolutividade é expressa em desqualificação do trabalho e provoca consequências na operacionalização desse trabalho que depende de relações de confiança e da saúde mental desses agentes.

A falta de resolutividade provoca um sofrimento adicional aos agentes devido ao contato próximo, ininterrupto, e ao vínculo que estabelecem com a comunidade, o que os faz sentirem-se responsáveis pelos seus clientes, além de testemunharem e partilharem as consequências dessa inoperância ao agravo da saúde e sofrimento dos familiares (LANCMAN, 2009, p. 7).

A busca da comunidade pelo ACS, para resolutividade de suas demandas, levamos a pensar que o ACS é a representação dos serviços saúde, responsável pela área e por aquelas famílias. O ACS é o profissional de mais acesso à população gerando uma sobrecarga sobre ele devido as responsabilidades que lhes são projetadas. Esse excesso de responsabilidade produz mal estar no agente, pois sentem-se corresponsáveis por todos os problemas afetos à saúde da população. E encaram como desafio a cobrança da

comunidade, não considerando as limitações do seu trabalho. (GALAVOTE *et al.*, 2011)

Nos tópicos abaixo iremos analisar cada fator identificado nos artigos científicos que produzem desgastes tendo como efeito o adoecimento e o sofrimento na vida dos ACS. São eles: **o envolvimento afetivo, a relação com a comunidade, o trabalho em equipe, as condições de trabalho, o gênero e a violência.**

5.2.1. Envolvimento afetivo

Vimos que os ACS, importantes profissionais da área da saúde, devem trabalhar na mesma área em que residem. Por ser morador da comunidade, ele conhece a realidade de cada família e compreende a situação de cada uma delas, os significados e os signos, sendo possível construir vínculos de confiança com a população, a fim de produzirem qualidade de vida através das ações de saúde e acessibilidade aos serviços de saúde. A confiança é imprescindível nas práticas assistenciais, ou seja, ao confiar no profissional, o paciente acredita que este poderá contribuir ou oferecer um serviço do qual ele precisa, ajudando-o a recuperar ou a manter sua saúde (GOMES *et al.*, 2011).

Dessa forma, o ACS acompanha um número determinado de famílias através de VDs, com o intuito de prevenir doenças e promover saúde. E quando nessas visitas são detectadas doenças, como diabetes, hipertensão, transtornos mentais entre outras, o ACS direciona a pessoa aos cuidados da equipe mínima de saúde e, quando for o caso, a equipe encaminha o paciente para outros setores.

Essa relação que o ACS estabelece com a comunidade é entendida por Gomes *et al.* (2011) como fundamental para a concretização da Estratégia de Saúde da Família, pois está diretamente relacionada à horizontalidade das relações, o processo de trabalho, assim como de aproximação da comunidade e profissionais, implicação destes com a resolubilidade dos casos e concretização das atividades de prevenção e promoção da saúde.

Para Nunes *et al.* (2002):

A escolha de residentes dos próprios bairros de atuação da equipe de saúde da família para desempenharem o papel de ACS tem por finalidade, entre outras, o aumento da eficiência das ações de educação para saúde, pois compartilham o mesmo contexto social e universo linguístico, facilitando a identificação de fatores que podem produzir o adoecimento das pessoas. A função comunitária dos ACS auxilia na transformação das condições da

saúde da população e na incorporação da equipe desse conhecimento (p. 1642).

Ou seja, os ACS, na condição de moradores, convivem no cotidiano com a comunidade. Esta condição pode ser facilitadora do papel mediador do serviço de saúde e a comunidade, auxiliando na resolutividade e na identificação dos fatores que interferem no processo saúde-doença das pessoas do bairro, mas também pode ser geradora de estresse e sofrimento para o ACS, por compartilharem a todo tempo o mesmo contexto social e cultural. Morar na mesma área em que trabalha é se deparar com os encontros. E esses encontros podem ser alegres ou tristes, potentes ou constrangedores.

Ao residir na mesma comunidade na qual trabalha, o agente estabelece relações diversas: relações profissionais e pessoais, relações de agente de saúde e de vizinho, relações de quem orienta quanto aos cuidados com a saúde e de quem frequenta os mesmos espaços sociais que os usuários (JARDIM; LANCMAN, 2009, p. 136).

Jardim e Lancman (2009), Lunardelo (2004) e Nunes *et al.* (2002) levantam que o fato de morarem no mesmo bairro e serem facilmente encontrados, podem produzir um mecanismo de controle da comunidade sobre a vida dos ACS. Ou seja, os aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com moradores podem chegar ao extremo de os moradores quererem exercer um controle social sobre a vida privada do ACS.

Morar na mesma região em que trabalha facilita o contato e, com isso, abre a possibilidade do profissional ser procurado a qualquer hora do dia e da noite, na rua, no supermercado, na feira, na igreja, nos espaços sociais. O agente fica exposto ao assédio das pessoas. Segundo Jardim e Lancman (2009), o espaço de trabalho que é público se confunde com o espaço de viver e conviver, que deveria ser privado, mas que em alguns casos também se torna público. Essa exposição em demasia torna-se colaboradora para o sofrimento psíquico, onde o ACS não tem mais momento de lazer e descanso.

Os ACS se sentem constrangidos quando são abordados e assediados em locais públicos fora do horário de trabalho, em suas residências a qualquer horário do dia, se privando dos momentos de folga, final de semana e férias. Segundo Jardim e Lancman (2009), essa situação de exposição, sobre a qual não tem controle, lhes geram sentimentos de medo.

Acredita-se que pelo fato dos ACS serem moradores da própria comunidade onde trabalham são colocados diante de contradições sociais. Eles compartilham o mesmo contexto social e cultural de sua população, o que facilita a identificação dos fatores ligados ao adoecimento das pessoas, bem como o desenvolvimento de estratégias de atuação mais eficazes para políticas públicas. Viver na mesma comunidade em que trabalha também é conviver com aspectos negativos com mais intensidade que outros membros da equipe. A proximidade gera vínculos e facilita o trabalho, mas também pode produzir sofrimento aos agentes decorrente da relação de igual que se estabelece com a comunidade (LUNARDELO, 2004).

Para Galavote *et al.* (2013):

O cotidiano de trabalho do ACS constitui o lugar onde existe a permanente invasão de mundos, com produção de estranhamentos, ruídos e falhas, em um panorama repleto de significados, em que acordos e contratos existem e, ao mesmo tempo, onde os agentes impõem estranhamentos, quebras e linhas de fuga. Assim, a observação desse cotidiano possibilita a identificação de um mundo de subjetividades, significados, aspirações e modos específicos de produzir os processos de trabalho na realidade apresentada nos serviços de saúde. (p.232)

O trabalho do ACS produz sentimento ambíguo de prazer e sofrimento devido ao envolvimento com a população. Os ACS se sentem satisfeitos quando há o reconhecimento do seu trabalho, mas se frustram quando tem o conhecimento das demandas e sabe das impossibilidades de ação devido aos limites na assistência à saúde (JARDIM; LANCMAN, 2009).

O contato com a população, o envolvimento afetivo com elas – que muitas vezes estão em situação de pobreza extrema, violência ou com alguma doença terminal –, e também o fato de serem facilmente encontrados fora do horário de trabalho, somado ao fato de a população tentar controlar a vida privada do ACS, gera um desgaste emocional muito forte para o trabalhador (LUNARDELO, 2004; NUNES *et al.*, 2002).

Para retratar bem o que estamos dizendo, utilizamos fragmentos da pesquisa de Jardim e Lancman (2009) que constituem a fala dos ACS sobre essa temática de trabalhar e morar no mesmo ambiente:

“A gente vai definhando junto com eles (usuários).”

“Como a gente fica doente de trabalhar com povo doente.”

“Vai conversando com o paciente e absorve tudo de ruim e tem que guardar tudo. Fica acumulado, não pode contar o caso para os outros. Para separar o problema a gente deveria ter apoio psicológico.”

“Você não pode ir a lugar algum, vem bater na porta da sua casa, na feira, perde a privacidade. É como artista.”

“Somos agente 24 horas. Não tem folga, não tem final de semana, em todos os momentos na comunidade perguntam tudo, eles não separam.”

“Ligam-me nas férias para saber de prontuário. Você não tem dinheiro para viajar nas férias e as colegas trazem guias, paciente vem pedir vaga.”

“ Os filhos reclamam: minha mãe não é mais minha, é mãe de todo mundo.” (JARDIM; LANCMAN, 2009, p. 129 e 130).

Esses relatos demonstram o quanto o ACS, que compartilha a mesma realidade além de ser encontrado facilmente pela comunidade, legitima a discussão acerca do sofrimento no trabalho, devido ao trabalho alcançar outros espaços da vida cotidiana do sujeito (RESENDE *et al.*, 2011).

Martines e Chaves (2007) investigaram o processo de sofrimento no trabalho de ACS e relataram que esses profissionais têm dificuldades em lidar com os limites da vida pessoal e o vínculo estabelecido com a comunidade, o que aumenta a angústia. Lunardelo (2004), Resende *et al.*, (2011) e Nunes *et al.* (2002) pontuam que o contato com a população gera intenso envolvimento pessoal e desgaste emocional para o agente. Ou seja, eles se envolvem intensamente e acabam sofrendo com isso.

Nunes *et al.*, (2002) também ressaltam que por morarem na mesma comunidade, “as fronteiras entre os ACS e outros habitantes tornam-se mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos e definindo posições e papéis muito particulares”. Esse encontro que coloca o profissional diante da necessidade de enfrentamento dos processos que determinam a doença, pode ser produtor de ansiedade e sofrimento no trabalho.

Esse profissional em constante contato com a população entra em seus domicílios e vida privada, conhecendo as demandas e muitas vezes diante das impossibilidades de ação se sentem impotentes e angustiados.

O trabalho do agente traz diversas novidades à atenção primária, à saúde e aos próprios trabalhadores, destacando-se o fato da obrigatoriedade de morarem e trabalharem na mesma comunidade. Esta dupla inserção na comunidade os leva a terem duplo papel: o de ser simultaneamente agente e sujeito. Tal relação cria uma porosidade entre o trabalhador e o viver na comunidade, ou seja, o agente não possui o distanciamento entre o ato de trabalhar e o de morar, visto que acontecem nos mesmo espaços físicos e na relação com a mesma comunidade. Assim, a forma como o trabalho está organizado pode ser uma fonte de sofrimento psíquico a esse trabalhador, podendo esse sofrimento se tornar patogênico (JARDIM e LANCMAN, 2009, p. 125).

Os ACS apontam que o primeiro contato com a comunidade não é fácil. Algumas vezes há dificuldade de se vincular e fazer o trabalho, pois a comunidade tem resistência ao contato, e a deixar a entrarem em suas casas. Quando o ACS vai até a casa ofertar serviço de saúde, esta pode aceitar ou não sua visita e sua intervenção. O vínculo é processual, mas não é garantido. Muitas vezes ele não acontece. É preciso criar uma estratégia mútua de confiança para assim se vincular.

A aproximação e a constância nas visitas vai criando esse laço de confiança, porém nem sempre a comunidade quer que os ACS, representados pelo ESF, saibam o que se passa, com receio de que eles, que também são moradores da comunidade, terem acesso à sua realidade socioeconômica e às questões familiares de aspectos íntimos (LANCMAN, 2009).

Como é natural, algumas pessoas da comunidade querem saber da vida de outros moradores. Como a vida do ACS acontece nos mesmos espaços que das pessoas que eles acompanham, estas sentem receio de que seus problemas pessoais tornem-se conhecimento de todos.

Por outro lado, os ACS relatam que ficam “acumulando os problemas dos moradores para si” (SANTOS, 2012). Por não terem a quem compartilhar o caso, absorve-se as demandas e se sentem sobrecarregados. O que deveria ser cuidado em saúde se transforma em produto de adoecimento do trabalhador.

Os ACS, ao lidarem com as subjetividades e singularidades das pessoas que moram no território, relatam que precisam de apoio psicológico para enfrentar esses casos difíceis e complexos, pois se sentem profundamente afetados pelas questões da comunidade. Como fica explícito na fala de algumas ACS na pesquisa de Rosa *et al.* (2002), Jardim e Lancman (2009), Barbosa *et al.* (2012) e Gomes *et al.* (2011):

“Vai conversar com o paciente e absorve tudo de ruim e tem que guardar tudo. Fica acumulado, não pode contar o caso para os outros, fica com a carga. Para separar o problema a gente deveria ter apoio psicológico” (ROSA *et al.*, 2002, p.149)

“Como a gente fica doente de trabalhar com o povo doente! A gente vai definhando junto com eles (usuários)”. (JARDIM E LANCMAN, 2009, p. 129)

“Somos agentes 24 horas. Não tem folga, não tem final de semana, em todos os momentos na comunidade perguntam tudo, eles não separam” (JARDIM E LANCMAN, 2009, p. 129)

“Não tem como não levar os problemas do trabalho para casa. A gente não é robô, é ser humano. Não tem como não se envolver. O ACS mora na comunidade. Após o seu horário de trabalho, o ACS continua a encontrar os pacientes e não é igual ao médico e enfermeiro, que vão embora. O ACS acaba trabalhando mesmo não estando no horário do serviço. Os pacientes batem na sua casa”. (BARBOSA *et al.*, 2012, p. 759)

“ A gente sofre bastante porque o agente de saúde é como um psicólogo e, às vezes, escuta um problema e tem que compartilhar com aquela pessoa os problemas que a pessoa tá passando, e pensar, mesmo sem ter um preparo, que é bom ressaltar isso aí, mesmo sem ter um preparo, mas com a experiência do dia-a-dia, a gente tenta ajudar aquela pessoa, tenta amenizar o problema, tranquilizar... Eu digo por mim, eu não estou preparado ainda pra passar por este tipo de situação, porque a gente também não teve um treinamento, não teve um preparo, então fica mais difícil”. (GOMES *et al.*, 2011, p. 273)

Morar e trabalhar na comunidade pressupõem envolvimento ininterrupto. O mundo privado torna-se público e determina o sofrimento do trabalhador devido ao contato intenso e prolongado que leva à contaminação do tempo que não estão no trabalho.

O papel do ACS ultrapassa as atribuições que lhe competem, ele continua no expediente, nos feriados e nos fins de semana (ROSA *et al.*, 2002). Esse não distanciamento revela uma ligação muito familiar entre a população e o ACS. Eles passam a fazer parte da rede afetiva de muitos usuários. Ao mesmo tempo que traz abertura para o trabalho, por vezes suscita sentimentos de impotência e frustração desses profissionais por não conseguirem ser resolutivos em tudo. Eles se sentem pressionados emocionalmente devido às queixas da comunidade.

Ao mesmo tempo que escolher moradores do próprio bairro para desempenhar a função de ACS é aumentar a eficácia das ações em saúde, também pressupõe que morar e trabalhar na mesma área tornam esses profissionais de saúde mais vulneráveis a situações de estresse. A dupla atuação como morador e profissional pode possibilitar a criação de vínculos com a comunidade, mas também prejuízos como o sofrimento e adoecimento desses trabalhadores (NUNES *et al.*, 2002).

Ao entrar no espaço privado da vida das pessoas, os ACS tomam conhecimento da realidade das suas famílias, além de suas possibilidades e dificuldades, levando a um envolvimento afetivo e emocional. Seu envolvimento e sua implicação afetiva podem se tornar fonte de uma despotencialização do seu próprio trabalho e adoecimento.

É necessário, portanto, que o ACS conheça os limites de sua atuação, assim como se posicione dando limites a alguns usuários que demandam sua atenção nas horas

de folga, na padaria, na festa, na igreja e, até mesmo, em casa, pois alguns usuários sabendo onde o ACS mora, batem à sua porta em busca da resolução dos problemas de saúde, mesmo sabendo que o ACS não está em horário de trabalho.

Esses episódios permitem que os ACS sejam controlados por aqueles usuários que investigavam suas vidas. Eles criam vínculos, mas perdem a liberdade. Esse envolvimento com a comunidade pode ser um facilitador na educação em saúde, entendendo a importância do caráter comunitário do agente, mas também pode ser produtor de sofrimento para esse trabalhador devido ao intenso contato com as pessoas que muitas vezes não respeitam o limite e demandam sua atenção fora do horário de trabalho ou pelo grande envolvimento afetivo.

Portanto, a ação do ACS está permeada de envolvimento pessoal e interpessoal e pode trazer conflitos e desgastes emocionais (ROSA, *et al.* 2012). Essa relação familiar, ao mesmo tempo que traz abertura para o trabalho, também suscita sentimento de impotência nesses profissionais.

Ser morador da comunidade onde trabalha aumenta a eficácia das ações de educação em saúde, pelo fato dessas pessoas compartilharem o mesmo contexto social e cultural, além do mesmo universo linguístico (NUNES *et al.*, 2002) É no encontro com esta família que o ACS vivencia sua relação de trabalho e se constrói a experiência do cuidado, inundada nesse caráter subjetivo e singular. Em muitas situações, o ACS atua como conselheiro, ajudando as pessoas resolverem conflitos pessoais e familiares, porém o envolvimento dos ACS com as famílias pode favorecer a ocorrência de problemas emocionais (TELLES E PIMENTA, 2009; MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

A proximidade emocional com a população e com o contato direto com problemas socioeconômicos do território pode produzir o estresse, ansiedade e inúmeras outras doenças (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010).

Os ACS vão criando laços afetivos de solidariedade, compromisso, responsabilidade, confiança, cumplicidade entre as famílias, e é compreensível que sofra com os dramas vividos pelas famílias. A produção do adoecimento pode ocorrer por esses profissionais não conseguirem discernir os limites de sua profissão e vivenciarem o sentimento de impotência. (FERREIRA *et al.*, 2000)

Essa proximidade acentuada e o fato do ACS muitas vezes compartilhar os amigos ou familiares propicia uma intimidade e envolvimento afetivo, que faz com que o agente comunitário de saúde participe ativamente da vida do usuário, com o qual divide suas alegrias, conquistas, tristezas, ansiedades e frustrações. O envolvimento afetivo pode fazer com que a dor do outro seja também a dor do profissional. Ou seja, o envolvimento é tão grande que o trabalhador envolvido adocece (SANTOS, 2012).

O constante contato dos ACS com os pacientes terminais até sua morte é ainda mais impactante para esse profissional. Precisam de mais supervisão por parte dos enfermeiros e apoio das equipes de matriciamento, tanto para ajudar a resolver os casos mais complexos quanto para construir um espaço de acolhimento e cuidado desses profissionais. É necessário investir em educação permanente, trazendo à pauta a profissão de ACS e suas limitações, auxiliando-os a lidar com as adversidades no trabalho (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

O ACS quando faz o curso introdutório, que tem por finalidade capacitá-lo para desenvolver suas atividades, não trabalha as questões afetivas que possa vir a acometê-lo em consequência desta função (SANTOS, 2012).

O processo de formação não prepara o ACS para questões humanas, mas apenas para os aspectos técnicos, essa carência priva o agente para enfrentamento das situações entre as relações sociais. Embora saibamos que o corpo relacional constitui-se no encontro dos profissionais da saúde e da comunidade.

Como ressalta Silva e Menezes (2008):

A dinâmica laboral dos ACS tem características particulares, pois esses trabalhadores vivenciam a realidade do bairro onde moram e trabalham, mas sua capacitação se dá a partir de referenciais biomédicos, o que os transforma em portadores de muitas contradições. (SILVA e MENEZES, 2008, p. 928)

Temos a necessidade de uma formação que transcenda os aspectos biológicos da saúde e contemple as questões sociais e psicológicas, dando ênfase aos determinantes sociais de saúde. As formações geralmente são cansativas e não contam a participação dos sujeitos nela. (MAIA *et al.*, 2011; ROSA *et al.*, 2012)

Para Tomaz (2002) e Rosa *et al.*, (2012), o processo de qualificação desses profissionais ainda é desestruturado, fragmentado e insuficiente para prepará-los para lidar com os aspectos subjetivos do trabalho.

Porém, não existe uma fórmula mágica ou receita para lidar com o sofrimento e adoecimento da comunidade e o envolvimento do profissional ao ponto que este adoença junto. O processo de cuidado do trabalhador em si é aprendido na experiência e nos espaços de cuidado que vão sendo formados para dar conta dessas questões tão singulares e complexas ao mesmo tempo.

No estudo de Rosa *et al.* (2012) os ACS relatam que:

“É muito difícil separar o pessoal do profissional, porque tem dias que eu não estou bem, mas que preciso estar bem para entender bem as pessoas. Este é um trabalho diferente de um trabalho mecânico numa fábrica de montar carros”.

“Dependendo da visita que eu faço, preciso parar para respirar um pouco, senão fico louca”.

“Tem pessoa que quando a gente chega começa a desabafar e a gente escuta tudo. Isso mexe muito com nosso psicológico e é estressante às vezes. Você acaba carregando muitas coisas. Você tem que ouvir as pessoas mesmo quando não está bem. E no fim das contas, ninguém cuida da gente, só Deus”. (p.149)

O ACS não dispõe de tecnologias que lhes permita aproximar do outro sem ser afetado ao ponto de adoecer. O contato íntimo com a dor e sofrimento dos pacientes produz perturbações no bem-estar dos ACS. Eles não conseguem discernir os limites e vivenciam sentimentos de impotência e exaustão, criando um terreno de tensões na vida pessoal (MARTINES; CHAVES, 2007; GOMES *et al.* 2011).

Wai e Carvalho (2009) relatam que muitos ACS se queixam, mas têm dificuldades de colocar limites, alimentando a imagem de que o agente está sempre disposto a ajudar. Tomaz (2002) diz que por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, o papel do ACS tem sido distorcido, sobrecarregando seu trabalho. É atribuído ao ACS o papel de super-herói, ou seja, aquele profissional que está sempre disposto a ajudar, inclusive fora da hora do trabalho, por ser alguém que se identifica em todos os sentidos com a comunidade, principalmente na cultura, linguagem e costume.

Essa visão romântica do ACS, praticamente exige que o papel desse profissional seja a mola propulsora do SUS, depositando mais responsabilidades sob esse profissional, como se o ACS sozinho pudesse dar conta de resolver todos os problemas em saúde da comunidade (TOMAZ, 2002).

Devemos olhar para o ACS com menos idealizações e romantismo, mas considerar que ele é um profissional fundamental junto com outros profissionais para o processo de transformação social e fortalecimento do SUS junto com outros atores e fatores técnicos, políticos e sociais.

5.2.2. A relação com a comunidade

Menegolla *et al.*, (2003) descrevem que as maiores dificuldades encontradas pelos ACS em seu dia-a-dia é a falta de entendimento da população quanto ao seu trabalho. A população não sabe o que faz um ACS, ainda não reconhece as mudanças das práticas em saúde priorizadas pela Estratégia de Saúde da Família, desqualificando o seu trabalho.

O ACS se sente pouco reconhecido e valorizado, apesar do enaltecimento de seu papel de mediador. Muitas vezes, os agravos à saúde da população transcendem as possibilidades de resolutividade e atribuições desse profissional (ROSA *et al.*, 2012).

Santos e David (2011) relatam que o baixo reconhecimento afeta a produtividade do trabalho desses profissionais.

Quando não há reconhecimento, e o trabalho não mais proporciona realização pessoal, nem confere sentido à vida social dos sujeitos e há outras possibilidades laborais, eles buscam outras atividades. O reconhecimento, a realização pessoal e o valor social representam mediadores entre subjetividade, identidade e sentido que conduzem à realização humana no trabalho. (SANTOS; DAVID, 2011, p. 54)

A população e a equipe não compreendem os limites de atuação dos ACS. Muitos profissionais da saúde ainda desconhecem a função desse profissional. Na pesquisa de Vilela *et al.* (2010), um ACS ao se referir à falta de reconhecimento relata que:

“tem gente que acha que a gente fica passeando pela rua o dia todo (...) Isto (a falta de reconhecimento) só não acontece com as crianças (...) Elas gostam do nosso trabalho e isto dá uma recompensa.” (p. 296)

Jardim e Lancman (2009: 129) também apontam em seu estudo que o salário aparece como um símbolo de falta de reconhecimento, conforme apareceu no discurso de um ACS *não somos reconhecidos, o salário é uma vergonha*.

Os ACS se sentem desvalorizados por não terem um conhecimento especializado em saúde, e por realizar um trabalho de menor valor salarial e prestígio social, como relata uma ACS na pesquisa de Rosa *et al.* (2012: 146): (...) *ser ACS não dá, é muito desgaste para pouco reconhecimento e pouco dinheiro também.*

Quando o trabalho não atende as demandas da população, não há o reconhecimento da qualidade das ações do ACS, nem dos esforços desenvolvidos para realizá-la, há o enfraquecimento do vínculo entre eles (LUNARDELO, 2004).

Segundo Galavote *et al.* (2011):

O ACS se posiciona em um espaço de indeterminações e incertezas no qual não há definição de competências, habilidades e saberes, estando esse trabalhador sempre na linha de frente sem, contudo, estar muitas vezes capacitado para atender as inúmeras demandas cotidianas, já que seu arsenal de ferramentas de trabalho é demasiadamente restrito e não condiz com panorama amplo de representações e subjetividades apresentado no cotidiano de uma unidade de saúde da família (p.239).

O ACS, em certos momentos, é visto como pertencente à equipe e, em outros, como trabalhador genérico diferente dos típicos profissionais de saúde. Pressionados pela coordenação e pela população, como muito bem exposto na fala de uma ACS: *“Todo mundo fala que a nossa profissão é a principal função no PSF, mas o ACS não é valorizado, ele é cobrado e muito. As pessoas não veem o ACS como parte da equipe do PSF”* (ROSA *et al.* 2012, p.150).

Lancman (2009) aponta que o desconhecimento das funções dos agentes pela comunidade, em conjunto com as deficiências e fragilidades nos serviços de saúde, são situações que também produzem sofrimento neste profissional. A própria população não entende a função do ACS e faz críticas: *“Esse pessoal à toa que anda na rua o tempo inteiro”* (SANTOS, 2012:20).

Os moradores associam o ACS aos problemas do Estado. Por trabalhar pela prefeitura e achar que o ACS é um representante, mesmo sem concurso, e por serem pessoas que estão mais próximas da comunidade, as reclamações recaem sobre eles.

Como Bezerra (2009) aponta:

O ACS, vangloriado pelo seu maior entusiasta, o Estado, quando disponibilizado à comunidade é como a instalação de uma espécie de ouvidoria, onde a partir desse momento a população terá o porta voz no que se refere aos problemas de saúde. A presença desse profissional também abre a uma parcela da população bastante sofrida a possibilidade e a esperança de consumir saúde, diminuindo assim as tensões sociais (p.19).

Os usuários cobram excessivamente dos ACS em relação às suas questões de saúde, mas não entendem que nem tudo depende do trabalho do agente. E os ACS acabam se responsabilizando sem perceberem que é o processo e a organização do trabalho, por exigir ritmo intenso, grande responsabilidade e competência para realização de tarefas cada vez mais complexas, que está por trás do seu sofrimento e não só a cobrança do usuário. (GOMES *et al.*, 2011)

Essa cobrança incide sobre o ACS, que se sente responsável pelo sistema de saúde não conseguir dar as respostas no tempo devido à população. Ao mesmo tempo sabe que, embora haja todo um discurso da assistência integral preconizada pelo SUS, existem limitações na resolutividade e governabilidade da ESF (GOMES *et al.*, p. 272).

Há também ruídos na comunicação com entre ACS e comunidade. Como relata Rosa:

“O problema maior também é que se as famílias chegam aqui com uma informação errada, então é culpa dos ACS que deram a informação errada, a gente é culpada sem nem nos ouvir para saber o que aconteceu”.

“Se a família faz alguma coisa errada, respinga no ACS, ao mesmo tempo que, se o restante da equipe faz alguma coisa errada, as famílias reclamam e, mais uma vez, respinga no ACS”.

“Certa vez, era pra incentivar as mulheres para vir fazer o preventivo em qualquer horário. Quando as mulheres vieram até a unidade, o preventivo não foi feito. A enfermeira chamou a nossa atenção, e as mulheres ainda disseram que não voltariam mais para fazer o exame”. (ROSA *et al.*, 2002, p.150)

O engajamento dos ACS não é suficiente para responder a todas as necessidades de saúde da população. A resolução dessas necessidades não depende apenas da competência do ACS, mas também dos demais membros da equipe e de serviços de especialidades que compõem a rede de serviços (VILELA *et al.* 2010; GOMES *et al.*, 2011).

Os problemas com a marcação de consultas e exames na rede especializada de saúde acaba dificultando o relacionamento com a comunidade. Como uma ACS relata na pesquisa de Vilela *et al.*(2010):

A pessoa volta como estava, fica desacreditada e vem reclamar com as ACS [...] O pior é que, da outra vez que encaminhamos, eles não vão mais, pois não acreditam que vai funcionar (p.296).

O processo de trabalho da ESF é muito novo na saúde pública brasileira e propõe uma nova lógica de cuidado em contraponto à lógica individualista ambulatorial, que prioriza a prevenção das doenças e a promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias, tendo como incentivo a formação de grupo e práticas coletivas. Contudo, há resistências e dificuldades em realizar trabalhos coletivos na comunidade. Para Jardim e Lancman (2009), inseridos na lógica de um mundo neoliberal e individualista, a dificuldade em realizar trabalhos coletivos se torna ainda maior e esvaziada de sua potência quando desvalorizada pela comunidade e muitas vezes desacreditada pelos próprios profissionais.

Percebemos que nem sempre a comunidade entende de forma ampliada a função do Agente, mas que geralmente reconhece a necessidade da sua existência, valorizando os serviços, orientações e, até mesmo, o acolhimento dos casos realizados na escuta durante as visitas domiciliares.

Todavia, o trabalho em saúde produz sentido quando há reconhecimento do outro de que está sendo cuidado. De acordo com Jardim e Lancman (2009), a inconstância do que tem que fazer e do que foi possível realizar acarreta a perda do sentido do trabalho, a sensação de impotência e o sentimento de frustração.

5.2.3. O trabalho em equipe

De acordo com a PNAB, o trabalho em equipe prioriza que os profissionais devam atuar de forma integrada, discutindo e analisando em conjunto as situações identificadas. Mas isso nem sempre acontece. Às vezes, há dificuldade de reunir com a equipe médica, e outras de buscar apoio. Há também a desvalorização do ACS pelo próprio membro da equipe, que não o considera como profissional de saúde. Apesar disso, nem sempre o ACS é capaz de, sozinho, resolver os problemas do paciente, gerando sentimento de impotência e cobrança. Como relatado por um ACS na pesquisa de Rosa *et al.* (2012):

“Estou neste trabalho faz um tempão, uns dois anos. No início, achava que iria resolver os problemas do bairro. Tive que tomar cuidado porque a agente que estava antes de mim entrou em depressão por causa da profissão e tentou se suicidar, ela pensava igualzinho a mim, achava que ia resolver os problemas do mundo. Fico muitas vezes decepcionada, nem as pessoas e nem a equipe reconhece meu trabalho, às vezes, dá vontade de jogar tudo para o alto”. (p.145)

Muitas vezes, se faz necessário acionar outra equipe para ajudar no caso ou para esclarecer ao paciente que aquele problema não pode ser solucionado na Atenção Básica e providenciar a referência para ambulatórios. Outras vezes, se faz necessário pedir apoio técnico-pedagógico de outra equipe (NASF ou CAPS) para auxiliar nas resoluções dos casos complexos sem precisar efetuar encaminhamentos. Chamamos essa ação de matriciamento, onde as equipes de diversos setores de saúde se corresponsabilizam por aquele caso, por aquela família, garantindo a longitudinalidade do cuidado.

Para Wai e Carvalho (2009) os ACSs remetem ao trabalho de equipe como um instrumento enriquecedor, mas também gerador de dificuldades e sofrimento.

Para a melhor articulação do trabalho em equipe, devemos pensar na interdisciplinaridade. Há certo consenso de que a superespecialização do saber distancia a prática do cuidado em saúde, da realidade em que ela se aplica.

Ao acolher um paciente, a equipe de saúde manifesta sua responsabilidade perante ele e seu tratamento. Mas, para que o acolhimento possa acontecer, é preciso que a equipe de saúde também seja acolhida pela instituição onde trabalha.

Nesse sentido, a Política de Saúde Mental (2003) e a Política Nacional de Humanização (2004) preconizaram o apoio matricial como dispositivo de intervenção junto à Atenção Básica, pautado pela noção de território, intersetorialidade e integralidade, considerando o trabalho organizado pelo princípio de responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e serviços especializados, juntamente com o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde e cuidado com os profissionais.

Porém, esses profissionais que estão no nível primário de atenção à saúde não exercem o controle sobre os fluxos de encaminhamento, e sentem-se impotentes em relação à continuidade do cuidado devido às falhas da rede, produzindo neles sentimento de frustração. (SANTOS, 2012).

Os ACS também sinalizaram a dificuldade de relacionamento com alguns usuários que os pressionam a respeito do ordenamento dos fluxos da rede de saúde, como marcação de exames e consultas e a fragilidade da relação com a coordenação, de se sentirem penalizados e culpabilizados como se estivessem sempre errados.

Como relata Gomes *et al.* (2011):

O engajamento das ACS não era suficiente para responder todas necessidades em saúde da população, que dependia não apenas das competências dos demais membros da equipe, mas também dos demais serviços e especialidades que compunham a rede de serviço de saúde (p. 296).

Essas situações de não receberem continuidade do cuidado produz insatisfação na população que descarregava suas queixas nos ACS. E os ACS se sentem desmotivados, como verificado na fala de um ACS: *“A pessoa volta como estava, fica desacreditada e vem reclamar com as ACS (...). O pior é que, da outra vez, que encaminhamos, eles não vão mais, pois não acreditam que vai funcionar.”* (GOMES *et al.*, 2011: 296).

Por conta das lacunas nos fluxos da rede, os próprios ACS entram em contato com médicos que conhecem pessoalmente e negociam vagas, a fim de tentarem superar as dificuldades e obter suporte para as necessidades da população.

A equipe deve atuar como facilitadora das ações coletivas no trabalho, no compartilhamento de angústias e saberes. Muitas vezes, porém, faz o papel inverso, quando o médico - operando a lógica ambulatorial prescritiva - se recusa a fazer a visita domiciliar solicitada pelo ACS, ou tem como objetivo apenas um número estipulado de atendimento por dia e não dialoga com a equipe.

As queixas pelas ausências dos médicos na Atenção Básica recaem sobre o ACS que são os profissionais que a população tem mais acesso. Ao sinalizarem para a gestão, essa situação muitas vezes é representada por ameaças de transferência de PSF.

A dificuldade de trabalhar em equipe também é devido à falta de articulação com o trabalho da enfermeira, supervisora que desempenha diversas atividades além de acompanhamento dos ACS. (COSTA *et al.*, 2012; WAI; CARVALHO, 2009). Algumas vezes, as reuniões ficam mais ocupadas com as questões burocráticas do que com as discussão de casos, outras vezes, a supervisão tem caráter disciplinador e punitivo, bem mais evidente do que acolhimento das angústias dos profissionais. Também há em alguns momentos ruídos na comunicação dos ACS com a coordenação, eles se sentem muito pressionados e pouco escutados.

É importante ressaltar a dificuldade de construir rede de cuidados integral com outras equipes devido à falta de confiança no trabalho de outros profissionais do NASF e CAPS e a dificuldade de entrosamento e interação fragilizando a rede de cuidados e sobrecarregando o trabalho dos profissionais da atenção básica.

A relação com as equipes de matriciamento ainda perdura sobre a lógica do encaminhamento, ficando à mercê da marcação de vagas para serviços especializados

Em relação ao NASF, ainda não ficou claro para os profissionais qual seria a função dessa equipe de apoio. Diferente da lógica ambulatorial, de atendimento individual de consultório, o NASF vem com outra proposta de cuidado. (GOMES *et al.*, 2011)

Também há uma questão cultural forte advinda da população, que só aceita ter atendimento ambulatorial individual e não quer participar de atividades coletivas que a ESF propõe junto com o NASF, dificultando a nova lógica de cuidado. (GOMES *et al.*, 2011)

No entanto, alguns dos próprios profissionais de nível superior também sustentam a lógica da individualização e a lógica curativista via medicalização dos sofrimentos. Há dificuldades em construir ações coletivas de matriciamento que auxiliam a assistência aos casos complexos e o cuidado do profissional com a sua saúde. A falta de articulação da rede e dos profissionais demonstra a fragilidade dos trabalhos em equipe.

Existem dificuldades para que a equipe consiga traçar ações interdisciplinares. Faz-se necessário um espaço de formação e construção da rede de cuidados entre os profissionais. Mas não só, também é preciso que os profissionais se engajem nessa função, que tenham disponibilidade de realizar ações complexas, de estarem em equipe e participarem das reuniões, de cumprirem carga horária, de se corresponsabilizarem pelos casos.

A falta de diálogo entre os serviços acaba fortalecendo a lógica de encaminhamentos e não de construção conjunta de projetos terapêuticos no território a partir da visão de 'clínica ampliada', segundo as necessidades dos usuários. Se a rede se fortalecer, certamente os ACS ficarão menos desmotivados e cansados. Também se vê a importância de fortalecer espaços de reflexões e problematizações para os ACS.

As dificuldades do trabalho em equipe também se traduzem pelas diferenças pessoais, a falta de flexibilidade e de comunicação, e a falta de cooperação (PERES, JÚNIOR, SILVA, 2010). O trabalho em equipe é um trabalho essencialmente coletivo e se consolida na integração de saberes e na condição da assistência prestada. Se esse

trabalho não vingar, há grandes possibilidades da manutenção do modelo de atenção centrado nos aspectos biológicos e na doença (PERES, JÚNIOR, SILVA, 2010).

A falta de comunicação leva à desunião entre os profissionais e à formação de subgrupos dentro da equipe. Nos processos de trabalho, estão presentes as relações de poder e a hierarquização das relações, alguns profissionais sentem o receio de manifestarem suas opiniões na reunião por se considerarem o lado mais fraco.

Quando não há cooperação entre as pessoas da equipe, pode haver sobrecarrega do trabalho em detrimento de outros que não cumpriram suas tarefas. Ou seja, se um profissional não fizer o que é de sua responsabilidade, o outro terá de fazer por ele. Muitas vezes, a falta de diálogo possibilita a falta de articulação das ações e planejamentos coletivos para desenvolver as ações (PERES, JÚNIOR, SILVA, 2010).

O ACS trabalha com educação em saúde, mas sente falta de aperfeiçoamento, precisam estar preparados para orientar. Sugere-se a inserção da educação permanente como estratégia da prática profissional do ACS, reorganização do processo de trabalho para fortalecer as equipes. É necessário integrar as ações numa ação inter e trans disciplinar.

Para retratar o sofrimento em trabalhar em equipe, consideremos algumas falas de ACS da pesquisa de Lopes *et al.* (2012):

“Sofro quando a chefia recebe reclamações sobre meu trabalho e não ouve o que eu tenho a dizer sobre o assunto”.

“Não gosto quando sou chamado atenção durante a reunião mensal na frente dos colegas”. (LOPES *et al.*, 2012, p. 637)

Quando se fala em processo de trabalho em equipe, é preciso saber de que equipe se fala. Alguns ACS se sentem tratados hierarquicamente como subordinados a vários membros da equipe e questionam a falta de reuniões para discutir casos entre os profissionais. É importante que nessas reuniões os membros da equipe se perguntem sobre o modo que vêm gerindo suas práticas e também construam espaços de acolhimento e cuidado para a própria saúde.

Os ACS criticam o fato de não receberem nenhuma assistência psicológica que os ajudem a suportar e lidar com tanto sofrimento e dores das pessoas que recorrem a elas cotidianamente, e para as quais não tem soluções nem respostas resolutivas e satisfatória a oferecer:

“É um absurdo a gente lutar tanto pela saúde dos outros e não ter quem cuide da nossa. Nós não temos tempo (para se cuidar) e nem facilidade (de acesso) nos serviços, e não pagam nem um plano de saúde pra gente”. (BARBOSA *et al.*, 2012, p.761)

“Nós recebemos muitos problemas (da população)... nós precisamos de atendimento (psicológico) de 3 em 3 meses ou de 4 em 4 meses. Precisamos ser ouvidas também”. (BARBOSA *et al.*, 2012, p.761)

“Outro enfrentamento é que o ACS nunca tem ‘nada’ [ironizando]. Se você reclama de uma dor, você tá ‘armando’, porque quer ir para casa”. (BARBOSA *et al.*, 2012, p.761)

Os estudos também apontam para a desvalorização da profissão do ACS e a falta de reconhecimento pela gestão. Como relatado nas falas dos ACS abaixo:

“Por causa da desvalorização da profissão, não há reconhecimento do ACS na rede de saúde, a minha auto-estima vai lá pra baixo”. (BARBOSA *et al.*, 2012, p. 761)

“Mas eles mesmos falam (gestores): ‘se você não quiser, tem dez querendo a sua vaga’. Eles só querem estatística, nós somos números. E outra coisa: quando querem montar um evento, nós fazemos até vaquinha e outras coisas [...] vai fazer um evento de escovação é muito difícil, não tem escova, não tem nada”. (BARBOSA *et al.*, 2012, p. 761)

“É um serviço gratificante, que você ajuda as pessoas. Mas nós não somos muito valorizados”. (BARBOSA *et al.*, 2012, p. 761)

“Poderia ter, assim, uma maior valorização do nosso trabalho. Ser mais reconhecido entendeu? Ser até um pouco mais divulgado”. (BARBOSA *et al.*, 2012, p. 761)

“Todo mundo fala que a nossa profissão é a principal função no PSF, mas o ACS não é valorizado, ele é cobrado e muito; as pessoas não veem o ACS como parte da equipe do PSF”. (ROSA *et al.*, 2002, p.150)

Há sofrimento em trabalhar em equipe quando falta diálogo entre os membros; quando algumas pessoas são tratadas como subordinadas e não como membro da equipe; quando se desconsidera o trabalho em conjunto e a interação da equipe, priorizando o desempenho de funções muito específicas.

Assim ocorre a **divisão do trabalho**, onde os ACS fazem as visitas; os enfermeiros fazem as ações de enfermagem e algumas vezes as ações burocráticas na gestão para viabilizarem a agenda das ações, as metas; os médicos fazem os atendimentos no modelo consultório. Os espaços de debate e reflexão sobre os papéis de cada um e como isso afeta o trabalho de cada equipe deixa de ser prioridade. (GOMES *et al.*, 2011)

A lógica de divisão de processos e relações hierarquizadas também são reproduzidas no contexto de supervisão. Assim, é reproduzido o modo de produção

taylorista que acarreta na fragmentação do trabalho e no alto grau de normatização, onde as normas do Ministério da Saúde devem ser seguidas rigorosamente, tudo para conseguir o aumento da produtividade. No entanto, quando se trata do trabalho em saúde, entende-se que as relações devam ser mais humanizadas e acolhedoras e não rápidas e pontuais.

Segundo Carreiro *et al.* (2013), existe forma de incentivar os trabalhadores a cumprir as exigências do MS, como a implantação de gratificação por produção de indicadores conhecida como VPI (Valor pecuniário individual), com objetivo de alcançar a máxima produtividade.

A adoção desta medida é uma tentativa de atingir um determinado número de procedimentos e atendimentos, entretanto, alguns profissionais relataram que a cobrança aumentou e cada profissional se sente responsável, pois se um membro da equipe não conseguir atingir os indicadores, toda a equipe fica sem receber ou recebe apenas uma parte do valor da gratificação. Isso provoca, entre outras questões, relações de competitividade, policiamento e agressão entre os trabalhadores. Além disso, existe a insatisfação com a disparidade do valor da gratificação para cada profissional. (CARREIRO *et al.*, 2013, p.151)

As características do toyotismo também foram incorporadas pelo trabalho em saúde no que diz respeito à flexibilidade, terceirização, polivalência e multifuncionalidade. O ACS torna-se responsável por várias funções. Se antes, o trabalho era constituído essencialmente pelas visitas domiciliares, agora, é exigido que o ACS atue em outras tarefas como as administrativas e auxiliar geral, exigindo flexibilidade desse profissional. (GOMES *et al.*, 2011).

A imposição de cumprimento de metas foi considerada como um fator determinante no processo de adoecimento, por aumentar a carga de trabalho, além de reduzir o tempo dedicado ao lazer. O ACS tem que lidar com o tempo, com o excesso de tarefas, com as críticas, com a dificuldade de preservar o tempo de descanso, com a desqualificação do seu trabalho e com o cansaço físico, experimentando sentimento de frustração, ansiedade e solidão (MARTINES; CHAVES, 2007).

A mensuração da produtividade é conferida aos dados coletados para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), esse banco de dados trata-se de um dispositivo de monitoramento e avaliação do serviço de Atenção Básica (FONSECA *et al.*, 2012). A problematização que o autor traz é em relação a avaliação centrada em critérios que combinam produtividade e atos de caráter biomédico. As supervisões são

muitas vezes identificadas pelos profissionais da equipe em seu sentido punitivo e disciplinador, cobrando metas relacionadas às prioridades programáticas e minimizando desta forma a complexidade que atravessa o trabalho do ACS. Pouco se dialoga sobre casos que precisam de um olhar mais apurado e sobre as dificuldades e potencialidades desse trabalho (FONSECA *et al.*, 2012).

Portanto, a produtividade e o produtivismo no trabalho do ACS recai nos resultados mais facilmente mensuráveis pelos dados coletados para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Essa demanda de produção, de colher um determinado número de assinaturas por dia tem minimizado a complexidade que atravessa o trabalho do ACS (FONSECA *et al.*, 2012).

As metas mensais de VDs são fixadas e os ACS são cobrados a comprovar por meio de assinaturas as visitas realizadas. Focam na produção de números a serem apresentados, como se fosse um procedimento e não um espaço singular e privilegiado da construção de vínculos. Em decorrência disso, as VDs, em geral, são de curta duração, sendo que várias delas servem para colher assinatura das VDs já realizadas (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010). Os ACS se confrontam com situações constrangedoras tendo que solicitar assinatura. Em algumas casas, não há ninguém durante o dia, obrigando os ACS a irem até essas residências durante a noite ou aos finais de semana.

As exigências da coordenação configuram-se como forma de negação da realidade: de um lado, exigiam produção máxima das ACS (de VDS, cujo aporte direto à saúde da comunidade é discutível.), desconsiderando-se as limitações da rede de serviço. De outro, ao invés de dar suporte às atividades das ACS para enfrentar os casos difíceis e buscar soluções ante as limitações do sistema, focavam-se na “produção” de números a serem apresentados para as instâncias superiores de gestão. Nesta perspectiva, a VD era apenas um meio como se fosse um “procedimento”, não espaço (lugar e tempo) singular, privilegiado, onde a construção de relações e de vínculo com os usuários estava permanentemente em jogo” P 299 (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010, p. 299).

O processo formativo também colabora para a lógica do trabalhador multifuncional, flexível e polivalente. Tem-se formado pessoas que lidam com o conhecimento prático, mas não conseguem criar, inventar, o que é fundamental para o trabalho em saúde. Tem-se formado profissionais capazes de se adaptar à realidade e não de transformá-la (MONTEIRO; PREVITALI, 2011).

Monteiro e Previtali (2011) apostam em uma educação com a proposta de formação voltada para emancipação, como resistência ao existente, constituindo espaços de reflexão sobre a prática e de construção de sujeitos críticos e autônomos.

5.2.4. As condições de trabalho

As condições de trabalho referem-se a fatores físicos, sociais e administrativos que afetam o ambiente de trabalho e o trabalhador. (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010) Ou seja, constitui na organização contemporânea do trabalho de saúde e impõe condições e pressões que tendem a ser naturalizadas pelas equipes. Tais exigências, por vezes, demonstram diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real que produz sobrecarga das atividades.

O trabalho prescrito do ACS baseado na Portaria 2488/2011 traz algumas diferenças do trabalho que se concretiza. Quando falamos de trabalho prescrito, estamos nos referindo ao que é esperado em um trabalho específico, em outras palavras, é o que se deve fazer. E o trabalho real é a forma que o trabalhador trabalha, que pode ser modificada pela ação do próprio trabalhador.

No ato da execução de tarefas existe uma defasagem do que é prescrito e do que realmente acontece. O prescrito é o que é esperado (GOMES *et al.*, 2011), já o real é a forma que o trabalhador faz, com suas nuances e peculiaridades. O prescrito baliza a ação do ACS, mas não dá conta da complexidade do trabalho. Algumas atividades prescritas são burocráticas e agregam apenas valor estatístico. O trabalho prescrito baliza a ação do ACS, entretanto, o ACS muitas vezes assume funções que não são prescritas, sobrecarregando-o por ser um trabalhador polivalente, multifuncional e responsável por exercer diversas funções. (SANTOS; DAVID, 2011)

Para Brito (2005):

É possível perceber que existe um hiato entre aquilo que projeta previamente como trabalho e o que ele realmente representa. Essa descoberta nos alerta para o risco empobrecido do trabalho, que deixa de considerar a sua complexidade, baseando-se apenas em uma análise sobre o trabalho prescrito/teórico, remetendo a uma avaliação equivocada sobre os condicionantes da saúde, pois não se traduz o real do trabalho e os modos operatórios reguladores engrenados e implementados pelos trabalhadores no curso das ações. (BRITO, 2005, p.882)

Para Gomes *et al.*, (2011) a prescrição e o trabalho real devem ser entendidos como elementos que dialogam, se completam e se transformam.

Observa-se que trabalhar é sempre mais do que aquilo que se pressupõe, é mais do que prescrição. É importante enfatizar a complexidade e a variabilidade das situações de trabalho, a sua dinâmica e a mobilização dos trabalhadores no próprio processo (GOMES *et al.*, 2011).

Segundo Carreiro *et al.* (2013):

O trabalhador cria métodos para atender ao máximo o que é prescrito, e nem sempre consegue, o que gera sério desgaste emocional, pois eles se sentem responsáveis pelo sistema de saúde e esquecem que, muitas vezes, os problemas e os desafios são de ordem mais complexa, passando pelas questões da gestão do trabalho (CARREIRO *et al.*, 2013, p. 150).

A complexidade do trabalho do ACS também inclui a grande responsabilidade em lidar com a vida de outras pessoas, assim como o fato do ACS muitas vezes não ter horário definido e por ser morador da comunidade, não se afasta do seu ambiente de trabalho. Essas condições podem representar uma carga psíquica elevada, resultando em estresse. (SANTOS; DAVID, 2011).

O trabalho do ACS exige o cumprimento de metas pré-estabelecidas, que também contribuem para a restrição da autonomia desse profissional, como a entrega de exames e folhetins, o agendamento de consultas e principalmente a coleta de assinatura que comprove a visita. Ao reduzir o trabalho dos ACS nessas ações, simplifica o potencial do caráter comunitário que esse profissional traz em si (ROSA *et al.*, 2012).

O trabalho é despotencializado de suas reais atribuições devido à grande demanda, que exige que o ACS invista tempo para outras atividades, tornando escasso o tempo que seria destinado à realização de visitas (GOMES *et al.*, 2011).

De um modo geral, os ACS sentem-se desmotivados em relação à equipe, aos chefes e à população. Acredita-se que a falta de estabelecimento claro das funções desses profissionais, mais a inexistência de plano de carreira, junto com o trabalho temporário, os baixos salários, a sobrecarga devido às múltiplas tarefas, tudo isso produz desânimo e sentimento de desvalorização profissional.

Os ACS em muitos municípios estão submetidos a condições precárias de trabalho com horários incertos, trabalham no sol quente (muitas vezes uniformes quentes e sem protetor solar), têm dificuldades em cumprir metas, falta de privacidade e

liberdade dentro do bairro, têm dificuldades de supervisão pela enfermeira e pelas equipes de apoio matricial. Essas condições têm produzido sofrimento e adoecimento nesse trabalhador (JARDIM; LACMAN, 2009).

Os ACS encontram dificuldades para a operacionalização do seu trabalho, como a falta de insumo e materiais, a falta de transporte, os riscos que enfrentam para realização de visitas domiciliares, como a violência do tráfico ou a violência intrafamiliar, além de serem submetidos a diversas cargas de trabalho.

Alguns ACS sentem medo de reivindicar direitos e melhores condições de trabalho e, com isso, perder o emprego, o que demonstra a fragilidade dos vínculos empregatícios. Como retrata um ACS na pesquisa de Barbosa *et al.*, 2012 “*os gestores falam para a gente: se não quiser, tem dez querendo sua vaga. Eles só querem estatística, nós somos números.*” (p.761)

Outro problema que enfrentam no trabalho é a perseguição política. Alguns políticos utilizam os ACS para angariar votos da comunidade e prestarem serviços à sua vontade. Se o ACS não fizer, corre o risco ser demitido (WAI; CARVALHO, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Carreiro *et al.* (2013) ressaltam que a gestão adota a visão taylorista sobre o processo de trabalho, cujo o objetivo final é alcançar a máxima produtividade. Alguns gestores parecem não compreender o trabalho do ACS, deixando a qualidade da assistência em segundo plano.

As dificuldades no processo de trabalho do ACS são devidas ao número elevado de pessoas a serem atendidas e as limitações quanto à resolutividade dos problemas da comunidade. A unidade não consegue atender toda demanda existente, e a resolução das problemáticas demandadas pelos usuários é dificultada em outros graus de complexidades (MENEGOLLA *et al.*, 2003).

As supervisões e reuniões de equipe, que deveriam ser utilizadas como espaço potente de discussão de casos, acolhimento das angústias e diálogo sobre as potencialidades ou dificuldades do trabalho, acabam reproduzindo uma lógica individualista e autoritária onde falta companheirismo e organização da equipe multidisciplinar (FONSECA *et al.*, 2012).

O espaço de supervisão muitas vezes é identificado em seu sentido punitivo e disciplinador, onde há metas a serem alcançadas referentes a prioridades programáticas,

esvaziando o espaço de diálogo sobre as dificuldades e potencialidades desse trabalho (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Alguns profissionais da equipe se negam a realizar visita domiciliar, e as reuniões para discussão de casos, em muitas ocasiões, ficam esvaziadas. Ainda prevalecem práticas individuais e compartimentalizadas, onde o médico faz o trabalho do médico, que quase sempre se resume à consulta; o enfermeiro faz as consultas de enfermagem e desenvolve os programas voltados especialmente para hipertensos, diabéticos, saúde da mulher, gestante e crianças; o dentista cuida da saúde bucal; os técnicos auxiliam as atividades destes profissionais e o ACS cumpre com suas funções e se vê na obrigação de ser multifuncional e polivalente, uma vez que, especialmente no acolhimento e nas atividades de grupo tanto na USF como na área, ele é o mais demandado (GOMES *et al.* 2011).

Outro fator que colabora para a desmotivação dos profissionais é a descontinuidade político-administrativa que causa ruptura pela rotatividade de pessoal e fragiliza os vínculos com a comunidade. Além de comprometer a qualidade da assistência, gera sofrimento aos trabalhadores envolvidos. (LOPES *et al.*, 2012)

5.2.4.1. Ausência de recursos

Os ACS ao falarem sobre seus processos de trabalho e suas dificuldades, ressaltam a ausência de apoio e a sobrecarga que vinham recebendo devido à falta de insumos básicos como gases e esparadrapo, de recursos humanos, como médicos em período integral e transporte para usuários do SUS, quando necessário deslocamento para outro nível de atenção. Existe uma deficiência na Atenção Secundária, onde as pessoas esperam anos para conseguir uma consulta e serem atendidas, dificultando a longitudinalidade do cuidado.

O acesso à atenção especializada também é difícil e as ações de prevenção ficam prejudicadas por falta de recursos. Por exemplo: quando um ACS orienta uma família a cuidar da diabetes, a aplicar insulina ou tomar a medicação e o material necessário está em falta na unidade básica de saúde, temos uma restrição da atuação profissional do ACS. Este cenário impacta negativamente o trabalho do ACS, que orienta as pessoas, mas não dá subsídios para que a prática se efetue.

A falta de planejamento e comunicação entre os gestores e os profissionais produz grande burocracia pela escassez de espaços de debates. Faz-se necessárias reuniões entre os gestores e profissionais para identificar os materiais que são usados com mais frequência, os medicamentos que a população mais necessita e pensar em estratégias de cuidado em conjunto.

Como os ACS trabalham no território realizando visitas domiciliares, algumas unidades básicas de saúde não estão organizadas para que os ACS tenham espaço físico para escrever, organizar as fichas e os cadastros – o que também faz parte do seu trabalho – e outras unidades de saúde estão alocadas em estabelecimento cuja estrutura física é precária.

Na fala dos ACS fica exposta a falta de compartilhamento de responsabilidades nas suas unidades de saúde, na vulnerabilidade a que os indivíduos estão sempre expostos e da escassez de recursos, que os deixam sem referências (SANTOS, 2012). As ações que eles podem fortalecer tem relação com as tecnologias leves, na orientação dos cuidados em saúde, distribuição de panfletos e promoção de palestras na comunidade para conscientização, porém só as tecnologias leves não dão conta da complexidade dos problemas em saúde. Em alguns casos, é imprescindível o uso de tecnologias duras como o medicamento, a insulina, as gizes, o aparelho de pressão. Assim como o uso de equipamentos de proteção individual, como o uniforme, o protetor solar, o boné e o material (caneta e caderno). Muitas vezes, os ACS compram estes materiais com o próprio dinheiro.

A carência de meios e recursos, a falta de medicamento material para curativo, vacina, teste do pezinho e dificuldade de conseguir consultas e cirurgias pode tornar sem sentido o trabalho dos ACS. Embora engajado na proteção da comunidade, a impossibilidade de assistir determinados pacientes leva à perda de sentido(...). Em dada situação, um ACS toma conhecimento do falecimento do paciente no momento em que comunica o agendamento da cirurgia que deveria salvar-lhe a vida. A frequência de tais situações pode explicar o absenteísmo e o sofrimento naquela unidade (GOMES *et al.*, 2011, p. 292).

Para Vogt *et al.* (2012), o ambiente laboral inadequado e a carência de materiais, juntamente com a falta de reconhecimento e a dificuldade no relacionamento com a comunidade e com a equipe, vistos no capítulo anterior, produzem modos de organização que impedem ações em cuidado em saúde e diminuem a autonomia dos ACS, produzindo estresse e ansiedade nestes profissionais.

5.2.4.2. Vínculo de trabalho e salário

Um outro fator que produz adoecimento e sofrimento, segundo parte da literatura, é a questão trabalhista com contratação no regime celetista. Esse tipo de vínculo por não ser estável, de contratação temporária ou terceirizada, produz instabilidade no emprego.

Nunes *et al.*, (2002) e Nogueira *et al.*, (2000) ressaltam que a profissão do ACS surge num contexto de desproteção legal. A renda mensal do ACS é baixa se comparada com o salário mínimo necessário, essa condição desencadeia sentimento de desvalorização do trabalho.

Os vínculos trabalhistas são precários, mal remunerados. O salário, ao invés de ser um estímulo ao profissional, surge como uma limitação (WAI; CARVALHO, 2009). Os ACS demonstram insatisfação com o salário recebido e também com a falta de recebimento de hora extra, insalubridade e algumas vezes até mesmo das férias (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Os ACS avaliam ser insuficiente o que ganham em face do tipo de trabalho que é realizado e diante do valor que é atribuído à sua atividade pela sociedade e comunidade (PEDROSA; TELLES, 2001). A baixa remuneração e a iniquidade da força de trabalho, compromete o desempenho e responsabilização dos profissionais (GOMES *et al.*, 2011).

Para Ursine *et al.* (2010) há alguns fatores que determinam as condições de trabalho e qualidade de vida dos ACS, entre elas estão o tipo de vínculo trabalhista.

Na maioria das vezes, a contratação dos ACS são por meio de regime celetista, temporário e terceirizado. Essa ocupação de cargos não estáveis deixam os ACS insatisfeitos com a instabilidade no emprego e a ausência de concursos públicos fragiliza esses vínculos.

Os contratos terceirizados por ONGs e OSs são contratos temporários à revelia de decisão política. A ausência de direitos trabalhistas e de proteção social acarreta vínculos frágeis, tornando o trabalhador vulnerável e sem poder de negociação, causando-lhe sofrimento e incertezas. Na área da saúde é crescente o número de trabalhadores nessas condições (MONTEIRO; PREVITALI, 2011).

A questão salarial pode ser encarada como um fator que influencia negativamente as condições de trabalho. Como já ressaltamos, ao compararmos a renda mensal do ACS com o salário mínimo, verificamos que ela é muito baixa. Essa situação é agravada quando se compara com o salário de outros membros da equipe. A questão salarial influencia negativamente, à medida que o ACS não se sente reconhecido em sua função. De acordo com Nunes *et al.*, (2002), o ACS se sente desvalorizado, pois o aumento salarial não acompanha o aumento de trabalho e responsabilidade. A Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, sanciona o piso salarial em R\$ 1.014,00, porém a realidade é que os ACS ganham bem menos (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Mesmo quando os ACS reconhecem as garantias trabalhistas, eles têm dificuldades de institucionalizá-las por medo de exigirem e perder o emprego (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010). Ou seja, os ACS ficam receosos de reivindicar seus direitos e melhores condições de trabalho e serem demitidos por isso, já que não possuem garantias empregatícias devido ao vínculo ao qual estão submetidos.

Agora a luta desses profissionais é por melhores condições de trabalho e, sobretudo, a possibilidade de se manter no emprego (MONTEIRO; PREVITALI, 2011).

5.2.5. Violência

Falar sobre violência no processo de trabalho é complexo. Os ACS estão expostos a situações de risco decorrentes das distintas formas de manifestação de violência no trabalho (GALAVOTE *et al.*, 2011).

A grosso modo, a violência física é caracterizada quando há agressão física de qualquer natureza, e a violência psíquica se qualifica quando são utilizados meios verbais e subjetivos para atingir ao outro. Porém, ressaltamos que a violência psicológica pode se expressar em constrangimentos físicos, enquanto as situações de violência física podem gerar efeitos psíquicos.

Segundo Lancman *et al.* (2011), a violência física é mais evidente e quantificável, já a violência psicológica, relacionada a intimidações, coerções, insultos, além de diferentes formas de assédio, não se mostra com tanta clareza.

Além da violência física e psicológica, há ainda a categorização de outros tipos de violência. Ao segmentá-las, tem-se pelo menos três tipos, a violência interna, a

externa e a indireta. Lancman *et al.* (2009) vão analisar a exposição de trabalhadores como os ACS, ampliando a discussão em torno dessa temática. A violência interna aconteceria quando quem a pratica, tem algum tipo de ligação com o local de trabalho, seja colega, chefe ou subalterno. A violência externa se caracteriza quando quem a pratica não tem relação com o trabalhador, ou seja, quando ela é praticada por clientes. Por fim, a violência indireta é quando o trabalhador convive com situações de miséria intensa, associadas à falta de recursos para resolvê-la e a impotência para propor-lhe alternativas (LANCMAN *et al.*, 2009). Foi verificado nos estudos que os ACS passam por todas essas modulações de violência.

O convívio cotidiano, intenso e prolongado dos ACS com a comunidade provoca impacto nesses trabalhadores, pois testemunham diretamente situações de agressões e indiretamente a miséria intensa. Uma ACS disse no estudo de Lancman *et al.* (2009) que não estava preparada para aguentar, entender, orientar os problemas. Pois ao entrar na casa das pessoas e ver toda a miséria, ouvir todos os problemas, não sabia por onde começar.

As experiências vividas no cotidiano muitas vezes produzem sentimento de impotência, solidão e de vulnerabilidade no exercício do trabalho. Estar em um cotidiano de miséria e submetido a uma lógica de trabalho inoperante, faz sentirem-se responsáveis e envolvidos emocionalmente. Esse limite de até onde se envolver para não sofrer é muito tênue (LANCMAN *et al.*, 2009).

Além desse sentimento de impotência, os ACS também têm medo de sofrer represálias de usuários reconhecidamente violentos e que porventura podem estar descontentes com o atendimento oferecido. E também se sentem mal por se calar diante de situações de violência doméstica (LANCMAN *et al.*, 2009).

Alguns ACS sentem medo de alguns usuários e não solicitam a intervenção do conselho tutelar, do conselho da mulher, do conselho do idoso, com medo de sofrer retaliações. Assim como as ameaças que são feitas por não conseguirem resolver a demanda dos usuários, tais como serem atendidos na hora marcada, ter seus exames feitos e/ou acesso a sua medicação. Além disso, existe a dificuldade de conseguir consultas com especialistas e exames de alta complexidade. Essa situação é retratada na fala de um ACS na pesquisa de Jardim e Lancman: *o povo da favela quer matar o ACS porque o paciente morreu esperando consulta* (JARDIM; LANCMAN, 2009, p. 130).

Como já mencionamos, a violência que atinge profissionais de saúde está associada tanto a fatores externos quanto a fatores internos do trabalho. O contato intenso com o paciente em momentos de grande tensão acaba sendo importante fonte de violência direta e indireta e o aumento da quantidade de atendimentos a vítimas de violência é considerado uma sobrecarga.

Para Lancman *et al.* (2011), a violência e suas formas de expressão devem ser consideradas como uma importante dimensão do processo de organização do trabalho. Nessa perspectiva, é necessário compreender as relações que os trabalhadores estabelecem com o fenômeno da violência, o contexto no qual ocorrem e seu impacto psicológico.

As consequências da violência e os seus efeitos são subjetivos e singulares. Cada um tem sua forma singular de enfrentar ou entrar em processo de adoecimento. Autores ressaltam que quando não se reconhece a violência presente no trabalho, há um desgaste maior. Não reconhecer a violência faz com que seus efeitos sejam agravados, desestruturando a organização do trabalho, pois leva ao absenteísmo, ao afastamento do trabalho e, com isso, a redução da eficiência e produtividade. Ou seja, interfere na qualidade da prestação do serviço e nas relações de trabalho (LANCMAN *et al.* 2011).

Outra situação de violência está relacionada ao tráfico de drogas, que provoca tensão e medo nos ACS. Os ACS desenvolvem suas atividades dentro da comunidade fazendo visitas domiciliares e andando nas ruas, vielas etc.. E muitas vezes trabalham em áreas vulneráveis, onde a violência e o tráfico fazem parte do cotidiano das pessoas e oferece risco à integridade física e psíquica.

O ambiente de trabalho é dinâmico e muda a todo momento. Um cenário de atuação com invasões e operações policiais afeta o trabalho cotidiano (NASCIMENTO; DAVID, 2008). O conflito entre traficante e polícia expõe os profissionais de saúde e a população em geral aos riscos da violência, especialmente os trabalhadores que atuam na comunidade, em muitos casos, dominada pelo tráfico. Alguns ACS trabalham em áreas vulneráveis, onde o tráfico faz parte do cotidiano das pessoas e que muitas vezes precisam lidar com situações que oferecem risco à sua integridade física e psíquica.

Trabalhar em ambiente perigoso por conta do tráfico e das relações de poder resulta em grande carga de estresse pelo medo de sofrer violência física e moral. É comum que nessas áreas de risco os ACS saiam para trabalhar sob tensão, correndo

risco para realizar sua atividade (SANTOS; DAVID, 2011; NASCIMENTO; DAVID, 2008).

No estudo de Simões (2012), uma ACS ressalta que muitas vezes, quando ia fazer visita em algumas casas, ela via os traficantes empacotando as drogas para vender, isso a deixava com medo de que a polícia fosse chegar e a levasse presa também.

Essas falas evidenciam o sentimento de desproteção que os ACS experimentam ao realizar as visitas domiciliares. Os ACS estão submetidos ao alto grau de exposição e tensão produtoras de estresse devido à violência encontrada no dia-a-dia de trabalho.

Como é relatado pelos ACS na pesquisa de Santos e David (2011):

“... no momento em que você está no campo e a polícia chega e começa o tiroteio. É um estresse muito grande”.

“Existe primeiramente a violência na comunidade, às vezes não é nem o tiroteio, mas estamos trabalhando e vemos um homem armado, às vezes até fumando mesmo, usando drogas perto de você, isso é uma violência moral, você está passando e a pessoa não te respeita, entendeu [...]”.

“Você chega numa casa e vê o marido agredindo a mulher e você tem que ter jogo de cintura para entrar naquela situação sem se envolver, mas não tem como não se envolver, tentando dar um jeitinho, tentando acalmar a situação, isso acaba gerando estresse [...]”.

“[...] um estresse total e as pessoas cobram muito de você e, às vezes, você não pode fazer aquilo que as pessoas querem; você tenta fazer o melhor, e naquele momento você não pode fazer o que as pessoas querem, e tem que se virar para fazer aquilo que as pessoas desejam... e eles querem descontar na gente.” (SANTOS; DAVID, 2011, p.55)

Os relatos acima também retratam a violência intradomiciliar, que é quando encontram casos de agressões dentro das casas em que fazem as VDs. Os ACS se sentem impotentes e adoecidos ao observar a negligência dos pais com os filhos; a violência doméstica entre homens e mulheres; o uso e abuso de drogas ilícitas; o desemprego e a falta de recursos financeiros para se alimentar ou manter-se; os sentimentos de angústia, inutilidade e frustração diante da resistência e incompreensão dos usuários; os problemas graves de saúde ou de relacionamento familiar e situações de morte dos usuários (WAI; CARVALHO, 2009).

Há agressão diretamente ao ACS quando um serviço não acontece ou quando o atendimento não corresponde ao esperado. Eles, por serem os profissionais que estão mais próximos à comunidade, acabam sendo o para-raios para as insatisfações pelos serviços públicos, principalmente de saúde da comunidade. (SANTOS; DAVID, 2011; WAI; CARVALHO, 2009).

As situações de sofrimento, decorrentes da violência no trabalho e intensificadas pelo convívio cotidiano, geram medo e sensação de vulnerabilidade devido ao assédio das pessoas. Isto ocorre pela impossibilidade de se distanciar do ambiente em que trabalha por morar nele. As pessoas confundem o trabalho que é público, com o espaço de viver e conviver, que é particular. (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012).

5.2.6. Gênero

Todos os estudos, desta revisão bibliográfica, indicaram que os agentes comunitários de saúde em sua grande parte são mulheres. Para Gavalote *et al.* (2011), a crescente feminização da força de trabalho nos atos em saúde está relacionada com o papel de cuidador que a mulher sempre desempenhou na sociedade, sendo a responsável pela educação e cuidados das crianças e dos idosos da família, o que contribui para a afirmação deste lugar que a mulher ocupa como cuidadora perante a sociedade. De acordo com Galavote *et al.* (2011), há um predomínio de indivíduos do sexo feminino (92,9%) em relação aos do sexo masculino (7,1%) no que diz respeito ao perfil dos agentes comunitários de saúde.

As mulheres são socializadas para o papel doméstico e familiar na reprodução social, e esse processo de qualificação será substantivamente útil para o capital. (BARBOSA *et al.*, 2012) As qualidades pretensamente “naturais” das mulheres seriam a docilidade, a paciência, a resistência para o trabalho monótono e repetitivo que resultam, na verdade, desse longo processo de qualificação para o trabalho (BARBOSA *et al.*, 2012).

Por conta disso, a contratação de mulheres foi priorizada na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde a partir de 1987, onde foi composto um grupo, sobretudo, por mulheres que passaram a realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão do Ceará (BRASIL, 2002).

Socialmente, as profissões ligadas ao cuidado, ocupadas em sua maioria por mulheres, são desvalorizadas, vistas como ‘vocação natural’ ou ‘amor materno’ (BARBOSA *et al.*, 2012). Sendo essa uma das razões pelas quais as trabalhadoras continuam a receber menores salários, apesar dos discursos que colocam as mulheres em uma situação de igualdade.

No mundo neoliberal, há crescente flexibilização e precarização das relações de trabalho, onde damos lugar à superexploração da força de trabalho feminino e à reprodução social naturalizada como “vocação materna”, gerando sobrecarga de trabalho para estas trabalhadoras com repercussões em sua saúde (LANCMAN *et al.*, 2009).

Geralmente, as mulheres são contratadas a baixo custo para exercerem papel assistencial, isto é, de cuidado com a saúde. Esses vínculos precários e instáveis de trabalho são decorrentes do trabalho feminino, onde há remunera o baixa, a jornada de trabalho   intensiva, e os contratos temporários (LANCMAN *et al.*, 2009).

Não há material para se trabalhar, nem uniformes apropriados, a remunera o está em torno de R\$ 725,00, a jornada de trabalho   intensiva e, geralmente, excede o estipulado contratualmente, os contratos são precários - através de Organiza es Sociais (OS) - sendo a instabilidade a marca característica da profissão (BARBOSA *et al.*, 2012).

Devemos ressaltar também que muitas vezes essas mulheres estão submetidas à dupla jornada de trabalho (40 horas semanais e mais os trabalhos domésticos, tais como fazer almoço, jantar, supermercado, limpar casa, lavar e passar roupa, cuidar dos filhos) o que as dificultam a cuidar de si e terem momentos de descanso e lazer.

Como parte de seu trabalho, as ACS realizam visitas domiciliares ficando mais susceptíveis   violência urbana em compara o às pessoas que trabalham em ambientes fechados como escritórios e consultórios (GALAVOTE *et al.*, 2011).

As ACS testemunham o sofrimento das mulheres que são violentadas de diversas formas por seus companheiros ou pelos seus filhos. Assim como qualquer outra violência doméstica que aconteça, a ACS muitas vezes presencia a violência, já que seu trabalho exige que faça visitas e tenha o contato com o que é mais pessoal na comunidade.

As ACS precisam criar um corpo para sustentar seu trabalho sem adoecer junto com essas mulheres que são violentadas. Podendo assim ajudá-las de forma que não se envolvam totalmente, mas também que não sejam imparciais, procurando compartilhar com a equipe o sofrimento que é produzido nessas mulheres e pensando em possibilidades e estratégias de cuidar daquela mulher que sofre com a violência doméstica.

A violência contra a mulher afeta mais as ACS por elas também serem, em sua maioria, mulheres. A vulnerabilidade do sexo feminino em relação à violência urbana e doméstica ocorre, uma vez que, ao adentrar os domicílios podem se tornar alvos fáceis de violência, principalmente do assédio sexual.

Na pesquisa de Barbosa *et al.* (2012) uma questão relevante foi identificada entre as diferentes posturas trabalhistas de ACS homens e mulheres nas oficinas de grupo focal:

(...) para os primeiros (homens), ser ACS é um trabalho **profissional**, enquanto para as segundas (mulheres), é uma **vocação**. Essa representação expressou-se na fala de uma participante: "ACS homem é profissional, ACS mulher é amiga!" Decorrente desta diferenciação, os trabalhadores do sexo masculino, com mais frequência que as mulheres, costumam estabelecer limites para suas jornadas de trabalho - ou seja, não ficam inteiramente disponíveis fora dos seus turnos - e colocam esses limites de forma assertiva e objetiva para a população assistida (p. 758).

Esta representação nos mostra o quanto este sistema social se apropria dos atributos de gênero para explorar o trabalho produtivo e reprodutivo feminino, e como são capturados por essa lógica de 'vocação natural' ou 'amor materno' que é ocupado pelo trabalho feminino.

Diante deste acontecimento, Barbosa *et al.* (2012) identifica as seguintes questões:

Existem marcantes diferenças de gênero na delimitação entre tempo de trabalho/ tempo doméstico, evidenciando a extensa jornada de trabalho da maioria das ACS, sem reconhecimento de hora-extra e, portanto, sem recompensas na remuneração. Os depoimentos evidenciam o quanto as ACS 'naturalizam' e, em certo limite, aceitam essa situação. Os valores de gênero - solidariedade, compromisso, cuidado, afeto, apego, envolvimento - estão fortemente associados ao trabalho de ACS, dando sustentação ao acúmulo de encargos extratrabalho, tais como: o cuidado de crianças/jovens em situações de risco social, idosos que vivem sozinhos, doentes e deficientes que demandam cuidados especiais etc (p. 758).

No entanto, para justificar a permanência neste trabalho, que é mal remunerado e precário, as ACS utilizam o fato de o trabalho ser perto de casa como uma vantagem para poder cuidar da casa e de seus filhos. E apesar de todas as dificuldades, as ACS atribuem valor positivo ao trabalho, fortalecidos pelo reconhecimento e gratidão expressos pela população assistida (BARBOSA *et al.*, 2012).

A pesquisa de Mascarenhas *et al.* (2012) ressalta que o fato da mulher trabalhar num ambiente externo ao lar e também de ter de cuidar da casa e dos filhos gera uma série de contradições e conflitos. Pois ficar pouco tempo em casa, algumas vezes pode produzir cobranças tanto pessoais, quanto familiares a esse sentimento de ausência.

A jornada profissional das mulheres incorporada ao trabalho doméstico pode contribuir para fadiga e exaustão física. A mulher tem em sua responsabilidade o duplo papel a cumprir. Por um lado ser mãe, dona de casa, cuidadora do lar, e de outro ser trabalhadora e cuidadora da saúde da coletividade. Essa duplicidade gera conflito e eleva a carga de tarefas semanal a qual estão submetidas para cumprir várias atividades restando pouco tempo para se dedicar ao lazer ou simplesmente ao *doce far niente*.

Como já ressaltamos, de acordo com a literatura analisada, a profissão de ACS é ocupada predominantemente por mulheres e as questões de gênero podem interferir na qualidade de trabalho do ACS em alguns sentidos (WAI; CARVALHO, 2007). A expansão do trabalho feminino acontece de maneira precária caracterizada pela informalidade e remuneração inferior à do homem, além de realização de jornadas mais longas (ANTUNES, 1999 *apud* BARBOSA *et al.*, 2012). A mulher é duplamente explorada pelo capital do trabalho doméstico e externo ao lar. O ACS do gênero feminino está mais vulnerável a sofrer prejuízos, doença e sofrimento consequentes da emancipação feminina com saúde do ambiente doméstico (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010; ROSA *et al.*, 2012).

Sendo assim, o desgaste das mulheres pode decorrer da dupla jornada de trabalho, ou seja, cuidado do lar e desempenho profissional. Ou pelo fato desses trabalhadores precisarem ter mais de um vínculo empregatício para complementar a renda familiar, afetando a qualidade de vida assim como a atividade laboral devido ao cansaço produzido pela dupla e, às vezes, tripla jornada.

A pesquisa de Rosa *et al.* (2012) traz outra abordagem em relação ao gênero, a pesquisa relata que os agentes do sexo masculino têm dificuldades de trabalhar, pois “*as pessoas ficam encabuladas, não gostam de falar de seus problemas, principalmente quando é de preventivo.*” (p.146). Ou seja, o ACS quando é do sexo masculino enfrenta dificuldade de criar o vínculo, de entrar nos domicílios nos quais só encontra presente a dona da casa.

A questão de gênero interfere diretamente no trabalho do ACS. Por exemplo, uma usuária que foi entrevistada nesta pesquisa de Rosa *et al.* (2012) diz que não gosta

de falar as coisas para o agente homem, principalmente quando é sobre o preventivo e não gosta que ele entre na casa dela com medo do que os vizinhos vão pensar, pois na hora em que a visita é realizada o marido dela não está em casa.

A despersonalização da profissão estaria associada ao homem pela exigência social em relação ao cumprimento dos “papéis” masculinos, tendo dificuldades de efetuar o trabalho como Agente Comunitário de Saúde (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

5.3. Categoria de análise: Estresse e esgotamento profissional

O esgotamento e o estresse podem afetar a qualidade de vida, a eficiência no trabalho e causar dificuldades de comunicação e insatisfação (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012).

O estresse é um estado de tensão que gera desequilíbrio no organismo e tem como sintomas a irritabilidade, sensibilidade emotiva aumentada (GALAVOTE *et al.*, 2011). O estresse pode se manifestar por sintomas físicos ou psicológicos, como depressão, insônia, problemas no aparelho digestivo, baixa imunidade que favorece o aparecimento de herpes e cândida nas mulheres, tensão muscular, hipertensão, diabetes e outras doenças. Esses efeitos podem variar de acordo com cada pessoa (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

Devemos ressaltar que o estresse faz parte da vida. Em pequenos níveis, ele é útil. No entanto, o estresse contínuo ou uma resposta inadequada a ele, é prejudicial e pode causar problemas de saúde, como doenças físicas e psicológicas, infecções, doenças cardíacas, ansiedade e depressão.

Para Glowinkowski e Cooper *apud* Custódio (2006) os agentes estressores são intrínsecos ao trabalho, como a repetição de tarefas, a pressão do tempo e ritmo e a sobrecarga. Também, o fato de residirem na área de trabalho pode desenvolver o processo de estresse, por terem maior dificuldade adaptativa aos fatores estressantes devido à continuidade.

Miyamoto e Selye *apud* Custódio (2006) definem estresse como “o resultado inespecífico de qualquer demanda capaz de resultar em um efeito negativo na esfera mental, física ou emocional do ser humano provocado por um agente estressante” (p.190). E é caracterizado por 3 fases: **a fase de alarme**, que é a reação do organismo à

excitação (dores de cabeça e no peito, taquicardia, tensão.); a **fase da resistência** que é a fase de alerta acrescida das reações orgânicas (ansiedade, medo, impotência sexual, isolamento social) e a **fase de exaustão**, fase avançada em que se observa a extenuação do organismo e manifestações crônicas.

O estresse ocupacional é um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, porém apenas o fato do indivíduo estar inserido no trabalho não necessariamente caracteriza um fenômeno de estresse (WAI; CARVALHO, 2009).

Os fatores que produzem adoecimento devido à presença do estresse no trabalho dos ACS têm a ver com as inúmeras tarefas a serem cumpridas, a alta exigência do trabalho, a cobrança de produtividade de metas, os ritmos excessivos, somados à execução de tarefas superpostas, falta de recurso para fazerem o trabalho, além de situações de extrema miséria, adoecimento e degradação humana vivenciados no dia-a-dia de trabalho (MARTINES; CHAVES, 2007; MEIRA-MASCARENHAS; ORNELLAS-PRADO; HENRIQUE-FERNANDES, 2012).

O ACS retrata seu ambiente de trabalho como gerador de estresse contínuo devido à cobrança e pressão sobre o cumprimento de tarefas e responsabilidades e também muita cobrança por parte da população, que o vê como uma “ponte” que permite o acesso ao serviço e foco de escuta de suas necessidades. Relatado nessa fala: *a comunidade cobra muito e não entende que eu não posso ajudar em tudo e que muitas coisas não dependem só do meu trabalho.* (GALAVOTE *et al.*, 2011, p. 5).

A difícil relação com outros profissionais da equipe também pode ser produto de estresse, assim como as diversas formas manifestações de violência no trabalho a qual o ACS está exposto. (GALAVOTE *et al.*, 2011)

O estresse ocupacional produz impacto no trabalho e na saúde do trabalhador. O estresse não afeta só a ele, mas à comunidade que é por ele assistida e é manifestado como absenteísmo, problemas emocionais, desempenho irregular, impaciência com a população.

Os sintomas físicos do estresse nos ACS relatados na pesquisa de Camelo *et al.* (2012: 665) foram tensão muscular, sensação de desgaste físico e insônia.

Na pesquisa de Santos e David (2011) realizado no município do Rio de Janeiro, identificou-se que entre os entrevistados 62% dos trabalhadores se encontravam em

situação de estresse, além de 83% terem manifestados sintomas físicos. As categorias relacionadas a condições de estresse percebida por ACS neste estudo foram: baixo reconhecimento de seu trabalho, intensidade e ritmo, burocracia, violência, sobrecarga psíquica e queixas físicas.

Nos trabalhos dos ACS podemos perceber a sensação de desânimo, fraqueza e falta de energia e o sentimento de incapacidade de lidar com as atividades rotineiras do trabalho. Alguns se sentem irritados, com raiva, impaciência, desesperança e depressão e alguns sintomas somáticos como náuseas, dores de cabeça e distúrbios do sono. A baixa imunidade também pode predispor esses trabalhadores a doenças infecciosas (MAIA; *et al.* 2011).

O estresse é como o organismo responde às demandas do ambiente externo. Para controlar o estresse, é necessário identificar e buscar estratégias de enfrentamento (WAI; CARVALHO, 2009). O modo como as pessoas lidam com os efeitos produtores de estresse influencia muito em sua saúde, variando para cada um o modo pelo qual aliviam suas tensões (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Morar no mesmo local de trabalho pode levar ao estresse devido à constante vigilância da comunidade sobre seu modo de viver e agir. Os conflitos nas exigências do trabalho e do lar, como a dificuldade de se trabalhar em equipe, a falta de supervisão e o fato da população desconhecer o lugar do ACS também se configuram como condição que pode levar ao estresse. Esses sentimentos que repercutem em forma de sofrimento psíquico, também estão relacionados a doenças somáticas que aparecem em pessoas sobrecarregadas.

O desgaste emocional e físico do trabalhador produzido pelo estresse influencia o desenvolvimento no trabalho e na sociedade, pois não se cria um corpo para lidar com as situações diárias. O trabalhador adoecido não consegue cuidar de ninguém, as ações de cuidado diminuem e são fragilizadas, o absenteísmo aumenta assim como o frequente uso de tranquilizantes e outras drogas (CARREIRO *et al.*, 2013).

A forma como está organizado o trabalho do ACS o torna vulnerável a doenças ocupacionais de ordem física e psíquica e consequente redução da qualidade de vida no trabalho, interferindo na assistência prestada à população. Frente às formas de adoecimento pelo trabalho, esses profissionais ficam desamparados, tendo que por si só criarem medidas de gerenciamento, a fim de evitar danos a sua vida e a vida de seus familiares (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012, p. 665)

O trabalhador, ao se sentir sem alternativa para compartilhar suas dificuldades, anseios e preocupações, tem aumentado a sua tensão emocional, o que pode levar ao surgimento da síndrome de estresse ocupacional, conhecida como **Síndrome de Burnout** (SILVA; DALMASO, 2002). Os nossos mecanismos de defesa passam a não responder de uma forma eficaz, aumentando assim a possibilidade de vir a ocorrer doenças, especialmente, cardiovasculares, diabetes, hipertensão...

Burnout é uma síndrome que engloba sensações de ineficácia e desapego ao trabalho. É relacionada às áreas de trabalho nas quais o contato humano é evidente, característica que gera consequência, pois além de atingir o profissional, pode também recair sobre a qualidade do atendimento sobre a saúde de seus pacientes (MAIA; *et al.* 2011).

O termo Burnout, significa queimar-se, consumir-se, foi empregado para designar sentimento de profissionais que se sentiam exaustos e esgotados fisicamente e emocionalmente e não conseguiam alcançar os objetivos propostos pelo trabalho. Trata-se de uma crise onde os sintomas, ou seja, um conjunto de sintomas vão além do estresse e está relacionado ao trabalho (TELLES E PIMENTA, 2009; MAIA; *et al.* 2011; TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Segundo França (1977) *apud* Trindade e Lautert (2010):

O Burnout é caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos, consequentes da má adaptação ao trabalho e com intensa carga emocional e pode estar acompanhado de frustração em relação a si e ao trabalho. (p. 275)

Ou seja, Burnout é uma síndrome psicológica conceituada como estresse laboral crônico e se caracteriza pelo esgotamento físico e emocional do trabalhador e por um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos, efeito da intensa carga emocional, englobando sensações de ineficácia e desapego ao trabalho. Suas reações podem ser exaustão crônica, sensação de desligamento do trabalho, sensação de ineficácia e falta de realização, ou seja, essa síndrome conduziria à perda do sentido do trabalho (SANTOS; DAVID, 2011; TRINDADE; LAUTERT, 2010).

A síndrome inclui três componentes: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (MASLACH, 2009 *apud* MAIA; *et al.* 2011; TRINDADE; LAUTERT, 2010; TELLES E PIMENTA, 2009).

A exaustão emocional é caracterizada pela sensação de desânimo, fraqueza e falta de energia, exaustão emocional aliada ao sentimento de incapacidade de lidar com as situações do cotidiano laboral, ou seja, sensação de esgotamento físico e mental que pode ter como efeito a irritabilidade, impaciência, desesperança e depressão.

A despersonalização indica quando o trabalhador vem alterando seus comportamentos, tornando-se indiferente, frio e impessoal com os colegas e com os usuários, impaciente diante das situações negativas e, às vezes, cínico e irônico em relação às pessoas e situações.

A baixa realização profissional se refere aos sentimentos de insatisfação, baixa autoestima, sensação de fracasso profissional, sente-se incapaz e desmotivado, sensação de incapacidade, incompetência e insuficiência, desmotivação e sensação de fracasso profissional.

A síndrome de Burnout descreve o excessivo desgaste emocional consequente ao trabalho. É atribuída às dificuldades do trabalhador para sua inserção no grupo, à necessidade de aceitação e reconhecimento (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

A síndrome produz consequências não só do ponto de vista pessoal para o trabalhador da saúde, mas também do ponto de vista institucional: é o caso da diminuição da capacidade laboral, do absenteísmo frequente, do aumento das condutas de risco, da despersonalização no cuidado ao paciente, da inconstância de empregos, além de repercussões na esfera familiar (TRINDADE; LAUTERT, 2010; VOGT *et al.*, 2012).

Identificou-se como carga psíquica responsável pelo esgotamento profissional a falta de reconhecimento, a incapacidade de resolver certos problemas e a dificuldade de relacionamento interpessoal (VOGT *et al.*, 2012). Os ACS se deparam com ambientes muitas vezes perigosos, insalubres, propícios a riscos à saúde, mais as exigências do próprio trabalho, favorecendo para o desenvolvimento da síndrome de Burnout e outras doenças relacionada ao trabalho (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

O fato dos ACS estarem sempre vivenciando situações de muito sofrimento produz uma relação interpessoal permeada por fortes sentimentos com os usuários. Dessa forma, a identificação com o usuário aumenta o sentimento de queimar-se/ consumir-se, bem como o sentimento de culpa.

A alta exigência do trabalho, a cobrança de produtividade por metas, ritmos excessivos, a divisão e o parcelamento das tarefas, a falta de recurso para o trabalho, o suporte organizacional precário, a falta de autonomia, a burocracia excessiva, a falta de reconhecimento profissional, as lacunas do sistema de saúde, inexistência de discussão sobre plano de cargos e salários e, até mesmo, perseguição política e o contato próximo entre profissional e usuário, além de situações de extrema miséria vivenciadas cotidianamente são fatores que contribuem para o desenvolvimento da síndrome de Burnout. (MAIA; *et al.* 2011)

Para Trindade e Lautert (2010), a síndrome de Burnout acometeu diferentes trabalhadores, mas predominou entre os ACS, quando comparados com grupo de profissionais. Silva e Menezes (2008) apontam que uma parte dos ACS fazem uso de antidepressivos e calmantes. Assim, podemos evidenciar esta prática com o relato de um ACS na pesquisa de Lopes *et al.* (2012: 638): *nosso trabalho produz sofrimento mental, vários colegas já se afastaram por depressão, sou a única do meu grupo que nunca usei medicação antidepressiva.*

O ACS tem adoecido com mais frequência, fazendo com que utilizem remédios controlados, a fim de diluírem os efeitos negativos do trabalho. Alguns ACS acabam solicitando licença do trabalho devido à grande carga emocional.

No estudo de Silva e Menezes (2008), foram encontradas altas proporções de ACS com níveis moderados ou altos de exaustão profissional, despersonalização e decepção, além de elevada frequência de prováveis casos de TMC.

Na pesquisa realizada por Silva e Menezes (2008), com 116 ACS, observou-se que 75 % dos entrevistados apresentaram nível de ansiedade considerado moderado e que 17,24% apresentaram ansiedade grave. No estudo realizado por Carreiro *et al.* (2013) com 141 ACS, identificou-se Burnout em 24,1% da amostra.

Na pesquisa de Resende *et al.* (2011) em Uberlândia- MG, verificou-se que 58,6% dos ACS relataram ter tido problemas de saúde em relação à ansiedade. A maioria dos ACS apresentou grau de ansiedade moderado, e uma parcela mostrou ansiedade grave.

A **ansiedade** é inerente à vivência do ser humano, mas em alguns casos traz uma carga de desconforto emocional, levando o indivíduo a um estado de tensão constante.

Se identificamos a ansiedade, trazemos o controle, o que nos auxilia na manutenção da saúde mental.

O estudo de Camelo e Angerami (2004) constata a presença de estresse em 62% dos trabalhadores da ESF. Já no estudo de Telles e Pimenta (2009), verifica-se a presença da síndrome de Burnout nos ACS.

De acordo com Camelo e Angerami (2004) e Telles e Pimenta (2009), foram identificadas nove causas do esgotamento profissional. São elas:

1. O modelo de atenção pode produzir gasto de energia e adaptação e ainda contribuir para um processo de sofrimento mental devido ao envolvimento da equipe com a população;
2. a dimensão subjetiva do sofrimento ao lidar com casos complexos do território;
3. a impossibilidade de compartilhar sofrimentos e angústias produzidas pelo processo de trabalho e de modificar a organização do trabalho;
4. são verificadas como situação de vulnerabilidade desses trabalhadores: os fatores associados com a perda de pessoas importantes, a insatisfação com o trabalho e com o salário, a falta de reconhecimento pelos usuários e pelos colegas de trabalho, a influência negativa do trabalho na relação com os familiares e a falta de tempo para o lazer;
5. condições de trabalho que influenciam negativamente na saúde do trabalhador como a infraestrutura física, a unidade não tem estrutura para funcionar, às vezes funcionam em casas antigas cheias de bolor e umidade que põem em risco a saúde dos trabalhadores e usuários;
6. dificuldade de trabalhar em equipe: falta de planejamento coletivo, individualização das tarefas, prestação de cuidado fragmentada descaracterizando a ideia do processo e trabalho da ESF. Não tem poder de decisão para resolver problemas do cotidiano e a falta de autonomia do trabalhador na organização do processo de trabalho também é considerada fator de desgaste psíquico;
7. sobrecarga de trabalho pela falta de recursos humanos como enfermeiros, especialistas, recepcionistas, agentes endêmicos. O ACS desenvolve tarefas que vão além do que lhe é prescrito. Ou seja, há uma defasagem no trabalho, entre o que é pedido e o que acontece na prática;
8. imposição de cumprimento de metas, o que significa um aumento da carga de trabalho, além de ter a redução do tempo dedicado à família e ao lazer, gerando

angústias. Além da precarização das condições de trabalho e da baixa remuneração, os ACS procuram outros vínculos empregatícios como forma de garantir melhores condições de vida;

9. medo do desemprego.

Um dos fatores que colaboram para a qualidade de vida e para o bem-estar está relacionado com o equilíbrio entre as expectativas em relação à atividade profissional e à concretização delas (RESENDE *et al.*, 2011).

Por isso, é importante criar espaço de reflexão e escuta dos ACS, no intuito de prevenir o adoecimento mental. Diante da situação de sofrimento, o ACS tem pressa em resolver o problema, porque teme adoecer (SOUZA; FREITAS, 2011).

5.4. Categoria de análise: Estratégias de enfrentamento das dificuldades

Estratégias de enfrentamento são consideradas as formas que os trabalhadores encontram para lidar com os problemas. Os ACS desenvolvem alguns mecanismos de enfrentamento para amenizar as dificuldades do trabalho, a fim de transformá-lo em uma atividade prazerosa e mais produtiva (ROSA *et al.* 2012).

A elaboração de estratégias é importante para evitar danos à saúde do trabalhador e melhorar a sua satisfação no trabalho, produzindo motivação. Uma das estratégias mais comuns entre os ACS é encontrar suporte afetivo e social para enfrentar os problemas e as dificuldades em lidar com os limites da vida pessoal.

Algumas das estratégias são exemplos das estratégias defensivas, definidas por Dejours (1993) como estratégias necessárias, desenvolvidas pelos trabalhadores para se protegerem do sofrimento excessivo vivenciado.

Foram identificadas nos estudos seis estratégias principais utilizadas pelos ACS. São elas:

- trabalhar de uniforme;
- delimitar o horário de atuação no trabalho;
- pensar e agir coletivamente;
- manter distância de pacientes com tuberculose;
- praticar exercícios físicos;

- buscar suporte social e afetivo no encontro com a família, amigos e religião.

Nos estudos de Camelo *et al.* (2012) foram identificadas como estratégias individuais: as reuniões semanais com a presença dos profissionais, como também o incentivo à psicoterapia, à religião, à meditação, à alimentação balanceada, à prática de exercícios físicos e de atividades que relaxem, trabalhar de uniforme, delimitar seus horários de atuação, entrar e sair às escondidas de casa para não ser identificado, disfarçar a voz no telefone, buscar distanciar a vida pessoal e familiar da vida no trabalho.

Os autores Wai e Carvalho (2009) identificam como estratégias de enfrentamento no trabalho do ACS:

(...) o uso da compensação; olhar as dificuldades como forma de aprendizado; compartilhar os problemas com a equipe e outros profissionais que cooperam com a estratégia; seguir orientações para uma ação mais profissional e menos emocional; reivindicar junto com a coordenadoria um programa para a promoção e prevenção da saúde mental do trabalhador; limitar a comunidade; participar de fórum de ACS, onde há trocas de experiências; fazer psicoterapia; fazer encaminhamentos para o serviço social; ter consciência de que não tem que resolver tudo sozinho; encarar a dificuldade como um desafio; crença em Deus e orações; frequentar igrejas; afastar os problemas da cabeça; chorar; realizar atividades de lazer; buscar apoio de pessoas íntimas; fazer uso de antidepressivos; meditação; fazer exercícios físicos; solicitar afastamento e/ou licença de saúde e montar cestas básicas com o próprio recurso financeiro (p.567).

Os ACS também traçam estratégias para prevenir a tuberculose, mantendo distância do paciente contaminado e ficando em local ventilado durante a visita. (CAMELO *et al.*, 2012).

Trabalhar de uniforme também é uma forma de colocar limites aos usuários, que insistem em abordar os ACS no momento em que não estão em suas atividades laborais, como ressalta uma ACS no estudo de Jardim e Lancman (2009: 130): *faço questão de trabalhar com uniforme, fora do horário eu mostro que estou sem uniforme.*

Além das estratégias individuais elaboradas pelos trabalhadores, eles também precisam pensar e agir coletivamente com todos os atores envolvidos no processo. A rotina intensa de trabalho faz com que os ACS procurem ajuda quando se sentem completamente desgastados ou esgotados.

Os ACS também identificam como estratégias o suporte social em amigos, em parentes, grupos de apoio e de crenças religiosas, a partilha de experiências com os colegas de equipe.

Partilhar o sofrimento é também uma possibilidade de fortalecer os mecanismos defensivos, pois permite aos trabalhadores minimizarem o sofrimento vivenciado, criarem redes de apoio e estabelecerem acordos éticos que, por vezes, os auxiliam a encontrar soluções e diminuem a solidão diante de problemas que não podem resolver (JARDIM; LANCMAN, 2009, p. 133).

A tentativa de encarar positivamente a situação e desprender-se emocionalmente do trabalho também é um mecanismo, assim como a prática de atividades físicas que produz hormônios e que provoca sensação de bem-estar, a alimentação saudável que visa suprir os nutrientes gastos em situações de estresse, as atividades de lazer e o uso de técnicas de relaxamento, que diminuem a frequência cardíaca reduzindo a ansiedade (MAIA *et al.* 2011).

O choro também é um mecanismo para aliviar as tensões, como relatado por um ACS na pesquisa de Camelo e Angerami (2008):

“Eu chego em casa às vezes e choro muito! Tem dia que eu nem como, porque tem coisa que você encontra... tem coisa que dá pra você tirar de letra, mas tem coisa que te emociona muito. Você encontra a pessoa numa situação muito difícil, aí é difícil pra você. Aí eu acho que é só chorando mesmo para aliviar. A gente se apega muito nas pessoas” (p. 921).

O uso de antidepressivo, do calmante e do tranquilizante também foram identificados como estratégias de enfrentamento para situações estressoras no trabalho (LOPES *et al.*, 2012).

O brincar funciona como mecanismo de defesa. Segundo Gomes *et al.* (2011) ao brincar com uma situação angustiante, o trabalhador encontra uma maneira de diluir o seu sofrimento, aliviando a tensão e descontraindo. Os ACS nesta pesquisa apontam que tentam brincar com a situação sem, no entanto, deixarem de levar a sério e reconhecer o problema:

“Então assim, às vezes eu tenho medo, às vezes eu acho engraçado e, às vezes eu acho uma adrenalina. Eu não acho o meu trabalho ruim. Às vezes, eu até brinco dizendo que vou mandar um ofício pedindo colete à prova de balas ao prefeito, às vezes a gente brinca, mas é a realidade. Eu não tenho medo deles lá, mas eu tenho medo dos que vem de fora matar eles, os de fora não conhece” (GOMES *et al.*, 2011, p. 274).

Para Jardim e Lancman (2009) a outra forma de enfrentar as dificuldades é quando os ACS procuram criar artifícios para ajudarem a comunidade a suprirem as falhas do sistema de saúde, utilizando as relações pessoais para anteciparem ou viabilizarem atendimentos.

Devemos salientar que a participação do ACS nos espaços de decisão política, como os conselhos e conferências de saúde repercutem no fortalecimento de melhores condições de trabalho (NOGUEIRA *et al.*, 2000). Um bom relacionamento entre os profissionais determina a efetividade do trabalho em equipe, assim como a criação de vínculos afetivos entre os trabalhadores e a organização do trabalho (CUSTÓDIO *et al.*, 2009).

Deve-se criar espaços democráticos de escuta e acolhimento que possibilitem trocas entre a comunidade, os trabalhadores e os gestores de saúde, para que encontrem coletivamente estratégias para melhorias de suas condições de trabalho e qualidades do cuidado em saúde da população (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010, p.337).

Outra estratégia para lidar com essa situação de vulnerabilidade é acionar a própria rede para o compartilhamento dos casos considerados complexos. Porém, algumas vezes essas ações tornam-se produtoras de sofrimento, pois geram dúvidas e conflitos, por se sentirem pouco amparados, sem ter com quem compartilhar esses dilemas. Os ACS encontram saída no distanciamento, conforme relatado por uma ACS: *“...a saída é criar um distanciamento, é fingir a ignorância; preferir não saber onde mora o perigo, ou não lembrar o rosto; pelo clima a gente já sabe quando entrar ou não na casa”* (LANCMAN *et al.*, 2009, p.5).

A crença religiosa também tem a função de aliviar as tensões frente a situações de sofrimento e de desafios e dificuldades vivenciadas com frequência no ambiente de trabalho. Através do direcionamento do pensamento para uma instância transcendental é possível para algumas pessoas resignificarem os afetos que perpassam em seus corpos gerando assim bem-estar e confiança (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Assim como a realização de atividade física que produz momentos de descontração e prazer através de substâncias como endorfina e serotonina, que são liberadas no organismo durante a atividade, e ajudam a aliviar o estresse. Contudo, algumas ACS relatam que pouco se animam em fazer atividades físicas, pois suas atividades laborais já exigem delas bastantes caminhadas durante as visitas, sem contar

os trabalhos domésticos que também demandam disposição física (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

5.5. Categoria de análise: Prazer e Satisfação

O trabalho ocupa um lugar central na vida do ser humano e contribui para a formação de sua subjetividade. Ele insere o humano no mundo relacional, de desenvolvimento, de troca e de reconhecimento social. É estruturante na vida e também considerado fonte de sustento (TRINDADE *et al.*, 2007; MARTINES; CHAVES, 2007).

O trabalho influencia a saúde do trabalhador, produzindo sentimentos de realização e de satisfação. Contudo, algumas vezes essa atividade laboral e o seu processo podem gerar problemas de saúde, de insatisfação e de sofrimento. Cabe neste estudo ressaltar que o trabalho em si não é prejudicial para a saúde do trabalhador, mas sim a sua ausência pode ser prejudicial. Não é ele que gera sofrimento e adoecimento em um trabalhador, mas sim as condições em que ocorre no dia-a-dia (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; GOMES *et al.*, 2011).

Segundo Carreiro *et al.* (2013):

O trabalho produz sofrimento quando constrói uma imagem de indignidade, um sentimento de inutilidade, tornando-se um trabalho despersonalizado e sem significação. Entretanto, quando a pessoa encontra significado no seu ofício e o reconhecimento social entre famílias e amigos, o trabalho constitui como uma fonte de satisfação e de prazer. (p.14)

Para Jardim e Lancman (2009:125), o trabalho pode ser a oportunidade central de crescimento e de desenvolvimento psicossocial do adulto, pode ser visto como fundamental na constituição de redes de relações sociais, pertinência a grupos, e trocas afetivas e econômicas, ao mesmo tempo ele também pode levar ao sofrimento e ao adoecimento.

Nos estudos analisados, identificamos o reconhecimento do trabalho e a resolutividade das necessidades de saúde da população como fonte de prazer e satisfação do ACS no trabalho.

Lancman *et al.* (2009) afirmam que a relação do ACS com as famílias pode ser fonte de prazer e de reconhecimento do trabalho que realizam. A autora também sinaliza que trabalhar no mesmo território em que mora pode ser visto como aspecto positivo pelo trabalhador ter facilidade de cuidar dos filhos e estar mais presente em casa.

Como foi relatado pelas ACS no estudo de Barbosa *et al.* (2012):

“A vantagem desse trabalho é estar perto de casa e poder cuidar da casa e dos filhos”.

“Pra mim é bom, porque eu “tô” na comunidade, estou também de olho nela [filha de 10 anos], entendeu?”.

“Pela flexibilidade do trabalho. Eu tenho 3 filhos pequenos e eu “tava” precisando trabalhar”. (BARBOSA, 2012, p. 760)

Uma relação satisfatória com a atividade de trabalho é fundamental para o desenvolvimento nas diferentes áreas da vida humana, e essa relação depende, em grande escala, dos suportes afetivos e sociais que os indivíduos recebem durante seu percurso profissional.

A satisfação e o bem-estar são adquiridos pelo equilíbrio entre expectativa e concretização que contribuem para a qualidade de vida. A satisfação é produzida pela renda, pelas condições de trabalho, pelos bens materiais que podem ser adquiridos através do trabalho, pela segurança, pela privacidade, pelos sentimentos positivos, pela autoestima, pelo apoio, pelo entrosamento entre os profissionais e pelo reconhecimento social. (RESENDE *et al.*, 2011)

Para Galavote *et al.*, (2011) e Vogt *et al.* (2012), os ACS se sentem satisfeitos por promover saúde com dignidade para as famílias da comunidade, através de informação e conhecimento. E por ter a oportunidade de ajudar e esclarecer as pessoas quanto as necessidades de saúde, especialmente as mais vulneráveis, trocando conhecimentos com os usuários.

A satisfação é vivenciada diante do reconhecimento do seu trabalho, quando se sentem úteis ajudando a população. Estar satisfeito também é ter o seu trabalho reconhecido em forma de agradecimentos, como relatam os ACS no estudo de Simões (2009):

“Eu me sinto satisfeita, pois é um serviço que eu gosto muito por poder ajudar as pessoas da comunidade sobre a saúde.” (SIMÕES, 2009, P. 17)

“Quando tu vê aquela criança correndo em casa e fazendo bagunça, que tu acompanhou a mãe no pré-natal e deu orientação é gratificante.” (SIMÕES, 2009, P. 17)

“Eu adoro a minha área, conheço todo mundo e me sinto feliz e realizada de poder ajudar alguém. Gostaria que algumas situações mudassem para mim e para minhas colegas como reconhecimento do nosso esforço, e que tivessem mais compreensão quando estivermos com problema.” (SIMÕES, 2009, P. 14)

Sendo assim, o prazer no trabalho está relacionado com a possibilidade de ser reconhecido pela comunidade e pela equipe, por ser resolutivo, ou seja, pela capacidade de resolver os problemas dos usuários e ajudar as famílias, e pelo prazer em trabalhar em parceria com os demais membros da equipe, uma vez que compartilham das mesmas dificuldades e podem oferecer ajudas e trocas. (LOPES *et al.*, 2012)

Também há prazer quando é possível utilizar a criatividade e a liberdade de expressão no trabalho. Para Dejours (1993), prazer é uma consequência da organização do trabalho desenvolvido coletivamente com as características que são particulares.

Na pesquisa de Lopes *et al.* (2012: 636), há relatos dos ACS sobre o que lhe dá prazer no trabalho: *dá prazer quando existe parceria entre os ACS, a gente resolve mais coisas juntas.*

Para esses autores, o prazer no trabalho ocorre quando é permitido ao trabalhador desenvolver as potencialidades, por meio da liberdade de expressão e criação. (LOPES *et al.*, 2012)

Santos e David (2011) corroboram com os outros autores e também apontam os indicadores de satisfação como: a integração na equipe, o relacionamento com os colegas e com os gestores da equipe e o reconhecimento profissional por parte desses, assim como se sentem satisfeitos quando há treinamentos e capacitações.

Concluimos que o trabalho é fonte de prazer quando permite o desenvolvimento das potencialidades humanas e quando há reconhecimento por aqueles que receberam o serviço (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012; COSTA *et al.*, 2012).

Os ACS, ao terem seu trabalho reconhecido pela população, sentem-se felizes e gratificados pelo modo como desenvolveram seu trabalho. Também se sentem satisfeitos quando percebem que houve melhoria da vigilância à saúde da população, a redução das internações hospitalares desnecessárias e o aumento da resolutividade na atenção básica. Esses fatores são motivadores do seu trabalho, assim como a redução da mortalidade materno-infantil, quando há entrosamento com a equipe, as reuniões se constituem em espaços de acolhimento, que os ajudam a resolver problemas pessoais ou de trabalho, priorizando, dessa forma, o diálogo e a união (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Como demonstra as seguintes falas dos ACS:

“Fico satisfeito em ajudar o outro e receber um sorriso de satisfação, agradecimento, reconhecimento e alcance de um ideal: promover saúde com dignidade através de informação e conhecimento (E9).” (GAVALOTE, 2011, p. 238)

“O que eu mais gosto é o retorno do meu trabalho. Eu sei que o trabalho é muito difícil, mas quando eu vejo a mulher, que não fazia o preventivo, fazer, ela descobrir algo e fazer ela se curar e acompanhar o tratamento, é a maior gratificação. E é saber que meu trabalho é importante”. (BARBOSA, 2012, p. 760)

“O que eu mais gosto de fazer é poder lidar com a comunidade. Ela é muito boa, ela te abraça como sendo da família, eles [te] defendem mesmo”. (BARBOSA, 2012, p. 760)

“O que eu gosto é... às vezes você chega numa casa e eles não tem nem o que comer, mas querem te dar um lanchinho, tudo pra te agradar. A gente faz parte da vida deles. Quando ele [paciente] não me vê, fica me procurando, me caçando, liga até pro posto”. (BARBOSA, 2012, p. 760)

“Eu tenho uma senhora [usuária] que ela fala assim: [...] ‘ai, mais quantas filhas eu ganhei... Ela fica numa alegria porque, na casa dela, ninguém dá importância pra ela’”. (BARBOSA, 2012, p. 760)

“Depois que você entra pra essa profissão, você muda você também. Porque além de você tentar, pelo menos, mudar a vida das outras pessoas. A sua também vai ter que mudar. Eu (me) transformei [...]”. (BARBOSA, 2012, p. 760)

“A gente vê a mudança na vida da pessoa. Isso é uma alegria”. “Eles fazem parte da alegria da gente. Isso é incrível. É como se fossem da nossa família, entende?”. (BARBOSA, 2012, p. 759)

Todos os fatores mencionados acima constituem efetivamente como uma das maiores motivações para os ACS, direcionando-os a continuar a caminhar em busca de ações mais eficazes e mais resolutivas (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

6. CONCLUSÃO

Nossa pesquisa é voltada para os trabalhadores que se empenham em direcionar o olhar para o cuidado do outro e que carecem em cuidar da própria saúde e reavaliar as condições de seu trabalho.

O ACS é um importante profissional para consolidação da atenção básica, pois faz a ligação entre o saber científico e o saber popular, porém, identificamos através da literatura que esses profissionais têm adoecido. Durante a pesquisa, identificamos nos artigos científicos cargas de trabalho às quais os ACS estão submetidos, produzindo desgastes.

A sobrecarga de trabalho é o conjunto de altas exigências impostas ao trabalho, o intenso envolvimento emocional com o usuário e o pouco valor e reconhecimento de seus esforços pela comunidade, pela gestão e pelo poder público.

O ACS está exposto diariamente a cargas de trabalho, sejam elas: físicas, químicas, mecânicas e psicológicas. No seu dia-a-dia, caminha sob o sol quente, algumas vezes em ruas não pavimentadas, corre o risco de ser atingido por bala perdida e dentro dos domicílios está sujeito a encontrar as mais difíceis situações e conflitos intrafamiliares. Ao fazer a visita domiciliar, muitas vezes não possui o subsídio do transporte. No caso de áreas rurais, os ACS têm que caminhar longas distâncias à pé, no sol ou na chuva, em ruas tortuosas e esburacadas, em algumas situações sem saneamento básico e esgoto e sem o auxílio financeiro para se deslocar.

Além disso, o ACS é duplamente cobrado, de um lado pela equipe e, de outro, pela comunidade, que deposita suas expectativas sobre eles, produzindo sentimento de impotência e frustração nesses profissionais. Muitos profissionais de saúde ainda desconhecem as verdadeiras funções deste profissional, devido à não compreensão dos limites de atuação do ACS. Há claramente um sofrimento produzido pelas falhas no sistema de saúde, produzindo depressão e angústia nesses profissionais pelo fato de se cobrarem muito em superar as expectativas da comunidade. Há a idealização das competências referentes ao trabalho do ACS, constituindo motivo de insatisfação no trabalho.

A pouca resolutividade do sistema de saúde não depende apenas do ACS, transcende suas competências e atribuições profissionais. A não delimitação técnica de sua área de atuação acarreta um trabalho sobrecarregado e produz sentimento de impotência e frustração, onde o ACS tenta dar conta de tudo e responder todas as demandas da comunidade. É necessário conscientizar os ACS que sua profissão também tem limitações.

Sabe-se que a finalidade de se ter moradores do próprio bairro desempenhando a função do ACS busca a eficácia das ações de saúde, por essas pessoas compartilharem o mesmo padrão social, cultural e linguístico. Porém, esses profissionais são requisitados 24 horas por dia, e a vida privada se torna pública. O ACS continua desenvolvendo suas atividades em seu tempo livre, como finais de semana e, até mesmo, nas férias, excedendo o horário que é estabelecido, já que o acesso da população a ele é facilitado. Seu papel ultrapassa, portanto, as atribuições que lhe compete, afinal, a vida no bairro,

em suas diversas expressões, continua depois do expediente, nos feriados e nos fins de semana.

Deste modo, a obrigatoriedade do ACS morar na área em que trabalha pode gerar pressões e sobrecargas adicionais, corroborando com situações de estresse devido a sua proximidade e ao vínculo constante e intenso com a comunidade. A proximidade física geradora de vínculos e facilitadora do trabalho pode ser também produtora de sofrimento decorrente da relação de igualdade que estabelece com a comunidade.

O fato de morar no mesmo lugar em que trabalha faz com que esse profissional tenha contato direto com as pessoas e se envolva pessoalmente com as situações familiares. Sendo assim, o ACS se sente muito afetado com as patologias graves dessas pessoas, com a situação de miséria, muitas vezes, extrema, devido aos problemas econômicos e sociais da comunidade. Ou seja, a proximidade emocional é fonte de estresse, por estarem constantemente em contato com o sofrimento e a angústia destas pessoas, próximos também de pacientes terminais e de situações de violência. Assim como, de lidar com situações como a morte é bastante impactante para este profissional.

Conclui-se também, que a violência no trabalho é intensificada pelo convívio cotidiano, o que gera medo e sentimento de vulnerabilidade. Morar na mesma localidade que os usuários expõe o agente ao assédio das pessoas, onde os espaços de trabalho são confundidos com o de sua vivência, lazer etc.

Além disso, os ACS são expostos a situações de risco decorrentes das distintas formas de manifestação de violência, devido ao tráfico ou a violência intrafamiliar que os fazem sofrer sem ter ferramentas de enfrentamento com que contar.

O ACS depara-se com grandes desafios, casos complexos, responsabilidade e aumento da tarefa. Diariamente, sai para fazer visitas, entrega agendamentos, recados, folhetos e colhe assinaturas, com um elevado número de famílias sob sua responsabilidade. A repetição de tarefas, a burocratização e hierarquização das relações de trabalho, as condições salariais inadequadas e a inexistência de limite de atuação despotencializa suas reais atribuições, esvaziando o sentido de seu trabalho.

Esses fatores podem produzir sobrecarga de trabalho, estresse e ansiedade aos profissionais e também desenvolver o que chamamos de síndrome de Burnout. A presença da síndrome de Burnout, ou seja, esgotamento físico e emocional do trabalhador foi observada em alguns estudos. O esgotamento e estresse profissional

afeta a eficiência no trabalho e a qualidade da assistência, causa dificuldade de comunicação e insatisfação.

Muitas vezes, as sobrecargas de trabalho são entendidas como naturais e passam despercebidas. Os fatores de sofrimento e adoecimento não são visíveis, pois eles são aceitos como naturais e vão provocando desgaste de forma cumulativa.

O sofrimento do ACS também pode ser efeito da dificuldade em trabalhar em equipe. Além disso, a descontinuidade política-administrativa que causa ruptura pela rotatividade de pessoal e fragiliza o vínculo com a comunidade, e a descontinuidade de projetos que não terminam por falta de parcerias, prejudicam ainda mais a realização de suas atividades. O desconhecimento das funções do ACS por parte da própria equipe e também da comunidade, implica no excesso de atribuições, onde poucos conhecem a lógica assistencial da ESF e gera sobrecarga. Outros fatores também podem ser apontados: a inexistência de um plano de carreira e de uma rede social de equipe multidisciplinar que trabalhem em parcerias; a alta exigência do trabalho relacionada ao tempo e ao ritmo, isto é, inúmeras tarefas; cobrança de produtividade por metas, ritmos excessivos, tarefas superpostas; falta de recursos no ambiente de trabalho, além de miséria e adoecimento vivenciados no seu dia-a-dia.

Por fim, entendemos que o vínculo trabalhista com contratação celetista é um aspecto mobilizador do sofrimento no trabalho dos ACS. Segundo a literatura, esses profissionais se sentem insatisfeitos com a instabilidade no emprego. O cargo de ACS surge num contexto de desproteção legal do trabalho, e a renda mensal do ACS é baixa se comparada com o que deveriam receber e tal situação se agrava quando comparada a outros profissionais da equipe, que são portadores de maior nível educacional, salarial e prestígio social. Este fator é outra fonte de estresse.

Os estudos identificam que há predominância de mulheres na profissão, sendo demonstrado em todos os artigos. Já o gênero masculino, apresenta dificuldade em desenvolver suas tarefas, no que concerne ao vínculo e à permanência no domicílio de uma mulher. Também vimos que o trabalho feminino é marcado pela informalidade, além de jornadas mais longas, ela é duplamente explorada e essa exploração é vista por meio do trabalho doméstico e o trabalho externo ao lar. Ela tem um duplo papel a cumprir: cuidados do lar e desempenho profissional. As questões de gênero podem interferir na qualidade do trabalho.

Como estratégias de enfrentamento para aliviar as tensões foram identificadas: a busca do suporte social em amigos, familiares e na crença religiosa que podem influenciar sua relação com a população, a prática de exercício físico, que é outra estratégia de defesa e que previne e controla as doenças crônicas, resultando na melhora da qualidade de vida. Ademais, a partilha de experiências com os colegas da equipe, prática que pode ser fortalecida na atenção básica, o hábito da leitura, psicoterapia, meditação, uso do uniforme para delimitar o horário de atuação, entrar e sair às escondidas de casa para não ser identificado, buscar distanciar a vida pessoal e familiar da vida no trabalho. Como enfrentamentos focados na emoção, o choro, que alivia as tensões. Como estratégia para enfrentamento das situações estressoras do trabalho, o uso de antidepressivos, tranquilizantes e calmantes.

Reiteramos que o ACS sente prazer quando é reconhecido, resolutivo e, inclusive, ao trabalhar com os pares utilizando a criatividade, por meio da liberdade de expressão. Situações como: manifestações de carinho e gratidão dos usuários pelo trabalho realizado; os abraços que recebem e as parcerias com os demais agentes que compartilham dificuldades e oferecem ajuda; a integração com a equipe e com os gestores provoca o reconhecimento profissional tão desejado por eles. Ou seja, o ACS sente também prazer e satisfação no trabalho quando é valorizado e reconhecido.

Dessa forma, a pequena participação dos ACS nos conselhos de saúde e de outras decisões políticas se dá pelo fato de não se sentirem acolhidos nesses espaços públicos para discussão e construção. Vale ressaltar, que é importante que a educação permanente motive esses profissionais a participarem dos colegiados públicos e coletivos.

Esperamos que nosso trabalho possa contribuir para o conhecimento das condições de trabalho dos ACS e que possa fomentar políticas públicas que promovam saúde para esses trabalhadores, minimizando os efeitos prejudiciais do trabalho em sua saúde, visando a redução do sofrimento advindo das condições de trabalho e evidenciando limites importantes para a mudança das práticas. Para Reis (2005) *apud* Ursine *et al.* (2010), não é o cargo do ACS que gera sofrimento, mas sim suas condições de trabalho. (p.337)

É necessário investir em espaços coletivos de acolhimento, onde as pessoas possam falar e se escutar, permitindo que a transformação da organização do trabalho ocorra. Esses espaços são importantes para pensarmos em estratégias para melhorias de

suas condições de trabalho, a fim de promover ações que despertem cuidado desses profissionais e forneça subsídios para a política de saúde do trabalhador, contando também com a participação dos trabalhadores na elaboração dessas políticas.

Torna-se também necessário fortalecer e implementar os NASF's e os Cerest's, de modo a agilizar a melhora nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças desses trabalhadores. Pois segundo Vilela (2010):

Só assim será possível vislumbrar a saúde, ao proteger a saúde de quem cuida, pois a prevalência dos agravos relacionados ao trabalho em servidores da saúde é o grande paradoxo que precisa ser enfrentado pelo SUS. Não parece ser aceitável que para promover a saúde da população, a saúde dos trabalhadores esteja em risco (p.301).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARBOSA, Regina Helena Simões *et al.* Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. **Interface comun. saúde educ v.** 16, n. 42, p. 751–765 , 2012.

BEZERRA, Hugo Diógenes. O Agente Comunitário de Saúde: elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Juazeiro(Ba)/Petrolina(Pe), Brasil. Outubro, 2009.

Brasil, 2009. Ministério da Saúde. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044_03_01_2002.html

BRASIL. Ministério da Saúde. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php

BRASIL, 2012. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf

BRASIL, 1997. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.*

Brasil, 2011. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL, 2014. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0314_28_02_2014.html

BRASIL, 2013. Ministério da Saúde. Projeto "Caminhos do cuidado" - Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica.

BRITO, Jussara. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.10, n.4, pp. 879-890, 2005.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva** v. 13, n. 1, p. 259–268 , 2008.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. eletrônica enfermagem** v. 10, n. 4 , 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a04.htm>>.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; GALON, Tanyse; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Rev. enferm. UERJ** v. 20, n. 1,n.esp, p. 661–667 , 2012.

CARREIRO, Gisele Santana Pereira *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da estratégia saúde da família. **Rev. eletrônica enferm** v. 15, n. 1, p. 146–155 , 2013.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.) *et al.* Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

COSTA GD, COTTA RMM, FERREIRA MLSM, REIS JR, FRANCESCHINI SCC. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm** 113-118, 2009.

COSTA, Marta Cocco Da *et al.* Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev Gaucha Enferm** v. 33, n. 3, p. 134–140 , 2012.

CUSTÓDIO, L., PRATA, F., SANÁBIO, G., BRAGA, J., SILVA, L., MORREALE, P., & COSTA-VAL, R. Avaliação do estresse ocupacional em Agentes Comunitários de Saúde da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 189-195. 2010.

DIAS DE GODOY MAIA, Leandro; DIEGER SILVA, Nicácio; HELENA COSTA MENDES, Patrícia. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Rev. bras. saude ocup** v. 36, n. 123 , 2011.

DEJOURS, C. *et al.* Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: **Atlas**, 1993.

FERREIRA, Heloisa Pacheco *et al.* Monitoramento dos riscos e efeitos a saúde de agentes comunitários expostos ocupacionalmente aos organofosforados: estudo ocupacional, clínico e neuropsicológico. **Cad. saúde colet., (Rio J.)** v. 8, n. 1, p. 27–38 , 2000.

FONSECA, Angélica Ferreira *et al.* Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. **Texto & contexto enferm** v. 21, n. 3, p. 519–527 , 2012.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo *et al.* Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** v. 16, n. 1, p. 231–240 , 2011.

GALAVOTE, H.S. *et al.* Joy and sadness in the daily activities of community health agents: Scenarios of passions and emotions. **Interface: Communication, Health, Education** v. 17, n. 46, p. 575–586 , 2013.

GOMES, André de Lima *et al.* O Elo Entre o Processo e a Organização do Trabalho e a Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa - Paraíba - Brasil. **Rev. bras. ciênc. saúde** v. 15, n. 3 , 2011.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface comun. saúde educ** v. 13, n. 28, p. 123–135 , 2009.

LANCMAN, Selma *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saude Publica** v. 43, n. 4, p. 682–688 , 2009.

LANCMAN, Selma. MÂNGIA, Elisabete Ferreira, GOONÇALVES, Rita Maria de Abreu, JARDIM, Tatiana Andrade. Violência no trabalho e saúde mental em um serviço de pronto atendimento hospitalar. in ASSUNÇÃO, Ada Avila; BRITO, Jussara. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.* Rio de Janeiro, RJ: **Editora Fiocruz**, 2011.

LAURELL, A. C., & NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário.* São Paulo: **Cebes - Hucitec**, 1989.

LOPES, Denise Maria Quatrin *et al.* Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev Esc Enferm USP** v. 46, n. 3, p. 633–640 , 2012.

LUNARDELO. S. R. *O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo.* 2004. 156 f. **Dissertação (Mestrado)**-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP** v. 41, n. 3, p. 426–433 , 2007.

MEIRA-MASCARENHAS, C.H.; ORNELLAS-PRADO, F.; HENRIQUE-FERNANDES, M. Community health agents' musculoskeletal pain and quality of life. **Revista de Salud Publica** v. 14, n. 4, p. 668–680 , 2012.

MERHY, E.E *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.* São Paulo, **Editora Hucitec**, 1997.

MERHY, E.E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3.ed. São Paulo: **Hucitec**, p.71-111 2007.

MERHY, E. E. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. In: CAMPOS, C. R.; *et al.* *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. Belo Horizonte: **Xamã/VM Ed.**, 1998.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008.

MENEGOLLA VL, POLLETO DS, KRAHL M. *O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho*. Boletim da Saúde 2003; 17(2):81-93.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: **Hucitec**, 2004.

MONTEIRO, M. A. G. S.; PREVITALI, F. S. A Política de Formação Profissional dos Agentes Comunitários de Saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. **Revista Labor** , v. 1, p. 141-163, 2011.

MONTEIRO E PREVITALI. A política de formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. 2011.

NASCIMENTO, Guilherme de Moraes; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de Saúde: um processo participativo. **Rev. enferm. UERJ** v. 16, n. 4, p. 550–556 , 2008.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. da; RAMOS, Z. do. V. O. A vinculação institucional de trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. Texto para discussão n. 735. Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saude Publica** v. 18, n. 6, p. 1639–1646 , 2002.

OLIVEIRA AR, CHAVES AEP, NOGUEIRA JA, SÁ LD, COLLET N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1947). *Officials Records of the World Health Organization*, No 2, 100 p.. United Nations, World Health Organisation. Geneve. Interim Comissiom.

PAULON, Simone; NEVES, Rosane (Orgs.). Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre, RS: **Editora Sulina**, 2013. 151 p. 9788520504550.

PEDUZZI M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: **Abrasco**; p. 161-177, 2007.

PERES, JÚNIOR, SILVA. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipes: facilidades e dificuldades. 2010.

RESENDE, Marineia Crosara De *et al.* Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** v. 16, n. 4, p. 2115–2122 , 2011.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; DE SOUSA CARVALHO, Cíntia. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade** v. 21, n. 1, p. 141–152 , 2012.

SANTOS, Luiz Fernando Boiteux; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ** v. 19, n. 1, p. 52–57 , 2011.

SANTOS, S. de O. Eu cuido de você. E quem cuida de mim? Os efeitos das práticas do Agente Comunitário de Saúde. Monografia apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Petrópolis como requisito parcial para a conclusão do curso de Psicologia, 2012.

SILVA, J.A., DALMASO, A.S.W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2002.

SILVA, Andréa Tenório Correia Da; MENEZES, Paulo Rossi. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev Saude Publica** v. 42, n. 5, p. 921–929 , 2008.

SIMÕES, A R. O Agente Comunitário de Saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **R. Saúde públ.** Santa Cat. Florianópolis, Santa Catarina, 2009.

SOUZA, Lázaro José Rodrigues De; FREITAS, Maria do Carmo S. De. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Rev. baiana saude pública** v. 35, n. 1 , 2011.

TELLES E PIMENTA. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de enfrentamento. , 2009.

THEISEN, N. I. S. Agentes comunitários de saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico. 2004. 160 f. **Dissertação (Mestrado)**-Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2004.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface, Botucatu**, v. 6, n.10, p. 75-94, fev. 2002.

TRINDADE, Letícia de Lima *et al.* Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Rev Gaucha Enferm** v. 28, n. 4, p. 473–479 , 2007.

TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP** v. 44, n. 2, p. 274–279 , 2010.

URSINE, Bárbara Lyrio; TRELHA, Celita Salmaso; NUNES, Elisabete de Fátima Polo Almeida. 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** v. 35, n. 122 , 2010.

VASCONCELLOS, Natália de Paula Carneiro; COSTA-VAL, Ricardo. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa - MG. **Rev. APS** v. 11, n. 1, p. 17–28 , 2008.

VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; SILVA, Reginalice Cera Da; JACKSON FILHO, José Marçal. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde. **Rev. bras. saúde ocup** v. 35, n. 122 , 2010.

VOGT, Maria Saleti *et al.* Cargas físicas e psíquicas no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare enferm** v. 17, n. 2, p. 297–303 , 2012.

WAI, Mey Fan Porfírio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. enferm. UERJ** v. 17, n. 4, p. 563–568 , 2009.

ANEXOS

Anexo I

Título	Autor	Ano	Localização
O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento	Mey Fan Porfírio Wai e Ana Maria Pimenta Carvalho	2009	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro.
O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico	Mônica de Oliveira Nunes, Leny Bonfim Trad, Bethânia de Araújo Almeida <i>et al.</i>	2002	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.
O elo entre o processo e a organização do trabalho e a saúde mental do ACS na Estratégia de Saúde da Família de João Pessoa- PB.	André de Lima Gomes, Pedro Joaquim de Lima Neto, Vera Lúcia de Amaral e Silva <i>et al.</i>	2011	R bras ci Saúde.
Processos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidades e limites	Marta Cocco da Costa, Ethel Bastos da Silva , Alice do Carmo Jahn <i>et al.</i>	2012	Rev Gaúcha Enferm.
Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde	Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, Reginalice Cera da Silva, José Marçal Jackson Filho.	2010	Rev. bras. Saúde ocup.
O processo de adoecimento mental do trabalhador na estratégia de saúde da família	Gisele Santana Pereira Carreiro, Maria de Oliveira Ferreira Filha, Rolando Lazarte, <i>et al.</i>	2013	Rev. Eletr. Enf.
Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática	Leandro Dias de Godoy Maia; Nicácio Dieger Silva; Patrícia Helena Costa Mendes.	2011	Rev. bras. saúde ocup.
Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura	Vera Joana Bornstein; Eduardo Navarro Stotz	2008	Ciênc. saúde coletiva.
Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória	Heletícia Scabelo Galavote; Thiago Nascimento do Prado; Ethel Leonor Noia Maciel; Rita de Cássia Duarte Lima	2011	Ciênc. saúde coletiva.

(ES, Brasil)			
Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde	Claudio Henrique Meira Mascarenhas; Fabio Ornellas Prado; Marcos Henrique Fernandes	2013	Ciênc. saúde coletiva.
Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde	Tatiana de Andrade Jardim; Selma Lancman	2009	Interface (Botucatu).
Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família	Selma Lancman; Maria Isabel Garcez Ghirardi; Eliane Dias de Castro; Tatiana Amodeo Tuacek	2009	Rev. saúde pública.
Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil)	Marineia Crosara de Resende; Erika Guimarães Soares Azevedo; Larissa Ribeiro Lourenço; Léa de Souza Faria, <i>et al.</i>	2011	Ciênc. saúde coletiva
Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde	Regina Helena Simões Barbosa; Clarissa Alves Fernandes de Menezes; Helena Maria Scherlowski Leal David; Vera Joana Bornstein	2012	Interface comun. saúde educ
Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de Saúde: um processo participativo	Guilherme de Moraes Nascimento; Helena Maria Scherlowski Leal David	2008	Rev. enferm. UERJ
O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida	Bárbara Lyrio Ursine, Celita Salmaso Trelha, Elisabete de Fátima Polo Almeida Nunes	2010	Rev. bras. saúde ocup
O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho	Alcindo José Rosa, Ana Letícia Bonfati, Cíntia de Sousa Carvalho	2012	Saúde Soc
Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa- MG	Natália de Paula Carneiro Vasconcellos, Ricardo Costa-Val	2008	Rev. APS
Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer- sofrimento: estudo qualitativo	Denise Maria Quatrin Lopes, Carmem Lúcia Colomé Beck, Francine Cassol Prestes, <i>et al.</i>	2011	Rev Esc Enferm USP
Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família	Wania Regina Veiga Martines, Eliane Corrêa Chaves	2006	Rev Esc Enferm USP
O Agente Comunitário de Saúde	Cássia Regina Fernandes	2010	Rev Esc

frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades	Biffe Peres, Antonio Luiz Caldas Júnior, Roseli Ferreira da Silva, Maria José Sanches Marin		Enferm USP
Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família	Silvia Helena Henriques Camelo, Emília Luigi Saporiti Angerami	2008	Rev Eletr Enf
Formas de adoecimento pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de gerenciamento	Silvia Helena Henriques Camelo, Tanyse Galon, Maria Helena Palucci Marziale	2012	Rev Enferm UERJ
Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho de agente comunitário de saúde: cenário de paixões e afetamentos	Heletícia Scabelo Gavalote, Túlio Batista Franco, Rita de Cássia Duarte Lima, Antonio Márcio Belizário	2013	Interface
Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde	Angélica Ferreira Fonseca, Felipe Rangel de Souza Machado, Vera Joana Bornstein, Roseni Pinheiro	2012	Texto Contexto Enferm
Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família	Letícia de Lima Trindade, Liana Lautert	2010	Rev Esc Enferm USP
Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de enfrentamento	Stela Heloísa Telles, Ana Maria Carvalho Pimenta	2009	Saúde e Soc
Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde	Andréa Tenório Correia da Silva, Paulo Rossi Menezes	2008	Rev Saúde Pública
Percepções do estresse no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde	Luiz Fernando Boitex Santos, Helena Maria Scherlowski Leal David	2011	Rev enferm UERJ
Avaliação do estresse ocupacional em Agentes Comunitários de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte- MG	Lidiane Cristina Custódio, Fabricio Silva Prata, Gabriel Sanábio, <i>et al.</i>	2006	Rev Bras Med Fam e Com
Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde	Claudio H. Meira Mascarenhas, Fabio Ornellas Prado, Marcos Henrique Fernandes	2012	Rev salud pública
Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde	Letícia de Lima Trindade, Rosa Maria Bracini Gonzales, Carmem Lúcia Colomé Beck, Liana Lautert	2007	Rev gaúcha enferm
Cargas físicas no trabalho de agentes	Caliandra Marta Dissen,	2011	Rev Contexto

comunitários de saúde	Carmem Lúcia Colomé Beck, Francine Cassol Prestes, <i>et al.</i>		e saúde
Cargas físicas e psíquicas no trabalho de agentes comunitários de saúde	Maria Saleti Vogt, Carmem Lúcia Colomé Beck, Francine Cassol Prestes, <i>et al.</i>	2012	Cogitare Enferm
Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde	Arleusson Ricarte de oliveira, Ana Elisa Pereira Chaves, Jordana de Almeida Nogueira, <i>et al.</i>	2010	Rev Eletr Enf
A política de formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos	Maria Alcina Gomes de Sousa Monteiro, Fabiane Santana Previtali	2011	Rev Labor
O Agente Comunitário de Saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse	Aline Rios Simões	2009	R. Saúde Públ