



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Luiz Fernando Boiteux Santos

**O Estresse no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde
do Município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2010

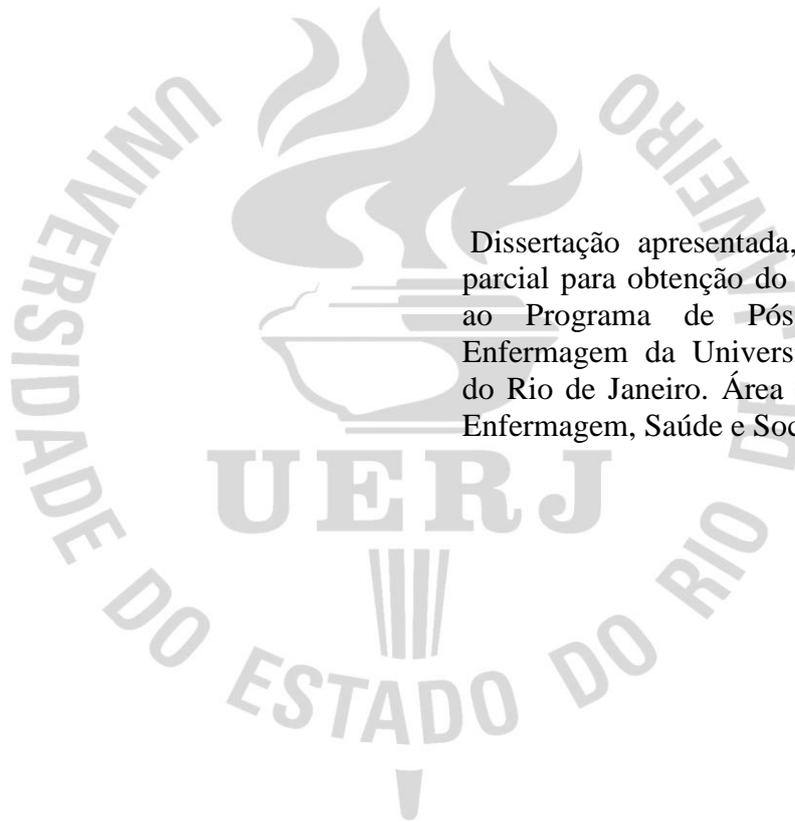
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Luiz Fernando Boiteux Santos

**O Estresse no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde
do Município do Rio de Janeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S237 Santos, Luiz Fernando Boiteux.
O estresse no trabalho dos agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro / Luiz Fernando Boiteux Santos. - 2010.
131f.

Orientador: Helena Maria Scherlowski Leal David.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Esgotamento profissional. 2. Saúde e trabalho. 3. Agente comunitário de saúde. 4. Enfermagem do trabalho. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

acjc

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Luiz Fernando Boiteux Santos

**O Estresse no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde
do Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 04 de fevereiro de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Joanir Pereira Passos
Faculdade de Enfermagem da UNIRIO

Prof^a. Dr^a. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

Com imensa gratidão dedico esse trabalho à minha família, que com grande estímulo, mesmo inconsciente, impulsionaram meus pensamentos e revigoraram minhas forças nos momentos que parecia ser impossível, mostrando que esta difícil etapa podia ser cumprida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por manter acessa a luz que me conduz durante toda a caminhada.

Aos meus pais Airton e Vera pelo amor que dedicam a mim.

À minha esposa Patrícia que esteve ao meu lado, me incentivando, amparando e auxiliando em todos os momentos.

À minha avó Norma (*in memoriam*) que nunca deixou de confiar e torcer por mim.

À minha irmã Patrícia que com suas palavras de incentivo me renovam as forças.

À minha afilhada Louise que com seu lindo sorriso me enche de alegria.

Ao meu cunhado Fabiano pela ajuda nos momentos que precisei.

À minha madrinha Maruza pelo carinho.

À minha orientadora Helena pela compreensão, ajuda e sabedoria.

Aos Agentes Comunitários de Saúde pela confiança para que este estudo fosse possível.

Aos amigos pelos momentos de descontração e redução do estresse.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação Fabíola, Marcello e Renan pela prontidão em ajudar sempre.

Aos meus colegas do mestrado, foi um prazer conhecê-los.

E a todos que de alguma maneira contribuíram para o alcance desse objetivo.

Muito Obrigado!

A saúde humana será muito diferente no futuro, quando a Ciência puder compreender a extensão e complexidade dos fatores mentais no campo das moléstias do corpo físico.

Muito raramente não se encontram as afecções diretamente relacionadas com o psiquismo.

As preocupações excessivas com os sintomas patológicos aumentam as enfermidades e as grandes emoções podem curar o corpo ou aniquilá-lo.

André Luiz
(Francisco Cândido Xavier)

RESUMO

SANTOS, Luiz Fernando Boiteux. **O estresse no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município do Rio de Janeiro.** 2010. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O estudo das dimensões psicossociais do trabalho tem aumentado em importância nas últimas décadas, devido ao novo contexto político e econômico mundial de globalização, que determina mudanças no mundo do trabalho e expõe trabalhadores a fatores de risco ocupacional, entre eles o estresse. A categoria profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS), criada no contexto das reformas sanitárias atravessadas pelo Brasil desde a década de 80, tem como um dos principais propósitos atuar na reorganização do sistema de saúde do país. O ACS tem como especificidade e pré-requisitos a necessidade de ser morador da região atendida pela Equipe de Saúde da Família, fato este responsável por um aspecto único dentro do estudo na área de saúde do trabalhador. Nesse cenário o enfermeiro exerce papel de liderança e possui uma característica marcante, que é a manutenção de constante contato com a comunidade, realizando atividades de grande interação com os ACS, devendo evitar ou minimizar fatores estressores e possíveis agravos à saúde no âmbito da Saúde do Trabalhador. O presente estudo tem como objeto o trabalho do ACS como gerador de estresse ocupacional no Programa de Saúde da Família. Tem como objetivo geral discutir o estresse ocupacional na percepção dos ACS no PSF, numa Área Programática do Município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem qualitativa. O cenário do estudo foram Unidades de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, e os sujeitos 32 ACS inseridos em três módulos do PSF. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais semi-estruturadas, organizadas e analisadas utilizando a metodologia da Análise de Conteúdo, a partir da qual foram identificadas as seguintes categorias: frustração, trabalho do ACS, representação do trabalho, processo de trabalho, o estresse e relação trabalho x saúde. Os resultados identificam o baixo reconhecimento interferindo na produtividade e na auto-estima, excessiva intensidade e ritmo empregados no trabalho, valorização da burocracia na execução do trabalho, violência como fator de insegurança e reconhece a interferência do estresse na saúde tanto física quanto psíquica. A análise do trabalho do ACS atuante no PSF aponta aspectos que dificultam sua plena atuação, assim como a prática estende-se para além dos conceitos normatizados contidos nas Portarias e outros instrumentos que regulamentam suas atribuições. O trabalho real representa um universo mais complexo e rico do que o trabalho prescrito, que nesse estudo, apresentou-se como fonte geradora de tensão, adoecimento e mal estar, expresso nas vocalizações de queixas.

Palavras chave: Estresse. Trabalho. Agente Comunitário de Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

The study of the psychosocial dimensions of work has increased in importance in recent decades, due to the new political and economic world of globalization, which determines changes in the world of work and workers exposed to occupational risk factors, including stress. The professional category of the Community Health Agent (ACS), established in the context of health reforms sweeping through Brazil since 80th, is one of the main purposes of the act to reorganize the health system in the country. The ACS has the specificity and pre-requisites need to be resident of the area served by the Health Team of the Family, a fact accounted for a unique look into the study in the area of occupational health. In this scenario the nurse plays a role of leadership and has a hallmark, which is maintaining constant contact with the community, performing activities of great interaction with the ACS and avoid or minimize stress factors and possible health problems within the Health worker. This paper studied the work of the ACS as a generator of occupational stress in the Program of Family Health. Aims to discuss general occupational stress as perceived by the ACS PSF in a program area of the city of Rio de Janeiro. This is a descriptive and qualitative approach. The scenario of the study were units of Family Health in Rio de Janeiro, and 32 subjects ACS entered into three modules of the PSF. Data collection was conducted through individual interviews semi-structured, organized and analyzed using the methodology of content analysis, from which we identified the following categories: frustration, work from ACS, representation of the work, process of the work, the relationship between work stress x health. The results indicate low recognition interfering with productivity and self-esteem, excessive intensity and rhythm employees at work, promoting the bureaucracy of execution, violence as a factor of insecurity and recognizes the influence of stress on health both physical and mental. Analysis of work of the ACS PSF points active in issues that hinder their full performance, and the practice extends beyond the standardized concepts contained in the Regulations and other instruments governing its mission. The real work is a universe more complex and richer than the prescribed work, which in this study, presented as a source of stress, illness and discomfort, expressed in the vocalizations of complaints.

Keywords: Stress. Work. Agent Community Health. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – AGOSTO/2008.....	26
Gráfico 2 –	Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL – 1994 a Agosto/2008 (x1.000.000).....	27
Gráfico 3 –	Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 a Agosto/2008.....	28
Gráfico 4 –	Evolução do Número de Agentes Comunitários de Saúde Implantados BRASIL - 1994 a Agosto/2008 – (x1.000).....	34
Gráfico 5 –	Evolução da População Coberta por Agentes Comunitários de Saúde Implantados BRASIL - 1994 a Agosto/2008 – (x1.000.000).....	35
Figura 1 –	Tipos de Estresse.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrópico
AP	Área Programática
CMS	Centro Municipal de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NOB 96	Norma Operacional Básica de 1996
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial/SUS
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UR	Unidade de Registro
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
1.1	O Programa de Saúde da Família - PSF.....	24
1.2	O ACS, seu trabalho e seu ambiente social.....	30
1.3	A organização e o ambiente de trabalho contemporâneo.....	35
1.4	O estresse ocupacional e seus agravos à saúde.....	38
1.5	O papel do enfermeiro.....	43
2	METODOLOGIA.....	46
2.1	Caracterização do estudo.....	46
2.2	Cenário e sujeitos do estudo.....	47
2.3	Instrumento de coleta de dados.....	48
2.4	Coleta de dados e procedimentos éticos.....	49
2.5	Análise dos dados.....	50
2.6	Processo de categorização.....	51
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
3.1	Categoria 1: frustração.....	54
3.1.1	<u>Sentimento de frustração e baixa estima.....</u>	54
3.1.2	<u>Desvalorização.....</u>	58
3.2.	Categoria 2: o trabalho do ACS.....	60
3.2.1	<u>Visita domiciliar.....</u>	60
3.2.2	<u>Trabalho educativo.....</u>	63
3.2.3	<u>Outras dimensões do trabalho.....</u>	65
3.2.3.1	Acolhimento/porta de entrada.....	65
3.2.3.2	Faz tudo.....	66
3.2.3.3	Reunião.....	68
3.2.3.4	Inersetorialidade.....	69
3.3	Categoria 3: representação do trabalho do ACS.....	70
3.3.1	<u>Sentimento de felicidade e bem estar.....</u>	70
3.3.2	<u>Ajuda e doação.....</u>	73

3.3.3	<u>Elo entre a comunidade e a saúde/ envolvimento</u>	76
3.4	Categoria 4: processo de trabalho	79
3.4.1	<u>Limitações da capacidade de escolha</u>	79
3.4.1.1	Capacidade de decisão.....	79
3.4.1.2	Apoio gerencial.....	82
3.4.2	<u>Trabalhador singular</u>	84
3.5	Categoria 5: o estresse	86
3.5.1	<u>Baixo reconhecimento</u>	87
3.5.2	<u>Intensidade e ritmo</u>	90
3.5.3	<u>Burocracia</u>	93
3.5.4	<u>Violência</u>	95
3.6	Categoria 6: relação trabalho x saúde	99
3.6.1	<u>Sobrecarga psíquica e queixas físicas</u>	100
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....	126
	APÊNDICE B - Termo de consentimento livre esclarecido.....	127
	ANEXO A - Solicitação para realização de pesquisa PSF Parque Vila Isabel.....	128
	ANEXO B - Solicitação para realização de pesquisa PSF Borel.....	129
	ANEXO C - Solicitação para realização de pesquisa PSF Casa Branca.....	130
	ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética	131

INTRODUÇÃO

O estudo das dimensões psicossociais do trabalho tem aumentado em importância nas últimas décadas, em grande parte devido ao novo contexto político e econômico mundial de globalização. Este contexto determina mudanças no mundo do trabalho e expõe trabalhadores a fatores de risco ocupacional, entre eles o estresse, definido por Seyle em 1956 como a soma das trocas inespecíficas do organismo em resposta a um estímulo ou situação, resultando numa reação defensiva do organismo a esse estímulo aversivo (LIPP, 2004).

A partir da inter-relação entre estímulos e características individuais, podem se desenvolver duas formas de estresse, chamadas de *distress* e *eustress*. O *distress* é o estresse negativo, percebido como ameaça, levando a retenção de energias para o enfrentamento das pressões. Já o *eustress* é o chamado estresse positivo, no qual a energia é utilizada de modo produtivo, sendo o estímulo estressor percebido como um desafio capaz de ser superado (LIPP, 2000).

O ambiente laboral em questão neste estudo inclui os espaços nos quais se desenvolve o Programa de Saúde da Família (PSF). Nesta área de atuação assim como em outras, o profissional convive com influências estressoras que incidem sobre sua fisiologia normal, assim como é exposto a intensas relações sociais, que podem resultar em demandas psíquicas de graus variados, de acordo com as reações de cada indivíduo, que Medina, Aquino e Carvalho (2000) chamaram de uma resposta da fisiologia do corpo para tentar se adaptar física, psíquica e comportamentalmente as pressões incidentes.

As influências estressoras, ou fatores de estresse, podem ser considerados como influências de estímulos do meio externo provenientes do trabalho ou das relações sociais, e do meio interno dos pensamentos e emoções. As reações de cada pessoa a esses fatores podem ser traduzidas em estresse, quando exigem mais do que os recursos e habilidades pessoais de cada um para adaptar-se a essas condições adversas colocando em risco seu bem-estar (FRANÇA; RODRIGUES, 1997).

No período em que atuei no PSF como enfermeiro, pude presenciar e observar algumas situações envolvendo a equipe de saúde, em especial o Agente Comunitário de Saúde (ACS). As inúmeras dificuldades que surgiram no desenvolvimento das atividades de trabalho diárias me faziam pensar e instigavam a necessidade de investigação dos efeitos destas dificuldades sobre o trabalho da equipe e sobre a saúde destes sujeitos.

As atividades inerentes ao PSF, por seu propósito e bases teórico-conceituais requerem uma maior criação de vínculo com a clientela assistida, fato que, aliado às dificuldades sociais encontradas nos locais de inserção desses programas em cidades como o Rio de Janeiro, acabam propiciando um ambiente repleto de demandas que não aparentam a priori ser a causa de doenças futuras, mas que podem trazer como conseqüências riscos e doenças ocupacionais.

Sendo o estresse ocasionado pela soma de influências em nossa vida diária, a presença de situações-limites de sobrevivência encontradas no desenvolvimento das atividades de trabalho torna-se um fator a mais para o desgaste emocional, ainda mais em se tratando de serviços de saúde, sabidamente de grande carga psíquica pela responsabilidade de lidar com a vida de outras pessoas. A ocorrência de problemas e queixas no ambiente de trabalho que observei, tais como conflitos, desentendimentos, cansaço, desânimo, ansiedade, desestímulo com novos projetos, dores de cabeça, enxaquecas, hipertensão arterial, falta de coleguismo, licenças médicas, entre outros, me pareciam fortes sinais de que algo estava errado.

O trabalho no modo de produção capitalista, em sua concepção mais crítica, existe para geração de capital e enriquecimento do dono dos meios de produção e acaba por constituir-se em um espaço gerador de adoecimento (MARX, 1988). Em se tratando de um serviço público de atendimento sem fins lucrativos, portanto não diretamente instituído na lógica do capital, esta questão deveria estar minimizada, sendo que o trabalho deveria ser capaz de propiciar também prazer, fato este nem sempre observado, e essa contradição reforçava meu interesse pelo estudo sobre o mundo do trabalho.

Para Dejours (1992), as condições de trabalho podem causar adoecimento pelas cargas psíquicas geradas por fatores físicos, biológicos, organizacionais, incidentes no processo de trabalho causando doenças psicossomáticas que podem ser desencadeadas por estresse.

Em contrapartida, acredito no trabalho gerador de prazer, atividade inerente à vida de todos, apoiado nas idéias de Mendes (1995). Nas quais o prazer pode ser definido pela existência de reconhecimento e valorização no trabalho, fato que dá sentido e significado para o indivíduo trabalhador, além da capacidade de expressar sua individualidade.

A categoria profissional do ACS foi criada no contexto das reformas sanitárias ‘iniciadas no Brasil a partir do final dos anos 80, com a nova Constituição e estruturação do SUS. Tais reformas possuem como um dos principais propósitos a reorganização do sistema de saúde do país. Sendo assim este trabalhador, tem ganhado força e reconhecimento da população local atendida ao longo dos anos.

Apresenta como especificidade e pré-requisitos a necessidade de que o agente seja morador da região atendida pela Equipe de Saúde da Família (ESF), fato este responsável por

um aspecto único dentro do estudo na área de saúde do trabalhador, uma vez que esse profissional não possui horário de trabalho definido, podendo acarretar como consequência a sobrecarga de trabalho. Seja dia ou noite, o ACS responde a solicitações de moradores, orienta, encaminha, acolhe, cadastra e realiza muitas outras atividades inerentes ou não a sua atuação, sendo até solicitado em sua residência, mesmo não sendo sua responsabilidade legal atuar fora do seu horário de trabalho assim como também, desenvolver atividades que não estejam definidas como suas atribuições, podendo ser evidenciada nesses casos a diferença entre o trabalho real e o prescrito.

O trabalho prescrito pode ser compreendido como aquele definido na perspectiva da organização do trabalho, incluídos desde materiais, equipamentos, procedimentos, até a gestão dos incidentes. No entanto, podemos constatar que na situação real de trabalho, a variabilidade está sempre presente e de forma estrutural. Compreende o espaço onde se confrontam as características do indivíduo, as exigências da produção e a organização do trabalho. Portanto, é necessário integrar estas variações de maneira a facilitar a qualidade de vida no trabalho e a favorecer, a contento, o funcionamento da produção (ABRAHÃO, 2000).

O trabalho real se revela ao sujeito pela sua resistência aos procedimentos, ao *saber-fazer*, à técnica, ao conhecimento. O trabalhador reconhece esta distância irreduzível entre a realidade, de um lado, e de outro as previsões, as prescrições e os procedimentos (DEJOURS, 2004).

A existência de diferenças entre o trabalho prescrito e o real pode ser é mais um fator atuante no conjunto de forças, tendendo ao desequilíbrio, que uma vez instalado poderá causar consequências pessoais e para a organização do trabalho e suas relações sociais.

A organização do trabalho nesses espaços deve considerar a realidade local e os diferentes fazeres e processos adotados pelas equipes para realização de suas atividades, a fim de que possa atender aos princípios básicos do modelo atual de atenção à saúde, ainda em processo de mudança.

De acordo com Matos e Pires (2006), o setor saúde sofre as influências do modelo Fordista/Taylorista, da administração clássica e modelo burocrático. Centrada em um modelo rígido, essas influências por vezes podem entrar em choque com a necessidade de adaptação e flexibilidade na tomada de decisões nesse ambiente repleto de micro-relações, levando com isso a possível frustração por não conseguir realizar projetos da ESF.

Segundo David et al. (2009), nas Instituições tradicionais, a organização de serviços utiliza predominantemente o modelo centrado na execução de procedimentos, em detrimento da reorganização do processo de trabalho com base nos princípios da visão ampliada de

saúde e do trabalho articulado em equipe. Além disso, destacam que embora gestores e profissionais demonstrem o desejo e a intenção de efetuar mudanças, através da ampliação de cobertura pelo PSF, constata-se a dicotomia entre as dimensões político-ideológicas do trabalho e o mundo das práticas, articulado à esfera das demandas da população, que, nas grandes cidades, e em especial, na região metropolitana do Rio de Janeiro, tende à busca de serviços assistenciais tradicionais para a resolução de problemas já detectados.

Baseado nesses aspectos, alguns estudos tem sido realizados na tentativa de compreender o trabalho do ACS. Este estudo tem como linha direcional o Projeto Integrado de Pesquisa “Abordagem Interdisciplinar das novas relações e processos de trabalho em Saúde: O caso dos Agentes comunitários de saúde”, desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ articulado com o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – IESC/UFRJ e a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, que objetiva à análise das condições, ambientes, organização e relações de trabalho do ACS.

Este projeto propõe a construção de uma análise interdisciplinar das relações entre trabalho e saúde, tendo como foco o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em suas variadas, complexas e múltiplas dimensões, materiais e simbólicas, objetivas e subjetivas, macro e micro-estruturais.

O estudo do trabalho do ACS é de importância, pois representa um sujeito único que exerce suas atividades de trabalho no local em que vive, trabalha a serviço do SUS com a missão de proporcionar a inclusão dos cidadãos atendidos neste sistema, que também o exclui em muitas ocasiões. Somado ao fato de ser um integrante da equipe de saúde, porém na prática exercendo um papel minoritário nas disputas ideológicas e tomadas de decisões, repetindo a desproporcional divisão social do trabalho presente nas equipes de saúde.

Desde o momento em que ingressei no curso de graduação em enfermagem, em 1996 tenho estudado a forma como a saúde pública brasileira está organizada e a dificuldade em implementar em sua totalidade o SUS.

As bases desse estudo tiveram sua origem nesse contexto, no qual já começava a observar a atuação dos profissionais em Unidades de Saúde primária e secundária e como se davam as relações de trabalho nesses ambientes.

As condições de trabalho, sempre inadequadas, os ambientes repletos de riscos, as relações de trabalho já precarizadas à época, o processo de trabalho desgastante, além das intensas disputas organizacionais em busca de reconhecimento, me faziam pensar nas causas e origens desses fatos.

Ao cursar o 8º e penúltimo período de Graduação, tive a oportunidade de ser bolsista de extensão de um dos programas da universidade, para atuação no interior do país, mais especificamente em Oriximiná, Município do Estado do Pará, situado na Amazônia legal, onde atuávamos em uma Maternidade da Universidade sem grandes recursos, mas de efetivas ações junto à comunidade local, oportunizando assim conhecer a diversidade cultural e as contradições entre um grande centro como o Rio de Janeiro e uma cidade pequena. Essa experiência resultou em grande aprendizado para valorização da realidade local no atendimento à população.

Após o término do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura, iniciei minha atuação profissional no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em um município do Estado do Rio de Janeiro. Nessa experiência pude conhecer na prática a nova visão do processo saúde doença e atuar com o ACS, esse trabalhador desconhecido para mim até então. O referido município iniciava a implantação do programa e após o treinamento introdutório fui escolhido para ser instrutor de treinamento similar, porém agora para a formação profissional de Agentes Comunitários de Saúde.

Terminado o treinamento, fomos para o campo iniciar nossas atividades na comunidade, onde então as imensas dificuldades não tardaram a aparecer. O reconhecimento da área, a criação do vínculo com a população local, o cadastramento das famílias e outras tantas atividades mostraram a necessidade de um ACS sabedor da realidade local e disposto à atuar nas mais desfavoráveis condições de trabalho, colocando por diversas vezes, sua saúde em risco.

Após dois anos de atuação no PACS, tive a oportunidade de um novo vínculo empregatício com o município do Rio de Janeiro e após algum tempo ingressei no Programa de Saúde da Família. Durante o tempo em que exerci minhas funções como enfermeiro supervisor, testemunhei como já mencionei, por diversas vezes desentendimentos na equipe, gerando desgaste, imposições de determinações pelos diversos níveis gerenciais hierarquicamente superiores, levando ao desânimo e descontentamento da equipe, dificuldade em desenvolver atividades identificadas pela equipe como necessárias para a comunidade por falta de infra-estrutura, além da estrutura física pouco adequada para realização de todas as atividades necessárias.

Por algumas vezes foi possível ouvir de algum funcionário frases como: [...] “não agüento mais esse trabalho” [...], [...] “é muito trabalho” [...], [...] “quando penso que seguirei minha programação de trabalho aparece mais coisa para fazer” [...], [...] “não tem computador para todo mundo usar” [...], [...] “esse módulo é muito pequeno” [...], [...] “é difícil atingir as

metas de visitas como a secretaria quer” [...]. Além desses desabafos, podia-se observar a queda de rendimento na realização das tarefas, o cansaço físico e mental dos profissionais, atrasos, a ocorrência de licenças médicas frequentes por motivos variados de alguns funcionários e até faltas não justificadas.

Nesse pano de fundo era evidente a desmotivação de algumas pessoas. Identificar esse comportamento era frustrante, ainda mais na posição de responsável pela supervisão e até gerência local do módulo em algumas oportunidades, nas quais procurava sempre manter uma boa qualidade dos serviços prestados, assim como a saúde dos trabalhadores.

Percebia que necessitava conhecer mais profundamente o tema da Saúde dos Trabalhadores, pois fundamentado em Bulhões (1998), um dos aspectos que contribui para aumentar a vulnerabilidade do trabalhador de enfermagem e de todo o pessoal do setor saúde no Brasil é a falta de formação da maioria de seus integrantes em assuntos relativos à saúde do trabalhador.

Assim, em busca de maior qualificação profissional e conhecimento sobre essa temática, conclui o curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho. Enriquecendo meus conhecimentos, desenvolvi um olhar mais apurado sobre o desenvolvimento do trabalho e seus determinantes, aumentando meu interesse pela a área da Saúde do Trabalhador.

É importante ressaltar que, em estudos na área da Saúde do Trabalhador, deve-se sempre atentar para a percepção que os trabalhadores possuem acerca da sua realidade laboral, uma vez que cada indivíduo pode reagir de maneira diferente às situações de trabalho e são providos de uma história de vida pessoal. Para Dejours (1992), a atividade de trabalho requer um ajustamento das relações entre as prescrições das tarefas e obstáculos impostos pela organização do trabalho e a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade.

Sendo assim, a motivação para elaboração do presente estudo decorre em função das diversas experiências vivenciadas ao longo de minha prática profissional, quando observei que os profissionais da área da saúde, indicaram a existência de situações de sofrimento no trabalho e encontravam-se expostos a inúmeros fatores que poderiam afetar de alguma maneira sua saúde física e ou mental, fatores estes que precisavam ser melhor compreendidos.

O objeto desse estudo é o trabalho do ACS como gerador de estresse ocupacional no Programa de Saúde da Família (PSF) da Área Programática 2.2.

Na Área Programática 2.2, o PSF começou suas ações no ano de 1999, inicialmente com duas equipes na comunidade do Borel, em seguida no ano de 2002 foram implantadas

três equipes de PACS. Em 2004 a comunidade da Casa Branca teve seu PACS transformado em PSF e depois, no ano de 2005, o PSF Borel aumentou o número de equipes em seu módulo para três e concomitantemente foi inaugurado o PSF Parque Vila Isabel à época com apenas uma equipe e atualmente com três equipes (RODRIGUES, 2009).

A partir deste panorama, acerca das condições, do ambiente e da organização do trabalho, capazes de desencadear fatores de estresse ocupacional, alguns questionamentos foram formulados:

Existem condições de estresse ocupacional percebido no trabalho dos ACS?

Quais os fatores relacionados ao estresse ocupacional são percebidos pelos ACS?

Que problemas de saúde são percebidos e relacionados ao estresse e ao trabalho, por parte dos Agentes Comunitários de Saúde no PSF?

Contudo, elaborou-se os seguintes objetivos:

Geral:

► Discutir o estresse ocupacional, na percepção dos Agentes Comunitários de Saúde no PSF, numa Área Programática do Município do Rio de Janeiro.

Específicos:

► Analisar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva da Saúde do Trabalhador com foco no Estresse Ocupacional a partir de suas narrativas sobre seu trabalho.

► Identificar os fatores de estresse ocupacional que os Agentes Comunitários de Saúde referem no seu trabalho.

► Analisar os fatores de estresse ocupacional e sua relação com possíveis efeitos à saúde percebidos pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF no Município do Rio de Janeiro.

O estudo em Saúde do Trabalhador pode ser justificado pela grande importância do trabalho na sociedade contemporânea, a representação deste para o homem e suas implicações para saúde.

Apesar da dificuldade para captar sua riqueza e complexidade, o movimento da Saúde dos Trabalhadores tem sido registrado por inúmeros autores e pode ser caracterizado pela busca de uma explicação do processo saúde-doença em relação com o trabalho. (FARIAS, 1999)

Pimenta e Capistrano, (1988), Ribeiro e Lacaz, (1984), consideram o estudo da saúde dos trabalhadores como uma espécie de desvelamento de verdadeiras epidemias, tanto de doenças profissionais clássicas quanto de doenças relacionadas com o trabalho.

Alguns destes autores referem à preocupação permanente com a saúde dos trabalhadores através da denúncia persistente da incompetência e ineficácia das políticas públicas e do sistema de saúde para dar respostas às necessidades de saúde da população, e dos trabalhadores em particular. (FARIAS, 1999).

Destaca-se também a incorporação da saúde na luta sindical, expressa em reivindicações por melhores condições de trabalho e de vida, tanto dos trabalhadores em geral quanto da enfermagem, para a necessidade de investigação das condições de saúde dos trabalhadores (GOMES; BAPTISTA; SILVA, 1999).

Gomes, Baptista e Silva (1999) e Ortiz (2003), apontam que tanto as lideranças das enfermeiras brasileiras, como as peruanas questionavam as más condições de seu trabalho, que resultavam em longas jornadas de trabalho, baixos salários, dentre outros dilemas para sua prática profissional. Ressaltam ainda que essa situação não é específica do cotidiano da inserção profissional das enfermeiras, mas corresponde ao dia a dia de todos os trabalhadores, e que se trata do reflexo do modelo e estrutura econômica, social e política que determina leis para sociedade no seu conjunto e especificamente para o mercado de trabalho, superdimensionando a meta de produzir lucro, através da expropriação da força de trabalho.

A Carta Magna Brasileira redigida de 1988 destaca a obrigatoriedade da atuação do Estado no que diz respeito à resolução dos problemas de saúde da população. Objetivando à redução do risco de doenças e dos agravos à saúde, assim como o acesso universal e igualitário aos serviços por parte da população em geral e dos trabalhadores em particular, aliados as Normas Regulamentadoras (NR) de 1978. Entretanto, somente em 2002 iniciou-se com maior ênfase a discussão sobre uma NR a de número 32, para os estabelecimentos de assistência à saúde.

Porém, é importante considerar que muitos problemas não têm sua origem nos fatores de riscos físicos, químicos ou biológicos. Ocorre também a existência de um fator referente às contradições originárias do cotidiano, das relações funcionais, dos conflitos e dos processos psicossociais (BULHÕES, 1998), este denominado risco psicossocial.

Na complexidade da vida social, situações de trabalho, associadas às sucessivas frustrações, acarretam processos psicossomáticos que geram quadros clínicos de doenças orgânicas graves, como úlcera gástrica, hipertensão arterial, retocolite hemorrágica, gastrite

entre outros, além de distúrbios de ordem psicológica como insônia, ansiedade, depressão, e estresse (MENDES, 1995).

A importância deste estudo advém também da pequena produção científica sobre a identificação do estresse ocupacional e sua possível relação com os agravos à saúde em trabalhadores do PSF e que justifica a pesquisa em Atenção Básica, uma vez que é comprovada esta relação através do estudo de profissionais de enfermagem em outras instituições de saúde, conforme apresentado a seguir:

O trabalho de Farias (1999), sobre riscos no trabalho e agravos à saúde do trabalhador de enfermagem em CMS (Centro Municipal de Saúde), mostrou alguns resultados no que diz respeito aos principais riscos a que estão submetidos os trabalhadores de Enfermagem, assim como a sua relação com agravos à saúde, sendo os indicadores de risco: os ergonômicos, psicossociais, físicos/mecânicos, químicos e biológicos, resultando como principal agravo relacionado o estresse ocupacional.

Abreu (1997) em seu estudo sobre acidentes de trabalho em uma Instituição Hospitalar agrupou os riscos ambientais em: físicos, químicos, biológicos, mecânicos, fisiológicos e psíquicos. Identificou como fatores de risco à saúde: a falta de pessoal, a superlotação do setor devido à demanda excessiva de pacientes, a falta de material básico e a falta de manutenção adequada dos equipamentos. Detectou também a sub-utilização de EPI's como fomentador de acidentes e doenças do trabalho.

A pesquisa realizada por Meirelles (2002) com profissionais de enfermagem em um Hospital Oncológico, objetivou identificar fatores de estresse no Centro Cirúrgico através da análise do padrão de comportamento para estresse e padrão de comportamento para enfrentamento do estresse e discutir suas implicações para a saúde do trabalhador. Obteve que os profissionais estavam sob influência do estresse no seu cotidiano de trabalho, sendo apontados como principais fatores de estresse: as relações pessoais conflituosas, sobrecarga de trabalho, carga horária excessiva e recursos humanos insuficientes. Contudo, esses profissionais não se encontravam suficientemente preparados para o controle do estresse, comprometendo portanto, seu estado de saúde.

Tratando-se mais especificamente do ambiente de trabalho inerente ao PSF, foram encontrados alguns estudos relevantes ao objeto de estudo como os citados a seguir.

O estudo de Trindade (2007) analisou o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Santa Maria/RS, a partir da identificação das cargas existentes no ambiente de trabalho através da análise de conteúdo. Foram destacadas as cargas físicas, químicas, orgânicas, mecânicas e psíquicas, sendo que esta última estava relacionada ao trabalho

perigoso pelo medo de ser atacado por animais domésticos ou agredido em algum domicílio. Outro aspecto importante referente ao desgaste psíquico era a existência de atritos pessoais na vida diária, ou até por terem concorrido pela vaga de ACS com outros moradores na comunidade, como também por considerarem o trabalho monótono e repetitivo pela falta de liberdade para o desenvolvimento criativo na organização do trabalho ou até pelo autoritarismo de alguns profissionais da equipe de saúde. O fato de serem moradores da comunidade e por isso não poderem se afastar do seu ambiente de trabalho, representava uma carga psíquica elevada para esses trabalhadores, resultando em estresse.

Ferraz e Aertz (2005), descreveu e analisou o cotidiano de trabalho dos ACS por meio de entrevista e grupo focal, utilizando-se de análise de conteúdo e estatística descritiva. Constatou que em torno de 73% deles moravam há mais de 10 anos na comunidade e que 64% atuavam há mais de 3 anos no Programa. As principais atividades desenvolvidas pelos ACS foram as visitas domiciliares seguidas pelas atividades de educação em saúde. Outro aspecto encontrado foi o fato de apenas 13% mencionarem as atividades administrativas, porém no grupo focal, essas atividades foram as mais discutidas e ressaltadas como as atividades que menos gostam de realizar, citadas por eles como “atividades burocráticas” e somos apenas “tapa buracos”. Essas atividades foram aludidas como as que mais os sobrecarregavam em detrimento de suas atividades específicas e de visitas domiciliares. Este aspecto se destaca quando se constatou que 18,4% não atingiram o número mínimo de 8 visitas domiciliares por dia estipuladas pelo Ministério da Saúde.

Em outra pesquisa Camelo e Angerami (2004), estudaram o estresse ocupacional em Equipes de Saúde da Família utilizando um Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos, apresenta um modelo quadrifásico de estresse dividindo os resultados em alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Identificou que dos entrevistados, 23 trabalhadores (62%) encontravam-se em situação de estresse, sendo que 19 na fase de resistência e 4 na fase de quase-exaustão, além de 83% desses profissionais possuírem sintomas físicos. A pesquisa apontou os ACS e os Enfermeiros como categorias em situação de risco, atentando que os ACS por residirem na área de atuação acabavam vivenciando o cotidiano da comunidade com maior intensidade, somado ao fato de não possuírem conhecimento técnico profundo e por isso estavam mais suscetíveis a problemas de relacionamento com a comunidade, gerando assim, estresse ocupacional.

Considerando o objeto de estudo em questão e os aspectos levantados, acredito ser de grande valia a investigação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

A relevância deste estudo é a utilização dos achados como pontos-chaves para a reflexão crítica do tema nos vários âmbitos de atuação do ACS. Portanto, relevante para o ensino de graduação e pós-graduação de enfermagem e na formação do ACS como um trabalhador de saúde que necessita de conhecimentos que despertem a sua análise crítica sobre as questões de Saúde do Trabalhador, tema este que permeará toda sua vida profissional.

Tratando-se de um estudo na linha de pesquisa “O Trabalho e a Formação em Saúde e Enfermagem”, aspira adicionar valiosa análise sobre a realidade laboral de trabalhadores com grande envolvimento social na área de saúde pública.

O presente estudo tem a intenção de servir como instrumento de pesquisa, assim como também servir de referencial teórico de futuros estudos, uma vez que o conhecimento da realidade do trabalhador pode indicar aspectos ainda pouco estudados.

No âmbito assistencial pretende constituir fonte para a identificação de demandas de saúde relativas à atividade laborativa, sugerindo a partir de então, ações de educação em saúde na prevenção aos agravos de saúde do trabalhador ACS.

Na área da Saúde do Trabalhador, o estudo do ambiente de trabalho desvela as relações construídas nesses ambientes, trazendo subsídios para o reconhecimento de riscos e agravos à saúde para o planejamento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde desse trabalhador.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que atendam as necessidades integrais do indivíduo (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 O Programa de Saúde da Família - PSF

As propostas da Medicina Comunitária e das Ações Primárias de Saúde desenvolvidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1978, no Congresso realizado em Alma Ata, no Cazaquistão, pode ser considerado como as bases ideológicas para o que se chama hoje de Saúde da Família.

Essa nova proposta de como caracterizar “saúde”, utiliza o campo da vigilância à saúde com foco no território, de acordo com a proposta da OPAS. A Saúde da Família atua desenvolvendo ações no ambiente primordialmente, utilizando-se de uma abordagem familiar em um espaço definido, diminuindo a importância da abordagem individual. A abordagem individual fica reservada para os casos em que os processos mórbidos já são presentes (CAMPOS, 1992; MERHY, et al., 2006).

Alguns países iniciaram ações nesse sentido no início da década de 80, como Canadá, Cuba, Inglaterra e outros, como pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde de reconhecida resolutividade e impacto. Baseados nas experiências desses países e também em outras realizadas em alguns municípios brasileiros, foi elaborada o que se chamou de estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, denominada de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

Originalmente foi implantado o Programa de Agentes de Saúde (PAS), em municípios com altas taxas de mortalidade infantil na região Nordeste. Essa experiência em atenção básica à saúde com esses agentes comunitários, os quais eram moradores especialmente treinados para orientar as famílias da vizinhança acerca de questões de higiene, alimentação e prevenção de doenças motivou outras iniciativas. Dentre essas iniciativas, a executada no Ceará desde 1987 foi a de maior êxito e serviu de referência para o PACS. Essas ações faziam parte de uma proposta geradora de emprego em áreas de seca, aliando estado e município na gestão e contratação dos agentes de saúde e enfermeiros (COSTA, 1999).

A origem do PACS em 1991, fez parte do processo de reforma sanitária ainda em seu início, com a formulação da Constituição de 1988, e tinha como um de seus objetivos principais prover acesso ao sistema de saúde em regiões de isolamento social e aumentar as ações de prevenção e promoção da saúde. Inicialmente o PACS foi criado como uma

estratégia de transição proposta pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica até a implantação do PSF, porém esta estratégia persiste até os dias de hoje.

A partir daí se começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura por família. Esse fato característico da Saúde da Família ocasionou a institucionalização por parte do Ministério da Saúde, das experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma isolada em diversas regiões do País (VIANA; POZ, 2005).

Então, o Ministério da Saúde em 1994 criou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, na tentativa de rompimento com o modelo tradicional assistencialista, em resposta a uma demanda levantada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

O PSF institucionalizou as experiências locais anteriores, introduzindo o profissional médico generalista e reunindo também agentes comunitários, enfermeiros, em equipes de trabalho voltadas para a reorganização do papel das unidades básicas de saúde segundo os preceitos de vigilância epidemiológica e atendimento integral à saúde da família (VIANA e POZ, 1998).

Tem como função constituir-se em uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2008).

Essa reorganização dos serviços aconteceu no momento em que o programa introduz uma visão ativa da intervenção em saúde, de maneira a acabar com a passividade do serviço em esperar que a demanda chegue a Unidade para então realizar uma intervenção, mas sim de agir sobre ela preventivamente (VIANA; POZ, 1998).

Para Costa (1999), o objetivo maior do programa, é a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional, centrado no hospital e orientado para a cura de doença, observando os princípios de integralidade e hierarquização (atenção integral e referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema), territorialização e adscrição de clientela (território de abrangência e população residente na área previamente definida), trabalhando de forma preventiva para antecipação às demandas por serviços de saúde.

O processo de consolidação desta prática é complexo, uma vez que a superação do modelo assistencialista, baseado na supervalorização das práticas curativas, especializadas e hospitalares, as quais utilizam-se de procedimentos tecnológicos e medicamentos construída ao longo de algumas décadas é difícil de romper.

Viana e Poz (1998), ressaltam também que esse processo se consolidou em 1994, a partir do momento que o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), assim o êxito do PACS induziu a formulação do PSF.

Portanto, a estratégia de saúde da família provém da evolução histórica da organização da atenção à saúde no Brasil e tem obtido grande adesão de gestores estaduais e municipais apresentando um expressivo crescimento ao longo dos anos.

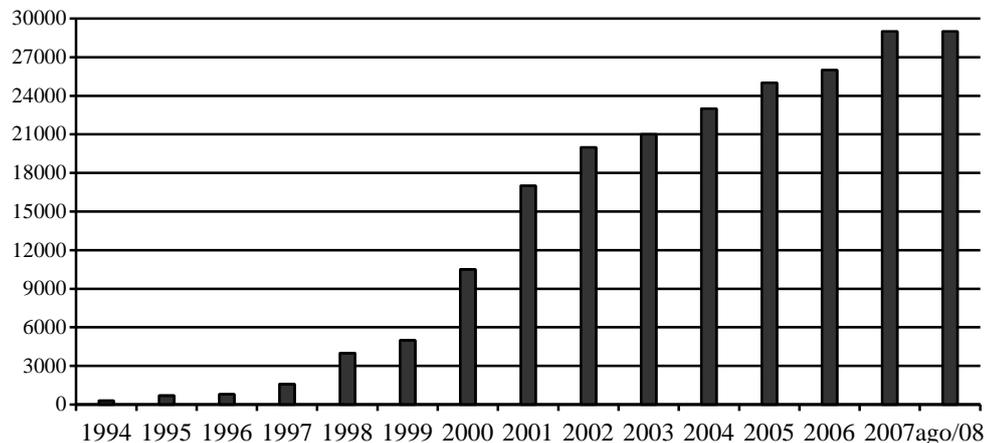


Gráfico 1 - Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – AGOSTO/2008

Fonte: BRASIL, 2008.

Para Marques e Mendes (2002), o estímulo dado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) à implantação do PSF foi significativo: o número de equipes de saúde da família cresceu de em torno de 800, em 1996, para 4.000 em 1998. Contudo, é preciso ressaltar que foi em maio de 1998, que os municípios passaram a receber o incentivo financeiro criado pela NOB 96, o Piso da Atenção Básica (PAB), inaugurando a modalidade de transferência *per capita* de recursos federais para os municípios. Esse incentivo foi determinante para o crescimento do número de equipes de saúde da família mencionado acima.

Um estudo do Ministério da Saúde traz ainda uma análise da proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família para o Brasil e suas regiões, na qual as regiões

Nordeste, Centro-Oeste e Sul apresentam proporções mais elevadas de cobertura do PSF do que as regiões Norte e Sudeste. Observou-se ainda, que a expansão da cobertura do PSF nos municípios pequenos (com menos de 20 mil habitantes) é muito superior à identificada nos municípios com mais de 80 mil habitantes. Em 1998, apenas 9,4% dos brasileiros que viviam nos pequenos municípios eram cobertos pelo programa. Em 2004, esse número foi superior a 65%, o equivalente a 44% da população (BRASIL, 2008).

Hoje 5.218 municípios possuem equipes de Saúde da Família. Entre 1994 até agosto 2008, o número de equipes aumentou de 300 para 29.000. Com isso, a cobertura populacional também foi ampliada, passando de 1.100.000 para 91.900.000 pessoas acompanhadas pelos Programas.

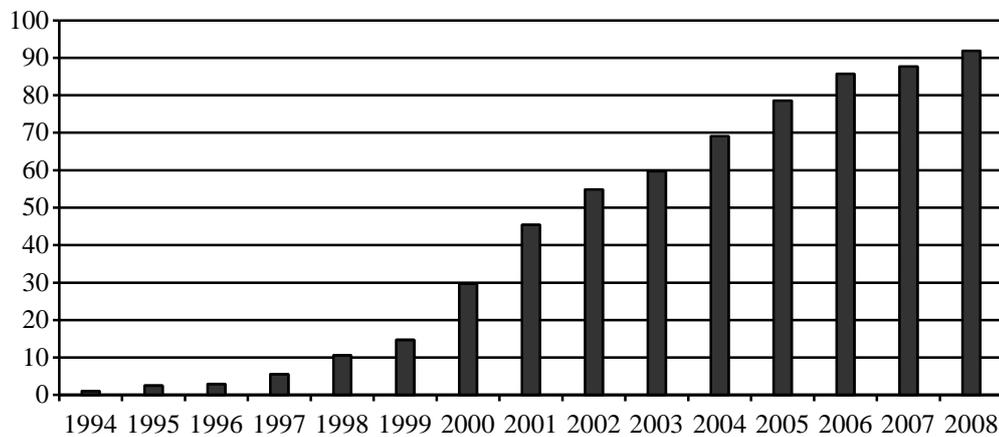


Gráfico 2 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL – 1994 a Agosto/2008 (x1.000.000)

Fonte: BRASIL, 2008.

Por isso, pode-se dizer que a partir de 1996, com a implementação já acelerada em nível nacional desses novos programas, das novas práticas gerenciais e do processo de formulação da nova norma operacional (NOB-96), tem início o período de reforma do SUS, com uma nova fórmula de cooperação, envolvendo municípios, secretarias estaduais e o Ministério da Saúde (VIANA; DAL POZ, 2005).

O Programa Saúde da Família consolidou-se como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, sendo criada a Portaria N°648 /2006 - Política Nacional de Atenção Básica, que estabeleceu o PSF como principal estratégia do Ministério da Saúde para reorganizar a Atenção Básica, pautada no acesso universal, hierarquizado e

integral aos serviços de saúde, contemplando os princípios básicos do SUS, incluídos a equidade, descentralização e o controle social. A participação da comunidade é um dos pilares desse processo, tendo como ponto de partida, o cadastramento e a vinculação dos usuários ao sistema, através da criação de vínculos com os moradores assistidos pelas equipes, mediante a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) elo de ligação entre a população e a equipe de saúde, para inclusão social e construção da cidadania. (BRASIL, 2008)

A ampliação do acesso à atenção básica trazida pelo Programa Saúde da Família (PSF) resultou em melhoria na qualidade de vida da população. Pesquisa encomendada pelo Ministério da Saúde em 2004 analisou o comportamento de nove indicadores de saúde (incluindo mortalidade e internações) e verificou que a maioria deles melhorou nos 5.560 municípios cobertos pelo PSF à época do levantamento. Os municípios cuja cobertura do programa é superior a 70%, obtiveram melhores resultados como por exemplo, o índice de óbitos de menores de um ano de idade por causas não identificadas caiu dos 22,3% de 1998 para 10,9% em 2003 (BRASIL, 2008).

Houve um aumento considerável no número de municípios com Equipes de Saúde da Família de 1994 até 2008.

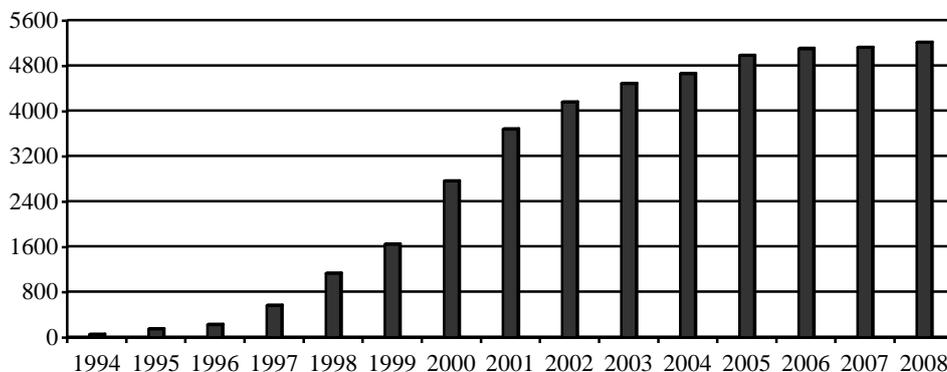


Gráfico 3 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 a Agosto/2008

Fonte: BRASIL, 2008.

Esse estudo diz também, que foi possível evidenciar que os indicadores de saúde analisados melhoraram, em sua maioria, no grupo de municípios com condição socioeconômica mais precária e contribuíram para a redução das desigualdades em saúde no Brasil.

Para a implantação das Equipes de Saúde da Família, é necessária a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média

recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus profissionais da equipe e composta por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Elas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família, pela importância nos dias atuais para o processo de des-hospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde e uma nova visão de saúde.

1.2 O ACS, seu trabalho e seu ambiente social

A profissão de ACS é exercida exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e seu vínculo é estabelecido diretamente com o gestor local. Numa análise realizada com um grupo de 172 mil ACS, observou-se que eles são constituídos em sua maioria de jovens (67% têm até 34 anos), sendo 140 mil mulheres e 32 mil homens com níveis de escolaridade diferenciados (BRASIL, 2008). Estes profissionais desenvolvem tarefas da área da saúde através de ações educativas de promoção e prevenção, primordialmente.

A singularidade profissional do ACS como um trabalhador no campo de saúde, captura a filosofia da Estratégia de Saúde da Família, como interface intersetorial da saúde e ação social, sendo um aspecto marcante desse trabalhador, e sua atuação é fundamental para o estabelecimento de vínculos sólidos entre a comunidade atendida e os profissionais da Equipe de Saúde da Família (DAB - MS, 2008).

Ao retornarmos às origens do Agente Comunitário de Saúde, é possível identificar fatores marcantes que construíram o seu perfil de trabalhador, como ator social com raízes em aspectos culturais e subjetivos na realização do seu trabalho na comunidade.

Para Minayo (1990), os altos índices de morbidade e mortalidade em particular a infantil, foram principais fatores que originaram o programa de ACS no estado do Ceará em 1994. Estes basicamente provocados pela dificuldade de acesso e informações sobre o funcionamento dos serviços de saúde e pelas limitações dos trabalhos educativos realizados pelos profissionais dessas unidades.

Essa ligação a aspectos sócio-econômicos da época (1994) contextualiza bem esse trabalhador, como o relato do ex-secretário estadual de saúde do Ceará Carlyle Lavor publicado no estudo de Nogueira, Silva e Ramos (2000, p.4) a seguir:

[...] surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então, sugerimos a idéia de empregar mulheres. Então sugerimos empregar 6 mil mulheres, que era o cálculo que a gente tinha feito de Agentes de saúde necessários para o estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e município. A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os homens, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. Assim foi o início do trabalho. Cessou o programa de emergência de atendimento à seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar, porque o sucesso foi grande demais.

Hoje, de acordo com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais, os critérios básicos para ser um ACS pressupõem ser residente na comunidade em que vai atuar, disponibilidade de tempo integral, idade mínima de 18 anos, concluir com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde e haver concluído o ensino fundamental. Este último item já insuficiente em grandes cidades que possuem o Programa.

Dentro da rede do SUS, os ACS podem executar suas atividades, tanto ligados a um centro ou posto de saúde tradicional, como a uma Unidade de Saúde da Família atuando em conjunto com enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e equipe de saúde bucal em alguns casos.

Com o avanço do Programa pelo país, o Ministério da Saúde teve como preocupação definir as atribuições desses profissionais quais sejam: cadastrar os membros da família da sua microárea, realizar levantamento das condições de vida local, mapear a comunidade identificando áreas de risco, realizar periodicamente visitas domiciliares de acordo com os preceitos da vigilância em saúde, realizar atividades de promoção e prevenção de saúde na comunidade e atuar em ações efetivas de intersetorialidade na promoção da cidadania (BRASIL, 2008).

Para Nogueira, Silva e Ramos (2000), essas atividades traçam o perfil ocupacional do ACS formalizados em normas institucionais e legais, no entanto essas atividades estão sujeitas a variações, de acordo com as necessidades da organização do trabalho e até somando-se a outras, devido novas atribuições determinadas a eles.

Sendo assim em 2002, o exercício da profissão de ACS foi regulamentado pela Lei 10.507, utilizando-se a idéia de que esse novo profissional conhece o cotidiano das famílias e

as relações locais estabelecidas. Estabelece como atividades do ACS a 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. Como requisitos para ser ACS, foi estabelecido que o candidato precisa ser morador da comunidade, possuir o ensino fundamental e concluir o curso de formação de ACS (BRASIL, 2008).

Apesar disso, a identidade do ACS ainda não é bem definida, uma vez que as relações estabelecidas com a comunidade são muito dinâmicas. No estudo de Nunes et al. (2002), foi analisado o processo de construção de identidade dos ACS a partir de sua inserção na equipe do PSF e de sua interação com os moradores da comunidade. Sendo que, o fato do ACS ser uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre essas duas dimensões de saberes e práticas.

As equipes de PACS são compostas de no máximo 30 ACS e um enfermeiro supervisor, já o PSF é composto por uma equipe multiprofissional, com enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes por equipe, porém sendo recomendável no máximo 6 agentes por equipe, além de equipe de saúde bucal em alguns casos, atuando em uma área de abrangência específica chamada de área adscrita (BRASIL, 2008).

Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de até 4,5 mil pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde, sendo responsável por desenvolver a capacidade do reconhecimento do processo saúde doença local e seus determinantes, promovendo com isso o auto cuidado da família e o sentido de cidadania (BRASIL, 2008).

As equipes atuam em Unidades ou Módulos de Saúde da Família (USF), nas residências em visitas domiciliares e em atividades de mobilização social com auxílio intersetorial. Deve ser responsável pela porta de entrada do SUS, de maneira hierarquizada e regionalizada, prestando assistência integral e com ênfase na promoção da saúde.

Além disso, os trabalhadores possuem determinadas responsabilidades, segundo a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde, editada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que envolvem as ações de saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, do Diabetes Mellitus e da Tuberculose, da eliminação da Hanseníase e outras.

Nesse contexto, as atribuições dos ACS foram determinadas mais recentemente pela Portaria do MS nº648 de 2006, sendo descritas a seguir:

- desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;
- cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

A Portaria também normatiza, que é permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. Entretanto é importante ressaltar que a utilização do ACS para atividades dentro da USF deve ser criteriosa e programada, para que não se perca um dos aspectos mais valorosos na atuação do ACS, que é a interação com a comunidade nas visitas domiciliares em prol da realização de atividades burocráticas administrativas.

O estudo de Ferraz e Aertes (2005), identificou como uma atividade freqüente no trabalho do ACS a realização de atividades administrativas como a recepção de usuários, controle do almoxarifado, atendimento de telefonemas, busca de prontuários e outras em detrimento de maior tempo em visitas domiciliares.

Para uma atuação direcionada aos objetivos da estratégia, o Ministério da Saúde (MS) formulou a Portaria nº 2.527 em 2006, estabelecendo diretrizes nacionais e pedagógicas que

facilitem o processo de capacitação dos profissionais da Saúde da Família, através do Curso Introdutório de duração mínima de 40 horas, abordando os aspectos clínicos, epidemiológicos, sociais, políticos e as fases do ciclo da vida dos indivíduos e que deve ser iniciado no momento de início dos trabalhos das equipes.

Na tentativa de maior qualificação e profissionalização dos ACS que já atuam na estratégia, foi criado o Curso de Formação Técnica em Agente Comunitário de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde. O curso tem duração de 1.200 horas, divididas em 3 módulos de 300 a 500 horas, com temas como a Promoção da Saúde na Comunidade, Atuação do ACS na Atenção à Saúde e O Trabalho em Equipe no PSF (BRASIL, 2004).

Para Baralhas (2008), essas portarias abrem brechas para as adaptações nas funções dos ACS, fazendo com que tenham muito mais atribuições do que as propostas pelo PACS e PSF, agravadas pelo fato de que essa profissão não possui amparo de nenhuma autarquia regulatória em sua defesa.

A conceituação mais difundida a respeito do papel do ACS é a de que representa o elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde e realiza a interseção entre os profissionais de saúde e as necessidades prioritárias da população.

Nesse sentido, o trabalho do ACS é diferenciado dos demais profissionais da equipe em se tratando da relação que é estabelecida com a comunidade. No cotidiano de sua prática, assumem atividades que ultrapassam as ações determinadas pelo Ministério da Saúde, na tentativa de dar respostas positivas às demandas da população (SILVA et al., 2004).

O ACS pode ser visto com um trabalhador “genérico”, quando suas funções transcendem o campo da saúde, em momentos que para realizarem suas atividades com resolutividade, requerem a análise de diversos aspectos das condições de vida local em ações intersetoriais (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). Este aspecto se aproxima da característica de trabalhador polivalente desejável no mundo do trabalho contemporâneo.

Sendo assim, acabam rompendo o enrijecimento da organização do trabalho, que se dá quando a divisão de tarefas é bem definida. Neste sentido, o agente comunitário pode ser facilitador da criação de vínculos (SILVA et al., 2004).

Há de se acrescentar que o ACS é um morador da própria comunidade em que trabalha, vive as mesmas dificuldades, necessita das mesmas ações sociais, mas diferentemente dos seus vizinhos está instituído da função de orientar as famílias para o autocuidado e inserção eficaz no SUS, em contrapartida observa e necessita desse mesmo SUS

que não raro frustra suas expectativas e coloca em xeque sua atuação perante a população local.

Segundo a pesquisa de Jorge (2007), que analisa as concepções do Agente Comunitário de Saúde sobre sua prática no Programa Saúde da Família, pode-se identificar que o ACS se depara com limites relacionados à resolubilidade de muitos problemas de saúde que chegam até à equipe de saúde. Pelas informações empíricas foi possível perceber problemas de hierarquização na rede de serviços de saúde, dificultando a garantia do acesso da população aos diversos níveis de complexidade do sistema, que foge do nível de governabilidade do agente comunitário.

Atualmente, encontra-se em atividade no país mais de 225 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em grandes cidades do país, nestas em geral em áreas de evidente concentração de pobreza. A evolução histórica do número de ACS evidencia o crescimento desta profissão como no Gráfico 4.

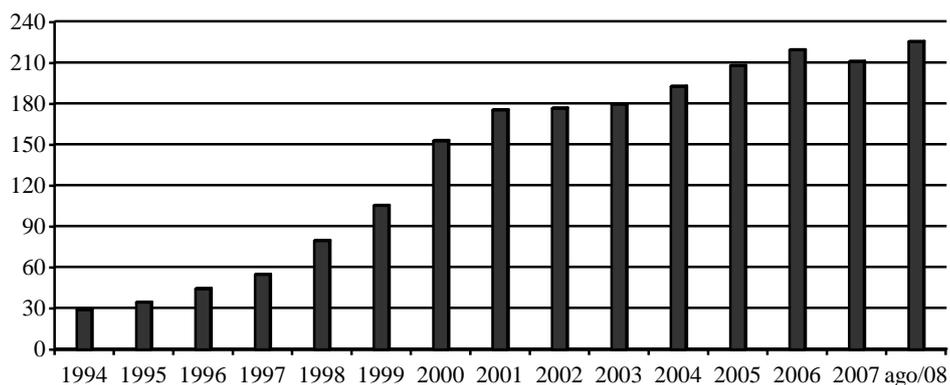


Gráfico 4 - Evolução do Número de Agentes Comunitários de Saúde Implantados BRASIL - 1994 a Agosto/2008 – (x1.000)

Fonte: BRASIL, 2008.

O incremento da cobertura populacional pelos ACS é proporcional ao número de agentes em atividade conforme a apresentação do Gráfico 5, isso pode ser traduzido pela importância da atuação deste profissional dentro do contexto da atenção básica, uma vez que a necessidade de atenção à saúde aos locais mais distantes e que o antigo modelo de atenção não atingia gerou a necessidade da expansão de cobertura por esses agentes pelo país.

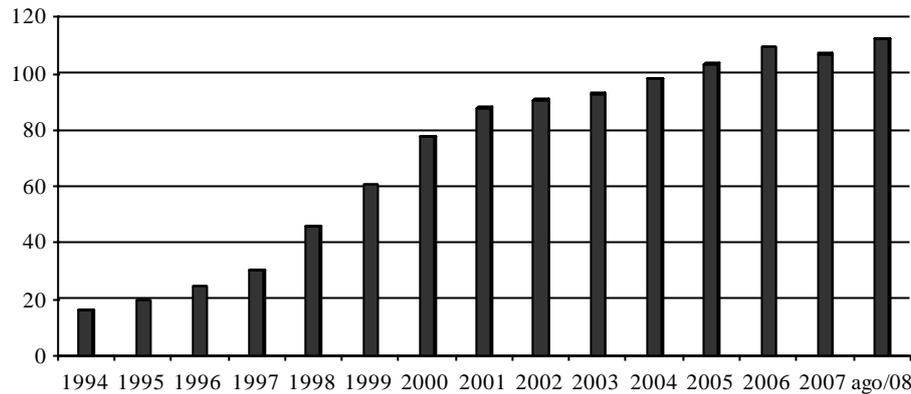


Gráfico 5 - Evolução da População Coberta por Agentes Comunitários de Saúde Implantados BRASIL - 1994 a Agosto/2008 – (x1.000.000)

Fonte: BRASIL, 2008.

O reconhecimento de que as ações dos ACS minimizam muitos problemas da comunidade existe, mas apresenta limites. Com a expansão do PSF para as grandes cidades e áreas urbanas, houve ampliação de novas demandas, pois a realidade urbana traz novos desafios que requerem uma ação intersetorial mais efetiva.

Um aspecto importante nesse franco processo de massificação da estratégia pelo país deve levar em conta o foco do estudo de Fernandes (1992), que analisou a utilização de agentes comunitários em áreas urbanas e ressaltou a importância de se discriminar o perfil de atuação destes agentes, em função da área onde atuam principalmente no que diz respeito às diferenças entre o meio rural e o urbano, do contrário corre-se o risco de utilizar-se de uma visão limitada do conceito de atenção primária.

A atuação em realidades permeadas de baixas condições de vida, condição econômica deficitária, violência, falta de infra-estrutura e inúmeras precariedades causam influências no profissional e exige capacidade adaptativa para realização do seu trabalho (TRINDADE, 2007).

1.3 A organização e o ambiente de trabalho contemporâneo

A crise estrutural do capital iniciada na década de 70 resultou na busca de alternativas para manutenção do lucro, expressas em novas formas de gestão e controle do trabalho,

levando a maior exploração da força de trabalho, com a mais valia relativa (tecnológica) e absoluta (aumento do ritmo de trabalho). A flexibilização dos processos produtivos em busca de maior competitividade, tornou-se uma forma de maior exploração e de maior controle sobre a força de trabalho. Desse processo de trabalho, advém basicamente a precarização e a desestruturação das relações clássicas de produção, de gerenciamento e de envolvimento da força de trabalho (ABRAMIDE; CABRAL, 2003).

Para Rigotto (1998), houve um aprofundamento da fragmentação da classe trabalhadora, com empregos terceirizados, aumento do trabalho informal e levando em muitos casos ao subemprego. Assim como, uma tendência a flexibilização das relações de trabalho, com perda de direitos trabalhistas, através de novas formas de contratação, redução salarial e jornada de trabalho intensa, com aumento do desgaste dos trabalhadores.

Para Fisher, Gomes e Colacioppo (1989), o ambiente de trabalho é constituído de vários fatores que incidem direta ou indiretamente na qualidade de vida dos indivíduos, englobando o espaço físico, equipamentos, relações interpessoais, organização do trabalho e segurança.

O trabalho do ACS também está sujeito a esse contexto, ocorre em diversos locais de atuação, em situações diversas e inesperadas ocasionando riscos. Uma vez que o processo saúde doença é determinado também pelo ambiente em que vivemos, portanto pode influenciar positiva ou negativamente na saúde desse trabalhador.

De acordo com Mendes (1995), os estudos em saúde mental do trabalho têm encontrado na organização do trabalho o ponto mais relevante na determinação de agravos psicossociais do trabalho. Além disso, os estudos incluem muitos aspectos da estruturação hierárquica, a divisão de tarefas, o uso do tempo, políticas de pessoal e o gerenciamento da empresa.

Acrescenta também, que quanto maior o controle exercido sobre os modos e tempos prescritos para que estes sejam cumpridos, maior será a intensidade de ansiedade gerada. Salienta ainda, que quanto menor a participação do trabalhador na formulação da organização de sua própria atividade e o seu controle sobre ela, maiores as chances dessa atividade trazer prejuízos à saúde.

Dejours (1992) infere que a organização do trabalho fixada externamente pelas chefias, pode causar conflito com a maneira instituída pelo trabalhador para realizar as atividades, neste sentido, pode comprometer imediatamente seu equilíbrio psicossomático. Além disso, quanto mais rígida a organização do trabalho, mais desfavorecidas estarão as reservas psicossomáticas individuais.

Essa relação entre subjetividade e trabalho, pressupõe a análise dos modos como os indivíduos vivenciam suas experiências e a elas dão sentido, enfocando o modo com que esses indivíduos fazem isso. Portanto, a subjetividade e suas relações com o trabalho, remete ao modo como as pessoas agem, pensam, sentem e trabalham de acordo com seus valores, necessidades e projetos (CATTANI; HOLZMANN, 2006).

Os fatores psicossociais de acordo com Fischer (1989) referem-se às interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais, a capacidade dos trabalhadores, aliadas as suas necessidades, valores culturais, experiências de vida, que através de suas percepções, podem influenciar o seu desempenho, sua satisfação no trabalho e sua saúde.

O trabalho segundo Mielnik (1976) deve possuir uma representação psicológica importante, para que seja uma atividade agradável e compensadora na vida dos indivíduos, superando aspectos financeiros, de acordo com sua representação social.

Na perspectiva da representação do trabalho, Macedo et al. (2005), acredita que a maioria das doenças, assim como seu funcionamento corpóreo e a sensação de bem-estar estejam sob forte influência dos aspectos sociais em que vivem e que a análise destes fatores pode levar a compreensão da doença no contexto de suas vidas.

Nesse sentido Laurell e Noriega (1989), em seus estudos em saúde do trabalhador, identificam o ambiente de trabalho como possuidor de características determinantes no desencadeamento do sofrimento para o trabalhador.

O ambiente de trabalho sofre as influências da organização do trabalho que exige maior produtividade, realização de várias funções, definindo tempo e maneira de realizar uma tarefa fazendo com que o trabalhador tenha que se adaptar constantemente ao seu trabalho.

Sendo assim, Seligmann-Silva (1994), destacam as cargas de trabalho, as quais podem ser definidas como um conjunto de esforços desenvolvidos para atender as exigências das tarefas, incluindo aqui os esforços físicos, cognitivos e psicoafetivos.

Essas cargas de trabalho são resultantes de um conjunto de fatores da realização das atividades laborais que interagem como o corpo do trabalhador, e levam a processos de adaptação. Quando esse processo é insuficiente, ocorre desgaste, que pode ser entendido como perda ou redução da capacidade do corpo e da mente do indivíduo, as quais se constituem em grandes fontes de tensão e fadiga para os trabalhadores, podendo gerar alterações biopsicossociais expressas em patologias (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O estudo de Tomaz (2002), conclui que o trabalho dos ACS tem sido considerado atividade de uma carga excessiva, uma vez que existem equívocos ocasionados pela falta de

uma delimitação de suas atribuições, fazendo com isso que este trabalhador seja o principal responsável pela consolidação do SUS. Os ACS devem inserir-se no SUS, como integrantes de uma equipe de saúde, participando em conjunto das atividades, decisões nas diversas esferas de atuação em conjunto e com o partilhamento dos erros e acertos.

O processo de desgaste estabelece uma relação complexa entre os processos coletivos (intersubjetivos) e os processos psicossomáticos individuais (SELIGMANN-SILVA, 1994), no entanto quando há um desequilíbrio tendendo ao desgaste fica estabelecido o estresse.

1.4 O estresse ocupacional e seus agravos à saúde

O estresse constitui-se hoje em um dos fenômenos que mais têm afetado as interações sociais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada quatro pessoas no mundo sofre de doenças neuropsiquiátricas, sendo o estresse responsável por 40% dessas doenças.

O estresse foi inicialmente estudado por Hans Selye por volta de 1930 (LIPP, 2001), que definiu o estresse no homem como um conjunto de reações que o organismo tende a desenvolver ao se deparar com uma nova situação que exige um esforço para a adaptação. Para o pesquisador, estresse indica o estado que se produz no ser humano, como resultado da interação do organismo com os estímulos ou circunstâncias nocivas ao estado dinâmico de equilíbrio corpóreo. Os estudos de Selye estavam baseados em conhecimentos da fisiologia. Em suas pesquisas ele observou que o estresse acarretava alterações fisiológicas e de mediadores químicos, essas ocorrências eram respostas de defesa na tentativa de adaptar-se ao elemento agressor para manutenção do equilíbrio dos sistemas. Sendo assim, Selye utilizou a denominação de Síndrome da Adaptação Geral, identificando a existência de fatores estressores internos e externos.

O estímulo estressor pode originar-se do meio externo (calor, frio, trabalho, família, cultura, situações do cotidiano) e do meio interno (pensamentos e emoções, valores, crenças). O estresse ocorre quando há o desequilíbrio dos recursos físicos, sociais, biológicos ou psicológicos dos indivíduos frente às demandas externas ou internas. Ele ocorre em níveis diferentes para cada indivíduo (TRINDADE, 2007).

Sendo assim, o estresse é considerado uma reação que pode ocorrer por diversos fatores, como aspectos individuais, a maneira como cada um reage às pressões cotidianas, ou

decorrentes de aspectos culturais e sociais, aos quais os sujeitos estão submetidos. Situações como problemas familiares, acidentes, doenças, mortes, conflitos pessoais, dificuldade financeira, desemprego, aposentadoria, problemas no ambiente de trabalho e outros, podem ser vivenciados de maneiras diversas por diferentes indivíduos, em um mesmo contexto histórico, cultural e social (LADEIRA, 1996).

Pode-se dizer que o estresse representa uma ruptura no equilíbrio do indivíduo, que diante de uma determinada situação é impelido a mudar, a adaptar-se a uma nova realidade, mesmo que ela tenha sido almejada.

No entanto, esses eventos podem proporcionar dois tipos de estresse, o *eustress* e o *distress*. O estresse é uma tensão diante de uma situação de desafio, que pode representar para o indivíduo uma ameaça ou uma possibilidade de conquista. O termo *eustress* é usado quando diante dessa condição o indivíduo consegue se adaptar de forma positiva, obtendo ganhos. O termo *distress* corresponde a uma má adaptação do indivíduo, podendo acarretar grandes prejuízos à sua saúde (CALAIS et al., 2007).

A análise de Lipp (2001), separa o período adaptativo em três fases, alarme, resistência e exaustão. A fase de alarme ou alerta, demarca o ponto inicial no qual o indivíduo é colocado diante do fator de estresse. Nesse momento, há a quebra da homeostase visando condições de enfrentamento da situação estressora, verificada através da produção de noradrenalina no sistema nervoso simpático e adrenalina pela medula da supra-renal. A fase de resistência caracteriza-se pela exposição de longa duração ou maior intensidade na qual o organismo tende a restabelecer a homeostase rompida na fase anterior e entra na fase de resistência, porém demanda um grande gasto de energia, o que pode levar à sensação de desgaste de acordo com a energia dispensada para o reequilíbrio. Uma vez que esse equilíbrio não foi atingido, o organismo evolui para a fase seguinte, que engloba uma fase na qual o indivíduo não consegue resistir aos fatores estressores e nem recuperar a homeostase, o indivíduo passa à fase de exaustão, representada pela exaustão física e psicológica, podendo gerar doenças graves e até resultar na morte do indivíduo.

Esse processo de ocorrência do estresse, possui respostas individuais de cada pessoa para as situações, que podem desencadeá-lo de acordo com o estímulo estressor. Para uma resposta negativa ao estímulo estressor, desencadeia-se um processo adaptativo inadequado, o chamado *distress* e que frequentemente provoca doenças. Para uma resposta positiva frente à mesma situação, ocorre o chamado *eustress*, que pode ser positivo para o indivíduo, gerando a sensação de bem estar e satisfação mediante o enfrentamento da situação estressora (GRANDJEAN, 1998).

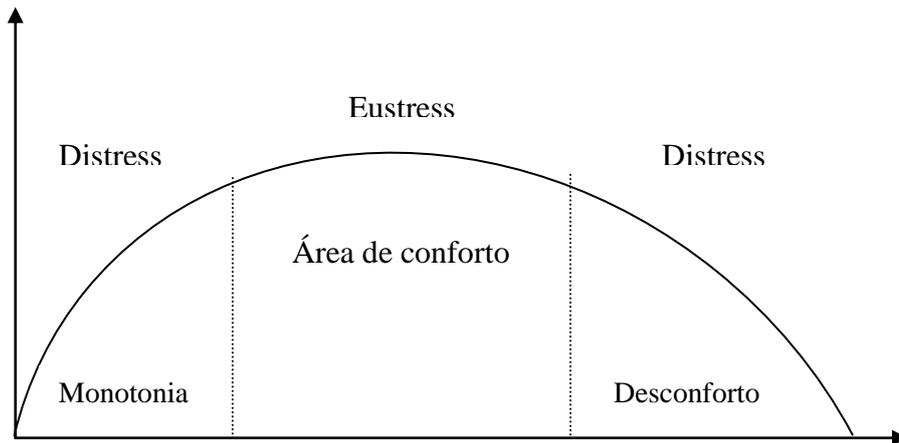


FIGURA 1 - Tipos de Estresse

Fonte: LIPP, 1996.

Lipp (2001), defini estresse como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz.

Todo esse processo de estresse provoca diversas ações na fisiologia normal da pessoa alvo dos fatores estressores. A resposta hormonal do organismo é complexa e engloba praticamente todos os hormônios e neuropeptídeos. A mobilização do organismo é a conseqüente ativação fisiológica, frente a uma situação identificada como ameaçadora, tendo início no hipotálamo, onde é ativado um dos três eixos de resposta ao estresse.

- O primeiro eixo, chamado eixo neural, dispara de forma imediata quando um indivíduo percebe uma situação que demanda um estado de alerta. O eixo I ativa o sistema nervoso simpático, aumentando a respiração, o ritmo cardíaco, o nível de glicose circulante no organismo. O sistema nervoso simpático entra em funcionamento em plena carga e ativa diversas reações hormonais.
- O eixo II, eixo neuroendócrino, é ativado quando a situação de estresse permanece por um período maior de tempo. As fibras simpáticas, responsáveis pela inervação da medula adrenal, estimulam esse eixo, tendo como resultado a liberação de adrenalina e noradrenalina. O hipotálamo ativa a glândula pituitária, localizada na base do cérebro. Essa glândula libera o hormônio denominado de ACTH (hormônio adrenocorticotrópico), liberando-o na corrente sanguínea. Quando esse hormônio chega nas glândulas supra-renais há

um aumento da produção de adrenalina, juntamente com uma família de hormônios chamado corticóides, fazendo com que o corpo fique em estado de alerta.

- O eixo III, ou eixo endócrino, tem um funcionamento mais lento do que os outros, sendo os seus efeitos mais duradouros, requerendo, portanto uma situação de estresse mais prolongada e intensa. O eixo III parece ser disparado quando a pessoa não possui uma estratégia para lidar com a situação de estresse (LAUTERT, CHAVES e MOURA, 1999; MARTINS e JESUS, 1999; ALBRECHT, 1988; MARGIS *et al.*, 2003, apud LIMA, 2005).

O estabelecimento de uma relação direta com sistema nervoso, as reações mais comuns encontradas em situações de estresse são descritas como: o aumento da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e respiratória, aumento do aporte de glicose no sangue, dilatação pupilar, entre outras, que ocorrem de forma individualizada para cada pessoa.

Para Lautert (1999) apud Trindade (2007), o estresse inclui componentes fisiológicos como o aumento das atividades do Sistema Simpático, assim com componentes psicológicos tais como condutas, emoções e comportamentos.

Molina (1996) define estresse como qualquer tensão que produz alteração no comportamento físico ou no estado emocional da pessoa, com uma resposta adaptativa psicofisiológica negativa ou positiva no organismo.

A pessoa ao vivenciar situações de ameaça e alta exigência, pode sentir medo, tristeza, solidão, vivenciar sentimentos com intensas alterações orgânicas e de comportamento, essas emoções desencadeiam modificações na fisiologia normal, através de mecanismos hormonais e nervosos que incidem diretamente na saúde do indivíduo (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Assim Mielnik (1976), ressalta que o estresse, quando acarreta desgaste físico ou emocional por tempo prolongado, pode levar o indivíduo a um colapso, descontrole, doenças físicas (psicossociais) ou mentais (neuroses), incapacitando-o para as atividades habituais da vida diária, assim como para o trabalho.

Trindade (2007), realizou um estudo com Equipes de Saúde da Família (ESF), que objetivou compreender o estresse laboral vivenciado pelos trabalhadores dessas equipes e as implicações para sua saúde, já que para a autora esses trabalhadores vivenciam demandas, por vezes complexas, os quais, freqüentemente, necessitam usar mecanismos de adaptação e enfrentamento. A análise dos dados evidenciou seis trabalhadores em Burnout, e neste grupo, a idade jovem teve associação estatisticamente significativa com os níveis de estresse

apresentados pelos trabalhadores, e revelou que a satisfação pela resolatividade do trabalho prestado e seu reconhecimento pela comunidade converge entre os dois grupos em estudo: trabalhadores desgastados e não desgastados, sendo que aqueles utilizam formas de enfrentamento direcionadas, predominantemente às emoções, enquanto os não esgotados resolvem os problemas do cotidiano laboral com apoio do grupo de trabalho. Os dados apontam para a importância de ações que valorizem a saúde dos trabalhadores, bem como favoreçam o relacionamento interpessoal entre os membros da ESF.

A Síndrome de Burnout é uma resposta ao estresse ocupacional crônico, caracterizado pela desmotivação, desinteresse, insatisfação ocupacional em graus variados, causando disfunções psicológicas e físicas, em geral afetam mais trabalhos que necessitam do contato humano. Em contraposição ao estresse, o Burnout sempre traz um aspecto negativo (CAMPOS, 2005).

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), realizaram um estudo para diferenciar Estresse e Burnout e estabelecer a relação desses com o trabalho da enfermagem, para subsidiar a compreensão sobre o sofrimento psíquico no trabalho. Identificou que existem pesquisas que comprovam a existência do Estresse Ocupacional e Burnout. Essas doenças nascem no cenário do capitalismo e exploração do trabalhador. Entende-se estresse como um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não necessariamente está relacionado com o trabalho. Já Burnout é uma síndrome que interfere nas relações do trabalhador com seu trabalho, através de suas atitudes e condutas negativas com os usuários, clientes e organização do trabalho, causando sofrimento e adoecimento.

O estudo de Silva (2008), investigou a ocorrência da síndrome do esgotamento profissional e de transtornos mentais comuns e seus fatores relacionados em um grupo de 141 ACS. Observou que 70,9% dos participantes apresentavam níveis moderados ou altos de exaustão emocional, 34% de despersonalização e 47,5 de decepção com o trabalho. A autora concluiu que a elevada ocorrência de transtornos mentais comuns e níveis intensos de esgotamento profissional nos ACS indicam a necessidade de estratégias de intervenção institucional, assim como novas investigações sobre os determinantes de esgotamento profissional nesses trabalhadores.

Conforme Mielnik (1976), a saúde mental não representa um conceito estático, fixo e imutável, ao contrário é um conceito dinâmico, apresentando alternâncias em ajustes e desajustes dos estados físicos e emocionais do ser humano.

Um aspecto importante no estudo do estresse está presente na sua relação de causa e efeito com o adoecimento físico e ou mental . Nesse sentido, Murofuse (2005), descreve como

sintomas mais comuns a fadiga, cefaléia, insônia, tremores, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais. Também refere o aparecimento de sintomas psíquicos, mentais e emocionais tais como a redução da concentração e capacidade de memorização, dificuldade na tomada de decisões, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, raiva, frustração, irritabilidade e até depressão.

Os fatores estressores, a vulnerabilidade orgânica e a capacidade de enfrentar situações conflitantes do trabalho, podem levar a uma ameaça do equilíbrio da homeostase do organismo, acarretando respostas somáticas e psicossociais, sendo os efeitos mais conhecidos os cardiovasculares, do sistema nervoso central, psicológicos e comportamentais (SOUZA; BUENO, 2002). Entre esses efeitos podem ser citados os do sistema muscular como a dor e a tensão muscular, os do sistema gastrintestinal tais como dispepsia, vômito, pirose e irritação de cólon, no sistema cardiovascular as palpitações, arritmias, hipertensão arterial; sistema respiratório a dispnéia e a hiperventilação; o sistema nervoso central apresenta reações neuróticas, a insônia, os desmaios e as dores de cabeça e finalmente o sistema genital que pode ser acometido com a dismenorréia, a frigidez e a impotência.

Portanto, os ACS devem estar atentos aos possíveis riscos existentes no ambiente de trabalho e suas conseqüências para saúde, de forma a estabelecer estratégias de prevenção ou diminuição dos seus efeitos deletérios.

1.5 O papel do enfermeiro

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2008).

A partir da criação do PSF, como estratégia do SUS, o trabalho da enfermagem foi incorporado a um conjunto de atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa, de forma a produzir mudanças na organização. O enfermeiro apareceu como o profissional mais adequado às mudanças, tomando assim um papel importante na promoção da saúde local (COSTA, 2004).

A Estratégia Saúde da Família é dinâmica, requerendo dos profissionais várias capacidades e várias práticas para promoção de impacto na saúde da população, coloca desafios aos profissionais de saúde, mas coloca a enfermagem mais autônoma de seu trabalho,

centrada na comunidade e juntos sugerindo a construção de vínculo entre enfermeiros, famílias e comunidade (SOUZA, 2000; PEDUZZI, 2000).

Possibilita uma visão integral do indivíduo, considerando o seu contexto familiar e social, desenvolvendo ações de acordo com as necessidades locais, de rápida limitação do dano para recuperação da saúde e de reabilitação, através da promoção e proteção da saúde e diagnóstico precoce, devido ao estreito vínculo entre os profissionais da equipe e a população (SOUZA, 2000).

O enfermeiro possui também uma característica marcante dentro da equipe de saúde da família, que é a manutenção de constante contato com a comunidade, como também a realização atividades de grande interação com os ACS.

Possui como atribuições mais específicas no que diz respeito ao trabalho do ACS, de acordo com a Portaria nº 648 de 2006 (MS) as seguintes:

- planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS.
- supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções.
- facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada.
- realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade.
- organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS.

Para a realização dessas e outras atividades o trabalho em equipe é fundamental uma vez que proporciona a integralidade das ações, com objetivos únicos dentro da equipe, mas devemos reconhecer que os indivíduos não escolhem viver ou trabalhar juntos, mas constituem um novo grupo que diante de situações diferentes responde de maneira também diferente (PEDROSA; TELES, 2001).

O trabalho em equipes multiprofissionais no Programa de Saúde da Família, deve ser realizado atuando-se em perspectiva interdisciplinar, portanto cada integrante da equipe deve articular sua prática e saber no enfrentamento de cada situação, sugerindo soluções conjuntas (PEDROSA, 2001). As tomadas de decisões devem ser horizontais e com participação comunitária, através de vínculos entre a equipe e a comunidade, rompendo com posturas hierarquizadas do modelo biomédico (PUPIN, 2008).

Essa interação tem gerado características marcantes dentro da estratégia no processo de trabalho do enfermeiro em atenção básica, na qual vem assumindo cargo de gerente das Unidades Básicas de Saúde, dentro desse processo de mudança do setor saúde desde a década de 90 (PEDUZZI, 2000), aqui especialmente inseridas as Unidades de Saúde da Família.

O trabalho da enfermagem no PSF ainda está em processo de construção, e apresenta problemas que podem afetar negativamente o trabalhador e merecem ser examinados mais criteriosamente (REIS, 2007), fato este que pode ser encontrado também em destaque no trabalho do ACS por apresentar-se como integrante mais fraco na microdisputa de poder na equipe de saúde.

Na tentativa de construção de um ambiente mais saudável Silva (2008), enfatiza que mudanças organizacionais são necessárias, para a redução de riscos com ações que propiciem autonomia, apoio organizacional, participação na tomada de decisões e aumento do interesse pelo trabalho.

Peduzzi (2001) ressalta a existência de dimensões técnicas e sociais da divisão do trabalho e para as desiguais inserções sociais dos agentes, que irão lhe conferir maior ou menor autonomia técnica.

Tendo o enfermeiro um papel de liderança dentro deste contexto, deve estar atento aos fatores estressores e possíveis geradores de agravos à saúde e assim atuar de forma a evitar ou minimizar esses fatores dentro do âmbito da Saúde do Trabalhador.

2 METODOLOGIA

2.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Para Polit e Hungler (2004), no estudo qualitativo, o pesquisador enfatiza a compreensão da experiência humana como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos.

Tratando-se de pesquisa qualitativa, para Denzin e Lincoln (2006), esse tipo de pesquisa tem por objetivo estudar as coisas em seu estado natural, na tentativa de interpretar fenômenos a partir do significado deste fenômeno para cada pessoa .

Para Minayo (1990), as pesquisas qualitativas são capazes de captar o significado e a intencionalidade relativa aos atos, assim como as relações sociais estabelecidas.

O interesse do pesquisador na abordagem qualitativa é buscar a significação que um indivíduo em particular ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos da natureza (TURATO, 2003).

Em se tratando de uma pesquisa descritiva, Rudio (1997), destaca que esse tipo de pesquisa está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

A pesquisa descritiva é a mais tradicional das pesquisas. Ela descreve as características de uma determinada população ou de um determinado fenômeno (COSTA; COSTA, 2001), sendo adequada portanto aos objetivos deste estudo.

Segundo David (2001), o estresse deve ser observado além das condições e dos agentes específicos que interferem na saúde, existindo condições relacionadas a eventos de vida que podem causar interferência. Constata também que pessoas e grupos diferentes expostos a elementos estressores semelhantes, reagem de maneira diferente já que a estrutura social e eventos de vida são capazes de alterar a saúde de uma pessoa ou de um grupo. Portanto, a percepção individual dos ACS sobre os fatores geradores do estresse ocupacional e como esses influenciam na sua saúde é de grande importância para o reconhecimento da realidade desses trabalhadores.

Portanto, a pesquisa qualitativa pode ser capaz de apreensão do objeto aqui exposto apropriando-se de informações que dificilmente seriam captadas em outros delineamentos de pesquisa.

2.2 Cenário e sujeitos do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no contexto do Programa Saúde da Família do Rio de Janeiro, em uma Área Programática (AP – 2.2) da Secretaria Municipal de Saúde, cujo turno de atendimento se faz pela manhã e à tarde, de 2ª a 6ª feira, no horário de 8:00 as 17:00 hs. Não há expediente nos finais de semana, excetuando-se alguns sábados de atividades em dias de campanhas de saúde determinadas pelo Ministério da Saúde.

A Área Programática 2.2 é constituída pelos bairros de Vila Isabel, Grajaú, Andaraí, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca, Usina, Muda e Alto da Boa Vista.

Os sujeitos do estudo constituem-se de 32 Agentes Comunitários de Saúde atuantes no Programa de Saúde da Família da Área Programática escolhida. O perfil encontrado é representado predominantemente do sexo feminino 84,4%, sendo que 50,0% são casados, com escolaridade de nível médio em 87,5% e sendo encontrados 12,5% de nível superior. Em relação a renda familiar 40,6% sobrevivem com um salário mínimo referente à remuneração do PSF, possuem constituição familiar diversa variando de 9,4% das famílias de apenas uma pessoa até 21,9% com cinco ou mais pessoas, e em residências de cinco ou mais cômodos em 62,5% das respostas.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias na comunidade, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção e prevenção, recuperação da saúde, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Realizam essas atividades dentro do módulo de saúde, nos domicílios, em organizações não governamentais, escolas, igrejas, praças, esquinas ou em outro lugar qualquer que traga resultados positivos.

Aliados as atividades descritas anteriormente atuam também em atividades de análise epidemiológica de instrumentos em equipes como os do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), realizando a porta de entrada para o sistema de saúde como no acolhimento, reuniões de equipe para identificação de determinantes de saúde prioritários naquele momento, entre outras atividades burocráticas como a digitação para alimentação do banco de dados do município.

Como critério de inclusão foi definido a coleta de todos os ACS, em atividade nos módulos de PSF da CAP 2.2 no momento da visita do pesquisador, sendo também agendadas retornos às unidades para entrevistas conforme a disponibilidade dos ACS.

O total de ACS é constituído de 40, sendo que uma equipe estava desfalcada de 1 ACS, 3 estavam de férias e para 4 ACS não houve disponibilidade de tempo para participação do estudo devido à atividades de trabalho no período da coleta de dados.

O encerramento da coleta de dados ocorreu quando atingiu o número de 32 participantes, determinado como representativo para esse estudo, uma vez que os relatos apresentavam riqueza de informações e subsídios para uma análise que atingisse os objetivos desse estudo.

A coleta de dados respeitou a disponibilidade e o desejo desses Agentes em aceitarem participar da pesquisa. Para identificação dos participantes utilizou-se uma sequência numeral simples de acordo com realização das entrevistas, para organização do pesquisador, assim como foi respeitado o sigilo e a participação livre para declinarem em qualquer momento da pesquisa.

2.3 Instrumento de coleta dos dados

Para coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado contendo 5 perguntas abertas (Apêndice A). A entrevista contemplou os indicativos de cotidiano de trabalho do ACS, percepções pessoais de sentimentos na realização do trabalho, estresse ocupacional e a relação agravos à saúde e trabalho na visão dos profissionais.

Também foram coletados dados sociodemográficos no momento da entrevista com o objetivo de traçar um perfil dos entrevistados. Neste instrumento estão contidos dados como: idade do ACS, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar, número de moradores e cômodos em sua residência. A caracterização dos indivíduos participantes do estudo é importante na abordagem da dimensão psicossocial em Saúde do Trabalhador.

Em relação ao instrumento de coleta de dados, a utilização de entrevista semi-estruturada é indicada, para que seja possível captar os valores, atitudes, e opiniões dos sujeitos entrevistados (MINAYO, 1999).

Segundo Lakatos e Marconi (1988), a entrevista semi-estruturada é um encontro entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É usada na investigação social para coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou tratamento de um problema social.

Apoiado pelas idéias de Trivinos (1987), que entende que a entrevista semi-estruturada valoriza a presença do investigador, oferecendo todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias. Assim, o informante começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

A escolha da entrevista semi-estruturada baseia-se na idéia de que para captar a realidade cotidiana do ACS e o mergulho na subjetividade do seu trabalho, é necessária a utilização dessa técnica, pois propicia liberdade de pensamento e interação com o examinador, sendo assim através dos relatos identificar aspectos relacionados ao estresse ocupacional e possíveis agravos à saúde que dificilmente seriam identificados com outra técnica.

2.4 Coleta de dados e procedimentos éticos

A coleta de dados foi realizada a partir da autorização dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Secretaria Municipal de Saúde RJ parecer 34A/2008 (Anexo 1), após análise do Projeto de Pesquisa, em conformidade com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Assim como, após contato com a supervisora operacional do PSF/PACS da Área Programática selecionada para o estudo e enfermeiras supervisoras das Equipes de Saúde da Família (ESF).

A efetiva coleta dos dados ocorreu no período de abril de 2009 a junho de 2009, realizada de acordo com o agendamento de encontros com os sujeitos do estudo, conforme disponibilidade de trabalho dos ACS. Sendo realizada nos módulos de saúde da família definidos anteriormente, em locais disponibilizados pela profissional responsável da Unidade ou decidido pelo pesquisador e sujeito no momento da entrevista, de maneira a proporcionar um momento de cumplicidade e aprofundamento dos questionamentos importantes ao estudo.

De acordo com os princípios éticos, em matéria de pesquisa com seres humanos, os dados foram obtidos somente dos profissionais que estavam de acordo em participar do estudo e com a garantia de sigilo da identidade dos participantes, liberdade para declinar de sua participação em qualquer momento do estudo, assim como a garantia de que não haverá prejuízo para esses trabalhadores.

Para a coleta dos dados foi utilizado sempre um ambiente tranquilo, propiciando a entrevista e facilitando a interação com o entrevistado, para que a coleta dos dados fosse eficiente.

Segundo, Bardin (1994) a técnica de coleta de dados deve proporcionar ao sujeito interação com o objeto da representação, para que seja possível o afloramento da subjetividade, uma vez que a representação de um fenômeno para um indivíduo envolve aspectos não palpáveis.

Os depoimentos foram gravados em arquivos eletrônicos, com autorização prévia dos participantes.

2.5 Análise dos dados

A análise dos dados é o momento em que o pesquisador tenta evidenciar os fenômenos e as relações deste aos fatores existentes no ambiente em que vivem (TRUJILLO, 1974).

Neste estudo, os dados coletados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo que para Bardin (1994, p.34), é definida como “*o conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens*”.

A análise de dados deu-se primeiro pela transcrição dos arquivos eletrônicos com as falas dos entrevistados. O tratamento dos dados referentes à entrevista ocorreu a partir do *software Logos* de auxílio à análise de dados não estruturados (CAMARGO JÚNIOR., 2000), no qual cada entrevista criou um registro no arquivo, que foi analisado em busca da presença de temas recorrentes ligados as respostas e que permitiu organizar o material verbal contido nas entrevistas.

Uma tarefa usual em pesquisas qualitativas em vários recortes disciplinares (antropologia, psicologia, sociologia, história) é a necessidade de organizar e recuperar informações a partir de textos extensos e não estruturados, como transcrições de entrevistas, diários de campo e outros (CAMARGO JÚNIOR, 2000). O referido software é disponibilizado na internet de forma gratuita, auxilia na organização textual através da organização dos dados com a finalidade de identificar as unidades de registro (URs) e demonstrou-se uma eficiente ferramenta para a posterior análise das categorias a partir dos referenciais sobre o assunto.

Retomando Bardin (1994), a análise informatizada utiliza-se de pelo menos dois pontos: a frequência com que determinados temas aparecem e as características a que esses temas estão associados .

Após a transcrição das respostas, foram identificadas ligações entre as palavras contidas nas falas agrupando-as e assim construindo as categorias, por semelhança, diferença ou relação de implicações com o tema apresentado.

A análise de todo o material coletado ocorreu a partir da análise temática que segundo Bardin (1994), permite identificar categorias nas respostas obtidas com os instrumentos aplicados.

As categorias foram definidas a partir das falas dos participantes do estudo na maneira em que foram ditas, separando-as em unidades de registro, definida também por Bardin (1994, p.104) *“unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento do conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.”*

Uma categoria constitui-se na unidade de significação que se destaca em um texto analisado. A autora também cita que, *“o texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis”* (BARDIN, 1994, p.105).

A análise constitui-se em descobrir “núcleos de sentido” na comunicação dos sujeitos cuja aparição, frequência em que são ditas podem significar sinais ou indicativos para o alcance dos objetivos propostos no estudo (BARDIN, 1994).

Em se tratando do estudo envolvendo aspectos psicossociais, a análise de conteúdo torna-se adequada ao estudo do estresse ocupacional na percepção dos ACS pôr permitir alcançar as relações estabelecidas entre os sujeitos do estudo e a organização e processos de trabalho, as pessoas e fenômenos no PSF.

2.6 Processo de Categorização

Foram realizadas as entrevistas e em seguida as transcrições de trinta e duas entrevistas dos Agentes Comunitários de Saúde. Posteriormente foi iniciada a fase de análise de conteúdo tendo como referencial teórico o trabalho desenvolvido por Bardin (1994), buscando-se a identificação de temas. Para o tratamento dos dados referentes à entrevista utilizou-se o *software Logos*, de auxílio à análise de dados não estruturados.

Como resultado deste processo foram identificados 109 temas, agrupados em 6 categorias que foram analisadas de maneira decrescente de frequência, em que foram identificadas as unidades de registro após a leitura e análise das entrevistas.

Sendo assim as categorias foram organizadas e nomeadas conforme segue, indicando-se os temas relevantes obtidos nas falas dos ACS:

Categoria 1 – Frustração: Sentimento de frustração/baixa estima; Desvalorização.

fico muito frustrado; não consegue realizar; não conseguir o retorno; me sinto um pouco frustrada; sente assim impotente; nos deparamos com barreiras; a gente vai levando e espera que dias melhores venham pela frente; tem um reconhecimento; frustração me causa desgaste; não estamos vendo uma luz no fim do túnel; você fica cabisbaixo; sensação de impotência.

Categoria 2 – Trabalho do ACS: Visitas domiciliares; Trabalho educativo; Outras dimensões do trabalho.

visitas domiciliares; faço grupos; aperto de mão; um sorriso, um abraço; ajudar sempre a comunidade; ajudar as pessoas; porta de entrada; entrego encaminhamentos; reunião; marco uma consulta fora e levo o paciente; digitação; esclareço outras pessoas; campanhas de vacinação; estar atualizando as fichas; o trabalho burocrático que é organizar as fichas; pegando prontuário para o atendimento; interage com outros órgãos; a gente faz tudo; cadastramento das famílias; visitas com a equipe técnica; exerço vários papéis no dia de trabalho; levantar a auto-estima; SIAB.

Categoria 3 - Representação do trabalho: Sentimento de felicidade e bem-estar; Ajuda e doação; Elo entre a comunidade e a saúde/ envolvimento.

procuro dar o máximo de mim; melhorei minha qualidade de vida; um aperto de mão, um abraço, um sorriso; me sinto bem em relação a minha ocupação; me sinto feliz; gosto de ajudar as pessoas; tem pessoas que dependem de mim; é gratificante; muito útil, muito importante; me sinto privilegiada; se não tivesse o ACS o PSF não funcionava; é o elo entre a comunidade e a saúde; vive o problema junto com a pessoa; se sacrifica pelas pessoas; não é só um trabalho é um vínculo com a comunidade.

Categoria 4 – Processo de trabalho: Limitações da capacidade de escolha; Trabalhador singular.

suporte para a gente poder fazer determinadas ações; auxílio dos nossos órgãos; competentes que trabalham ligados a nossa equipe; continuidade do trabalho; ele tem determinadas limitações; a gente encontra muitas dificuldades; oferecer mais condição para trabalhar; sem muito incentivo; tem sempre uma mudança brusca na rotina; tem prazo para entregar seus

relatórios e atender o cliente ao mesmo tempo; tem que fazer o sistema; devia ter um alguém no módulo que fizesse essa função de digitação; passa a trabalhar de segunda a segunda feira, o ACS é ACS 24 horas; são muitas funções.

Categoria 5 – O Estresse: Baixo reconhecimento; Intensidade e ritmo; Burocracia; Violência pouco reconhecimento do nosso trabalho; a gente está sempre errado em tudo; os pacientes não entende o trabalho; a questão social; o ACS 24 hs.; tantas cobranças; as pessoas cobram muito de você; o programa não tem assim muitos braços; o sistema de informações é muito falho ; muito trabalho burocrático; cota de visitas; a burocracia; não resolver o problema das pessoas; você é cobrado o tempo todo; você tem que fazer tudo ao mesmo tempo; é muita burocracia, muito papel; é muita cobrança; violência na comunidade; violência intradomiciliar.

Categoria 6 – Relação trabalho x saúde: Sobrecarga psíquica; Queixas físicas transtorno mental; ansiedade; depressão; insônia; dificuldade de concentração; transtorno do sono; desânimo; alteração do humor; cansaço; doença osteo-articular; Hipertensão arterial sistêmica; cefaléia; dores no corpo; irritação; manchas pelo corpo; hipotensão arterial; prostração; enxaqueca; tensão pré-menstrual; depressão imunológica.

Para apresentação de cada categoria utilizou-se quadros com as frequências absolutas e relativas das unidades de registro (URs) geradoras da categoria apresentada, que podem ser encontrados na discussão dos resultados. Na discussão de cada categoria são trazidos trechos das narrativas dos entrevistados para melhor entendimento e envolvimento do leitor no sentimento expressado por cada sujeito do estudo.

3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

3.1 Categoria 1: frustração

Nome do Tema	UR	% URs	Categoria	Total de URs
Sentimento de frustração/baixa estima	27	87,1	Frustração	31
Desvalorização	4	12,9		

Quadro 1 – Temas e URs da Categoria 1

A categoria Frustração advém das respostas relacionadas a pergunta de número um do instrumento de coleta de dados:

Como você se sente como trabalhador Agente Comunitário de Saúde?

3.1.1 Sentimento de frustração e baixa estima

A categoria frustração está relacionada com manifestações de sentimentos de fracasso, de não alcance de objetivos ou não correspondência de expectativas na realização das atividades, assim como em relação com a falta de correspondência relativa ao reconhecimento de seu esforço e dedicação no trabalho.

Esta categoria está presente em diversos momentos das entrevistas, mas para análise e visualização identifiquei os relatos mais diretos e relacionados a pergunta: Como você se sente como trabalhador Agente Comunitário de Saúde?

O sentimento de frustração e baixa estima pode ser identificado e analisado, na perspectiva dos ACS a medida que sentem-se desiludidos com o baixo retorno da realização do seu trabalho em âmbito não material. A retribuição sentimental em alcançar resultados positivos é fundamental para esse trabalhador no desenvolvimento de suas atividades, e contribui para a construção da representação desse trabalho para o indivíduo.

O trabalho é umas das atividades fundamentais da existência humana. É a atividade que permite aos indivíduos produzir bens e os serviços necessários e indispensáveis à vida

moderna, e lhes permite integrar-se ao sistema de relações que compõem a própria trama da sociedade (DOLAN, 2006).

Obseva-se nas falas sentimentos de desilusão, de desencantamento com o trabalho, evidenciando a vulnerabilidade dos profissionais estudados ao estresse. Suas atividades estão sujeitas à circunstâncias desfavoráveis e constantemente forçam uma reorganização e improvisação no trabalho planejado. O conteúdo das atividades é modificado frequentemente, descaracterizando o trabalho, gerando permanente insatisfação e sentimentos de fracasso, impotência e desmotivação.

Entre as diferenças individuais que explicam as capacidades e os fatores de risco de se sofrer de estresse está a auto-estima. A auto-estima varia de pessoa a pessoa, e alguns autores vinculam a falta de auto-estima ao estresse ocupacional. A falta de auto-estima produz mais estresse porque a insegurança que a acompanha é um sumidouro desnecessário de energia humana (DOLAN, 2006).

[...]a gente se sente muito frustrado perante a comunidade, então como eu sinto como trabalhador agente de saúde comunitário ultimamente me sinto estressado porque a gente quer realizar muitas coisas mas não consegue realizar algumas coisas porque não está em nosso alcance. (ACS 27)

Eu me sinto bem. Eu gosto de ser ACS, mas em alguns momentos me sinto um pouco frustrada tanto no trabalho em campo como dentro da unidade. (ACS 6)

Essa frustração me causa desgaste o fato de eu ter que fazer o meu trabalho eu tiro de letra agora a frustração me causa um desgaste muito grande. (ACS 26)

Me sinto bem, as vezes que eu fico um pouco frustrada por não acalcar o objetivo que eu queria. (ACS 30)

Tem certas atividades que a gente fica um pouco frustrada de não poder, de não ter a capacidade de atender a necessidade da população[...] (ACS16)

[...]porque você vive assim o problema junto com o morador né, e você não tem como separar isso, é muito difícil, porque você bate na porta dele todo dia, tive lá não melhorou, fui lá mas não teve o retorno que eu queria e isso nos deixa um pouco assim, frustrados. (ACS 15)

Isso é cansativo, é cansativo, você chega cheio de entusiasmo e acontece essas questões você fica cabisbaixo, cansado fica estressado, o restante do seu dia não vai ser mais daquele jeito que você imaginava, eu acho que te prejudica sim de alguma forma o meu dia a dia. (ACS 26)

Os relatos “não consegue realizar”, podem ser traduzidos pelo enfrentamento de dificuldades pelos ACS que não resultam no alcance dos objetivos esperados, seja a realização ineficaz de suas atividades e projetos ou pelo seu impedimento por motivos diversos seja pelos recursos humanos, materiais, apoio gerencial ou condições ambientais resultando em frustração.

Cada pessoa pode considerar estímulos ou perturbações no local de trabalho de maneira diferente. Há os que encaram como desafios que os estimulam rumo ao auto-aprimoramento e ao desenvolvimento, outros podem encarar como uma ameaça terrível. Isso tem papel importante na avaliação da auto-estima e da tolerância à frustração, no otimismo, na criatividade e na sensação de segurança tanto interna quanto externamente por meio de redes de apoio social e econômico entre outros aspectos (DOLAN, 2006).

A pressão organizacional em tornar o ACS no principal ator de mudança e as pressões sociais da comunidade por vezes cria um sentimento obrigatório de transformação social como se esse trabalhador fosse o fator unicausal desse processo. A falta de recursos e mecanismos intersetoriais nem sempre é percebida por esse ACS como fundamentais para mudança de modelo de atenção à saúde, gerando pressões subjetivas de grande importância.

Para Martines e Chaves (2007) existe um complexo conflito baseado, sobretudo na ambigüidade, no confronto com a realidade: o ACS tenta se equilibrar, mas não consegue, na idéia primária de onipotência diante da comunidade que assiste (qualidade, transformação, resultado, humanização, resolutividade, poder, doação), ao mergulhar na fantasia e desconsiderar a viabilidade dos recursos necessários, além dos seus próprios. Isso claramente, cria repercussões físicas e intrapsíquicas.

A gente no campo se depara com situações que como ACS não tem como estar resolvendo, até gostaria, até imagina como poderia estar resolvendo, mas aquela questão da governabilidade a gente sempre é barrada. E dentro da unidade algumas questões que surgem, como ACS que as vezes não tem aquela voz ativa que agente deveria ter, mas alguns momentos não conseguimos ter essa voz. (ACS 6)

Em algumas vezes me sinto meio frustrada porque a gente tenta passar uma coisa e algumas vezes nos deparamos com barreiras que não deixam a gente ir em frente e dá um pouco de frustração. (ACS 22)

É difícil eu ficar estressada, mas com relação ao meu trabalho vamos dizer assim quando o usuário precisa muito de um atendimento e eu não consigo para ele eu fico frustrada, a gente se sente assim impotente, eu me sinto impotente porque não depende só de mim[...] (ACS 27)

Ando meio desmotivada, sentindo cansada, a burocracia é que está atrapalhando demais nosso desempenho, a gente tenta fazer um trabalho e tem todo um aperto toda dificuldade. (ACS 21)

A existência de aspectos limitantes na realização do trabalho traz como conseqüências o sentimento de desmotivação e idéia de incapacidade na superação dos obstáculos, como um mecanismo de causa e efeito na qual o esforço na realização da tarefa em correlação ao resultado esperado apresenta saldo negativo, conforme é comprovado nos relatos dos trabalhadores. As poucas condições de trabalho, o baixo incentivo à participação do ACS e ao apoio às competências individuais são alguns aspectos que podem estar relacionados a esse tema.

Segundo Rossi, Perrewè e Sauter (2005) a ineficácia refere-se a sensações de incompetência e a uma falta de realização e produtividade no trabalho e esta sensação é exacerbada pela falta de recursos no trabalho, bem como pela falta de apoio social e de oportunidade de desenvolvimento profissional, levando o trabalhador a questionar a validade do seu trabalho e a ter uma consideração negativa de si mesmos.

Infelizmente eu não vejo a curto ou médio prazo uma solução para resolver isso, não depende da gente e nem de quem está relacionado diretamente com a gente também, então é muito complicado você indicar uma solução[...] (ACS 16)

“Eu acho que não estamos vendo uma luz no fim do túnel[...] (ACS 14)

O trabalho em saúde e em especial do ACS, possui como uma de suas características o contato direto com o usuário e requer elevado grau de envolvimento pessoal na realização de suas ações uma vez que possui como objeto o bem estar de outra pessoa. Esse aspecto ocasiona uma carga específica de desgaste que deve ser compensado com o reconhecimento gerencial, da equipe e do próprio usuário como mecanismo de motivação para a superação de novos desafios.

É, em relação ao meu trabalho, o trabalho que a gente desenvolve no dia-a-dia, eu me sinto assim impotente e debilitada, porque de uma certa forma o trabalho suga muito, suga muito da gente, no tocante a quantidade de famílias que a gente tem, você entra em diversas casas durante o dia, você ouve uma infinidade de problemas e são problemas corriqueiros do dia-a-dia, mas quando você tá ali presente as pessoas falam o que elas estão vivendo, colocam as suas necessidades, elas esperam um retorno e muitas vezes a gente não consegue dar um retorno positivo, nem consegue atender o mínimo da expectativa daquelas famílias, então tem um momento que dá aquela sensação de impotência. (ACS 20)

A presença de exigências de trabalho sem motivação e reconhecimento pode prejudicar o desempenho de maneira drástica e o ambiente do local de trabalho, transtornando o desenvolvimento pessoal e também familiar e profissional. (DOLAN, 2006)

Para Dolan, (2006) a auto-estima é uma necessidade vital de prioridade intermediária precedida apenas pelas necessidades fundamentais de segurança e elos afetivos, e à frente da auto-realização. A procura da auto-estima é uma força motriz geradora de motivação, além de que após atendidas as necessidades de fisiológicas e sociais, é preciso vivenciar realizações para fomentar a auto-estima, o que nos aproxima de uma sensação de plenitude existencial.

3.1.2 Desvalorização

A falta de valorização nesse caso é entendida como o sentimento de não percepção do esforço do seu trabalho pelos colegas, chefes e população atendida, assim como a valorização do saber particular próprio do ACS.

Segundo Rossi, Perrewè e Sauter (2005), as chamadas recompensas insuficientes podem ser identificadas quando os empregados acreditam que não estão sendo apropriadamente recompensados pelo seu desempenho. Uma vez que as recompensas padrão através de salários, benefícios e vantagens em muitos casos não são as mais importantes envolvendo, portanto o reconhecimento. Refere também que quando os empregados trabalham arduamente e sentem que estão fazendo o melhor que podem, eles querem ter algum retorno de seus esforços assim como é importante para as pessoas que alguém note o que elas fazem e que alguém se importe com a qualidade desse trabalho.

Me sinto um pouco desvalorizado, porque muitas coisas que precisam estar acontecendo para gente na verdade não acontecem, a gente parece que é minoria mas na verdade não somos porque no meu ponto de vista todos os PSF/PACS defendem muito os ACS, se não tivessem os ACS os PSF não funcionavam, só que a gente tem que ir levando, quer trabalhar, é isso aí, eu acho que os Agentes de Saúde deveriam ser mais valorizados, deveriam ser mais vistos coisa que hoje em dia não são. (ACS 11)

[...]as vezes meio frustrada por não conseguir o retorno que eu espero tanto da comunidade quanto com meus companheiros de trabalho. (ACS 10)

A existência de um feedback a respeito das atividades dos trabalhadores e de seus resultados é de grande valia no ambiente de trabalho, sendo que trabalhadores cujo emprego tem essa característica são mais motivados e desfrutam de maior satisfação no trabalho. (DOLAN, 2006).

Você não vê um apoio a você, nos sentimos sozinhos[...] (ACS 14)

Os resultados do estudo de Martines (2005), sobre a vulnerabilidade e o sofrimento no trabalho dos ACS revelaram através dos relatos a existência de episódios depressivos, angústia, frustração e desamparo os quais foram recorrentes, e estão fortemente relacionadas a grande cobrança do ACS consigo mesmo no intuito de atender e superar as expectativas reais e as idealizadas no trabalho. Expectativas essas da comunidade, do próprio ACS e da equipe, fatores que reforçam componentes da idealização com relação aos limites de atuação do ACS.

[...]a desvalorização do meu trabalho, o não reconhecimento por outras pessoas acaba fazendo com que a gente se sinta mais cansada, mais estressada que as funções tomem um peso ainda maior para a gente. (ACS 16)

A baixa valorização recorre a aspectos além do alcance de objetivos. Sendo assim, possui aspectos relativos a próprio existência do ACS como trabalhador da saúde que possui como ponto marcante para a sua criação o conhecimento empírico da realidade local e suas inter-relações sociais. Contudo, esse seu saber não tem sido reconhecido pelos outros membros da equipe, assim como se depara com a falta de maior conhecimento técnico-científico tão valorizado no modelo biomédico. Por outro lado, trata-se do principal mediador entre a comunidade e o serviço tornando possível o reconhecimento e a intervenção nos determinantes da saúde dessa população, gerando grande angústia pelo baixo reconhecimento como um trabalhador legítimo.

Para Dejourns (2006), o não reconhecimento, a presença de ordens contrárias a aquilo que se considera a essência de seu trabalho leva a estados de decepção, de desânimo e apatia. Determina uma absoluta falta de entusiasmo, como se esses aspectos tivessem um efeito desorganizador sobre o sentido de seu trabalho, de sua contribuição, de seus esforços, como se isso significasse uma negação, tendo como conseqüências desmobilização do trabalhador para o trabalho.

E dentro da unidade algumas questões que surgem, como ACS que as vezes não tem aquela voz ativa que agente deveria ter, mas alguns momentos não conseguimos ter essa voz. (ACS 6)

A identificação de falas referindo-se a pouca valorização salarial também representam um fator para o descontentamento com o trabalho, levando a sentimentos de frustração em relação aos esforços empreendidos para o alcance dos objetivos organizacionais.

Para Tamayo (2002), a implementação de políticas de ascensão, promoção e salários dentro da organização também pode ter efeitos redutores sobre a exaustão emocional.

A posição em que ocupa dentro do contexto da saúde da família, no qual o ACS atua com um pressuposto político e social que evidencia o acesso aos direitos de cidadania, em contrapartida em muitos casos não consegue fazer valer direitos sociais básicos como moradia, lazer, segurança e muitos outros, devido sua condição financeira.

É ambíguo, dois sentimentos diferentes porque ao mesmo tempo que você se sente bem, por prestar um serviço para comunidade, estar fazendo um trabalho que poderia ser melhor né, ao mesmo tempo se sente frustrado porque você não tem um reconhecimento financeiro, não tem reconhecimento da parte de quem está acima de você neste processo, então é muito complicado (ACS 25)

[...]se for falar de salário também entristece um pouco mas nem por causa disso nós vamos deixar as pessoas é o mínimo mas poderia ser melhor, um vale alimentação...é uma forma de agradar, você trabalharia nem mais inspirado é uma injeção de ânimo legal...é uma forma de incentivar e ajudar financeiramente, e é isso aí a gente vai levando e espera que dias melhores venham pela frente. (ACS 23)

3.2 Categoria 2: o trabalho do ACS

Nome do Tema	UR	% Urs	Categoria	Total de Urs
Visita domiciliar	40	32,0	O trabalho do ACS	125
Trabalho educativo	30	24,0		
Outras dimensões do trabalho	55	44,0		

Quadro 2 – Temas e Urs da Categoria 2

Para o estudo do estresse ocupacional no trabalho do ACS foi necessário identificar quais as atividades que esse trabalhador com características marcantes executa no seu cotidiano, sendo utilizada a pergunta de número dois do instrumento de coleta de dados:

Quais as atividades que você desenvolve no seu dia a dia?

3.2.1 Visita domiciliar

A visita domiciliar foi a atividade de trabalho mais mencionada nas entrevistas, sendo identificada como a mais representativa dentre as atribuições dos ACS. O fato da criação de vínculos com a comunidade deve-se em grande parte a permissão do morador, na maioria das vezes concedida ao ACS, em não só entrar na sua residência, como também de freqüentar essa residência pelo menos uma vez ao mês.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o ACS deve desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na

comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das famílias em situação de risco.

Esta última ação acaba por acrescentar uma grande responsabilidade e carga psíquica nesse trabalhador e em alguns casos afastar a equipe técnica da responsabilidade de realizar visitas domiciliares. Além de possuir como papel de destaque acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

[...]as visitas domiciliares que frequentemente a gente faz[...] (ACS 21)

[...]na comunidade é uma relação que a gente vai nas casas das pessoas para saber como é que elas estão e caso aconteça algo na família de doença procura saber se melhorou ou não melhorou, não só na área de saúde[...] (ACS 8)

[...]visitas domiciliares eu procuro estar desenvolvendo o meu máximo daquilo que eu posso desenvolver e daquilo que aprende nos cursos que muitas das vezes são pouco atrativos mas que a gente procura tirar um pouco daquilo para estar criando em cima. (ACS 1)

[...]a gente pega o saúde da família, médico, enfermeiro e a pessoa vai na casa do morador, a gente leva a equipe na casa do morador pra orientar[...] (ACS 19)

Visitas domiciliares que na realidade você fica sabendo o que a pessoa está necessitada[...] (ACS 5)

[...]as visitas domiciliares que são carregadas de afazeres[...] (ACS 19)

O estudo de Ferras e Aerts (2005), menciona que a visita domiciliar é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para o agente comunitário e também foi a mais identificada pelos autores, também ressalta que é por meio dela que o agente melhor conhece as necessidades das famílias e principalmente, desenvolve o trabalho educativo, citado como a segunda atividade mais realizada.

[...]eu saio para fazer minhas visitas domiciliares e nessas visitas eu oriento[...] (ACS 28)

[...]na comunidade nós vamos na casa das pessoas, as vezes tem mutirão que a gente faz de esclarecimento até mesmo com os médicos. (ACS 22)

Observa-se no cotidiano que expectativas de várias naturezas são depositadas no ACS como: observação, identificação, iniciativa, busca, difusão dos conhecimentos, integração, incorporação de valores, produtividade, postura profissional equilibrada, dentre outras, que, quando não correspondidas, parecem causar desdobramentos significativos, deixando-os vulneráveis para o sofrimento no trabalho.(MARTINES; CHAVES, 2007)

A criação de vínculo de co-responsabilidade com a população acompanhada facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade, mas a análise de suas

atividades necessita uma observação mais criteriosa em relação a verdadeira amplitude e limite de ação. A observação das falas apresenta indícios de uma atuação normativa baseada em programas de saúde como hipertensão, diabetes e outras apresentando um cunho reprodutor de conceitos.

[...]monitro os pacientes também os pacientes de maior risco, pressão não controlado, gestante no finalzinho. (ACS 24)

Eu acompanho as famílias, gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, entrego encaminhamentos e de alguma forma eu entro na vida de cada um, cada pessoa, as vezes elas conversam com a gente, sem ser da área de saúde, problemas pessoais, de alguma forma eu me envolvo com os problemas deles também[...] (ACS 9)

Eu visito bastante pessoas, mais até do que o necessário[...] (ACS12)

[...]acompanhamento de hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase[...] (ACS 17)

As atividades do dia a dia como ACS são: dar prioridade a visita dos hipertensos, diabéticos, acamados, gestantes e crianças menores de 2 anos, as prioridades são essas[...] (ACS 3)

A liberdade de atuação implica um cenário que envolve os agentes, os moradores e os gestores, o que pode produzir distorções nas perspectivas ideológicas entre as normas e a verdadeira prática para transformação local. A partir das idéias de Freire (1980), a promoção da saúde inclui a necessidade de o educador, no caso o ACS, conhecer a realidade na qual estão inseridos os educandos, representados pela comunidade, com quem ele vai construir processos pedagógicos, instâncias de aprendizado mútuo e comunitário, tendo em mente proporcionar a autonomia da pessoa atendida, num processo de desverticalização de conceitos.

Para Bornstein (2007), a normatividade se reflete também na organização local, com o estabelecimento de uma periodicidade para as visitas domiciliares assim como utilizando formas de acompanhamento da população priorizada, o que delimitando a atuação do ACS na busca de soluções para as necessidades locais.

Sendo assim, a identificação de uma atuação do ACS baseada no modelo biomédico, não proporcionando a autonomia de atuação de forma criativa e a partir da realidade local em que o próprio trabalhador mora e partilha dessas dificuldades, contribui para o aumento da cobrança interna por mudanças sociais que dificilmente serão alcançadas sem a participação real da população local. Entretanto, invariavelmente o papel de mediador dessas mudanças é depositado nesse trabalhador, constituindo assim uma grande contradição.

3.2.2 Trabalho educativo

A criação e a implantação do PSF, surgiu com uma de suas bases fundamentais a reordenação da rede de atenção à saúde, assim como a mudança de modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, pautada na atenção curativa e centralizada na figura do profissional médico. Tais mudanças nem sempre são identificadas nas falas dos ACS ao mencionarem a atuação em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, tanto através de atividades educativas, quanto na forma de fundamentos para formulação de estratégias de atuação com os indivíduos ou grupos da comunidade, seja em visitas domiciliares, seja em atividades no módulo e até em ações em espaços livres na comunidade.

Novamente o aspecto normativo e determinado de “educar”, está presente nas falas dos ACS ao se referirem ao trabalho educativo realizado na comunidade. Apesar da utilização de artifícios para a aproximação da realidade local, palavras como conscientizar, ensinar e educar, são comuns nos relatos, de forma a indicar uma dificuldade de desenvolver o processo de construção da educação popular.

[...]gosto assim de orientar, explicar as famílias[...] (ACS 30)

Fala sobre hipertensão, diabetes, gestantes, crianças e procura sempre frisar[...] (ACS 14)

[...]a parte educacional que acho que é fundamental[...] (ACS 15)

[...]ando bastante e esclareço outras pessoas não só visitas[...] (ACS 12)

[...]nós as vezes até mesmo nos nossos dias de folga nós trabalhamos fazendo mobilização, as vezes conscientização, campanhas de saúde bucal, sobre a dengue e em dias de sábado campanhas de vacinação[...] (ACS 2)

[...]temos os grupo que nós fazemos de hipertensos e diabéticos, adolescentes...deixa eu ver...um monte de coisas...muita coisa mesmo...acompanhar gestante, criança, idoso...é muita coisa, uma loucura[...] (ACS 29)

O ACS é conhecido como um agente de mudanças, a medida que aprende com as experiências das pessoas, com os profissionais de saúde, compartilhando o que foi aprendido com a própria comunidade.

[...]eu participo de grupos de convivência, grupo de planejamento familiar e procuro estar integrada sempre dentro de projetos na comunidade, estou fazendo parte do grupo de articulador local que reúne várias pessoas de dentro da comunidade e eu participo representando o programa[...] (ACS 25)

O estudo de David (2001), fala da contradição vivenciada pelo ACS na mediação de conhecimentos, sendo que ele está imerso no conhecimento popular pela sua experiência de vida, assim como tem contato com o conhecimento científico na sua formação e experiência profissional. Esse aspecto pode interferir positivamente ao estimular a busca de melhor adequação do serviço à comunidade pelo entendimento da lógica popular, do seu conhecimento sobre saúde e da dinâmica social presente. Porém, também pode interferir negativamente uma vez que coloca esse ACS em constante contradição quando esse contexto não é atingido.

Segundo Bornstein (2007), apesar do ambiente favorável criado pelo PACS/PSF para ações baseadas na integralidade da atenção e no princípio dialógico do conhecimento entre saberes diferentes, estas potencialidades não garantem a substituição do modelo tradicional, vertical e orientado para as doenças. É necessária uma nova postura dos profissionais, maior participação da comunidade e maior permeabilidade dos serviços às necessidades e demandas da população.

Nesse sentido, segundo Almeida (1999), a experimentação ativa e compartilhada pode ser uma oportunidade para mudança de hábitos de vida, o controle de fatores de risco e a crença na saúde como conquista de sujeitos sociais. A atuação em saúde coletiva para o melhor entendimento do processo de adoecer, de cuidar e do aumento da auto-estima tem espaço a busca de valorização da sua saúde.

Uma mudança de postura por parte dos profissionais de saúde é necessária, a medida que democratizem seus saberes e participem do processo de construção de novos saberes provenientes da comunidade. Este aspecto reflete na própria postura adotada pelo ACS na realização de suas atividades, deixando-o a vontade para utilização de estratégias “populares” para uma intervenção transformadora e que possibilite a conquista de uma posição de reconhecimento na equipe.

[...]eu tenho um grupo de artesanato, que é só funciona duas vezes por semana[...] (ACS 17)

[...]aqui no módulo, a gente tem a oficina de artesanato que tem algumas pessoas que participam[...] (ACS 20)

[...]a gente forma um grupo às vezes pelo meio do caminho[...] (ACS 12)

[...]a gente desenvolve esse trabalho de promoção e prevenção de saúde[...] (ACS 11)

[...]participo do grupo de planejamento familiar[...] (ACS 26)

[...]tenho grupo de caminhada... (ACS 1)

No meu dia a dia, eu visito famílias em suas residências fazendo promoção e prevenção[...] (ACS 1)

Temos um grupo de idosas Tb, é um grupo de convivência, nós fazemos artesanato, tem passeios[...] (ACS 7)

[...]outras atividades são a prevenção, palestras, nós reunimos muito assim os grupos dentro da comunidade sobre muitos assuntos interessantes[...] (ACS 23)

É mais promoção, a gente fala, conversa, tenta esclarecer algumas dúvidas para evitar deles virem aqui no Posto e sobrecarregar o médico ou o enfermeiro, o máximo que a gente pode tentar mesmo é esclarecer e ajudar da melhor forma possível o paciente. (ACS 22)

[...]fazer a prevenção mesmo, explicar, e quem já está no risco acompanhar mais de perto e encaminhar no caso para a consulta[...] (ACS 30)

Os casos de resistência traduzem muitas vezes, a idéia de que as pessoas estão se sentindo desvalorizadas na sua forma de ser, ou revelam que não existe um verdadeiro diálogo entre o saber popular e o saber médico que permita refletir acerca das lógicas próprias que os subsumem, e identificar como ambos contribuem para o bem estar das pessoas. De um lado, é verdade que existem algumas práticas populares que são nocivas à saúde, a partir da concepção biomédica, por outro, é preciso compreender que essas práticas estão inscritas em redes de significados socioculturalmente construídas. (NUNES et al., 2002)

3.2.3 Outras dimensões do trabalho

3.2.3.1 Acolhimento/porta de entrada

A chamada porta de entrada ou acolhimento significa o espaço onde acontece a recepção do usuário no módulo de saúde da família, sendo o primeiro contato do morador ao chegar e está fundamentada no ideário de acolher o morador em suas demandas e anseios, tornando esse atendimento mais humanizado e com maior resolutividade.

Esse acolhimento foi criado pautado no conceito de classificação de risco, na qual toda demanda aos serviços de saúde são classificados de acordo com a urgência e gravidade de cada caso. Ocorre nesse ambiente, primeiramente pelo ACS em nível elementar com auxílio de auxiliares de enfermagem sendo encaminhado em sua grande maioria para atendimento com o enfermeiro escalado.

A participação do ACS, mesmo em nível elementar cria muitas vezes, desgaste e estresse, à medida que o ACS sente-se pressionado em atender os anseios daquele morador, que procura atendimento em sua maioria com o ideário da presença médica, o que nem

sempre ocorre e também pelo fato desse profissional não se sentir detentor de conhecimento compatível com a complexidade de alguns casos.

A representação do ACS para a comunidade é outro aspecto que deve ser levado em consideração no momento do acolhimento, no qual a postura negativa em atender a vontade do usuário acarreta grande carga de estresse ocupacional para o ACS.

Observa-se que a formação que recebem, lhes dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular que dispunham previamente, o que lhes confere prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade. Ao mesmo tempo, esse processo gera ansiedade quando o ACS compara o seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe. Isso lhes conduz, por vezes, a uma insatisfação quanto à irregularidade ou insuficiência da educação que recebem (NUNES et al., 2002).

Nós temos turno de acolhimento[...] (ACS 29)

No módulo a gente faz a recepção que é chamada de acolhimento[...] (ACS 17)

Acolhimento das pessoas tanto no módulo quanto nas casas[...] (ACS 26)

[...]dias escalados faço a porta de entrada aqui no módulo[...] (ACS 10)

[...]geralmente agente sempre tem algum curso, tá sempre recebendo alguma capacitação[...] (ACS 6)

[...]porta de entrada orientando as pessoas da melhor forma[...] (ACS 9)

[...]ajudando na porta de entrada[...] (ACS 8)

Acolhimento recebendo as pessoas que vem em busca de atendimento aqui[...] (ACS 23)

[...]o acolhimento uma vez por semana fixo e de 15 em 15 dias e nós acolhemos as pessoas, saberem exatamente para onde elas vão porque fazemos o atendimento por equipe e cada equipe tem um ACS representando na porta[...] (ACS 14)

3.2.3.2 Faz tudo

A dinâmica de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família inclui atividades das mais diversas, que não fazem parte da rotina da equipe técnica e que por sua vez acabam por ser realizadas pelos ACS. O chamado faz tudo, pode ser traduzido como o trabalhador que realiza toda tarefa que não é responsabilidade de ninguém. A realização de atividades administrativas simples ou por vezes braçais, em que a estrutura básica da equipe de saúde da

família não contempla trabalhador específico, acaba na prática, sendo realizada pelo ACS tapa buraco.

A portaria nº 658/2006, lembra que é permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, mas é importante ressaltar que a utilização do ACS para atividades nas USF deve ser criteriosa para que as atividades mais importantes e características da função do ACS sejam valorizadas em detrimento de atividades burocráticas administrativas.

O estudo de Ferraz e Aertes (2005) identificou como uma atividade freqüente no trabalho do ACS, a realização de atividades administrativas como a recepção de usuários, controle do almoxarifado, atendimento de telefonemas, busca de prontuários e outras em detrimento de maior tempo em visitas domiciliares.

Contudo, é importante salientar que apesar do ACS realizar diversas atividades que muitas vezes não caberiam a ele, existem atividades que por vezes lhe são negadas a autorização por serem consideradas sem fundamento científico já que valorizam o saber popular, assim como em atividades que valorizam a sua autonomia necessitando sempre de uma programação institucional e aval da gerência mesmo quando estejam justificadas pela demanda local e imediata.

Visita domiciliar (VD), as vezes quando eu marco uma consulta fora e levo o paciente, vou no hospital marcar consulta. (ACS 24)

Se for preciso assim levar alguém, acompanhar alguém assim numa consulta que esteja sozinha se for preciso eu vou[...] (ACS 32)

[...]além do serviço de campo que é trabalho normal do agente de saúde que são as VD's, entrega de medicamentos essas coisas assim, então tem o acolhimento e a parte mais burocrática[...] (ACS 23)

[...]leva dependendo do caso alguns clientes a hospitais, consultas ou pessoas que não tem ninguém que possa acompanhá-los[...] (ACS 7)

[...]recebendo a comunidade, fazendo o agendamento de consultas, pegando prontuário para o atendimento[...] (ACS 8)

[...]a gente marca consulta, eu no caso entrego remédio, entrego exame[...] (ACS 27)

[...]visitas em geral de dia e de noite, como eu moro dentro da minha área então a gente faz tudo...eu estou morando quase na casa das pessoas. (ACS 21)

[...]eu como agente de saúde andando pela comunidade eu vou arrumar serviço[...] (ACS 23)

[...]auxiliando os médicos e enfermeiros[...] (ACS 8)

[...]então assim eu exerço vários papéis no dia de trabalho. (ACS 16)

Eu tenho várias tarefas[...] (ACS 28)

[...]o ACS tá sempre envolvido em tudo, em tudo nós estamos envolvidos[...] (ACS 15)

[...]a gente leva informações dos pacientes para o médico[...] (ACS 22)

Um aspecto importante identificado em algumas entrevistas é chamado apoio social. A atenção dada pelo agente ao usuário, em alguns casos extrapola o nível formal para alcançar aspectos subjetivos da vida, seja através de um abraço ou um sorriso, assim como identificação de si como na função de um psicólogo, psiquiatra como também, até com opiniões sobre aspectos da vida pessoal solicitados ao ACS.

Para Minkler apud Valla (1999), apoio social é definido por qualquer informação, falada ou não, auxílio material oferecido por grupos ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e comportamentos positivos. Constitui um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para a pessoa que recebe, como também, para quem oferece o apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas.

A riqueza de saberes populares no cuidado à saúde de pessoas de classes populares conduz, à introdução de um aspecto cultural fundante da subjetividade das pessoas e que define a posição que o ACS ocupa em um universo relacional característico da sociedade brasileira e em particular nos grupos populares. O uso de estratégias para melhor alcançar os seus objetivos em relação a mudanças de hábitos e comportamentos, pode ser chamado de níveis de aproximação necessários com as pessoas, resumindo assim a sua atuação: “*eu me faço mais de amigo*”. (NUNES et al., 2002).

Contudo, a criação de verdadeiros vínculos, revela relações de amizade e um intenso comprometimento criado no decurso principalmente das visitas domiciliares e que pode ser identificado nas falas dos ACS.

[...]trabalho de promoção, prevenção, um aperto de mão, um sorriso, um abraço, porque o ACS é um pouco de cada coisa, ele é um pouco psicólogo, é um pouco psiquiatra, sei lá (risos), eu já vi de tudo nesses 4 anos de agente de saúde, então são coisas assim que eu pensei que nunca á passar na minha vida, mas passei e foi bom[...] (ACS 1)

[...]levantar a auto-estima[...] (ACS 30)

[...]eu procuro fazer o melhor, eu procuro ajudar sempre a comunidade e então eu me identifico por isso, por ser um trabalho que eu gosto de fazer, de trabalhar, de ajudar as pessoas. (ACS 2)

3.2.3.3 Reunião

Na maioria das equipes de saúde da família espalhadas pelo Brasil é rotina a realização de reuniões de equipe para discussão de casos e análise epidemiológico da semana. A

realização de cursos e treinamentos também faz parte da rotina das equipes. Entretanto, a constante disputa de poder existente neste ambiente, coloca o ACS em uma disputa desproporcional de forças, deixando o saber popular em posição desfavorecida, à medida que sua opinião não é levada em consideração.

[...]a gente participa de cursos fora do módulo[...] (ACS 1)

[...]as vezes um curso mesmo na CAP. (ACS 10)

[...]tem que ir para curso quando é mandado[...] (ACS 25)

[...]faço reuniões com a equipe[...] (ACS 16)

[...]temos reunião toda quinta feira a tarde[...] (ACS 14)

[...]tem vários cursos é muito trabalho. (ACS 7)

3.2.3.4 Intersetorialidade

Outra atividade comentada diz respeito a realização de atividades de interligação entre órgãos governamentais, organizações não governamentais, instituições religiosas ou qualquer entidade ou pessoa física que possa contribuir para atenção integral e promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social. Sendo assim a identificação parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe é mais uma atribuição desse ator social chamado ACS.

A participação popular significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias (VALLA; ASSIS; CARVALHO, 1993). Entretanto, essa participação comunitária não pode ser encarada, como forma de substituir o papel do Estado em questões de ordem social, simplesmente pela ação do ACS.

[...]quando tem necessidade a gente também interage com outros órgãos[...] (ACS 27)

O nosso dia a dia gente vai lá saber o que a pessoa está necessitando e assim aquela coisa as vezes você vai lá fazer...falar de saúde e você olha e a pessoa não tem nada para comer aí nós temos outros contatos e arranja uma cesta básica, porque não adianta você falar de saúde se a pessoa está com a barriga vazia, a pessoa realmente está necessitada de comida e até isso o agente acaba fazendo. (ACS 14)

3.3 Categoria 3: representação do trabalho do ACS

Nome do Tema	UR	% URs	Categoria	Total de URs
Sentimento de felicidade e bem estar	52	53,6	Representação do trabalho do ACS	97
Ajuda e doação	31	31,9		
Elo entre a comunidade e a saúde/ envolvimento	14	14,5		

Quadro 3 – Temas e URs da Categoria 3

A categoria Representação do trabalho do ACS foi construída pela análise do contexto do estudo, mas possui estreita relação com a pergunta de número três do instrumento de coleta de dados.

Como você se sente ao desenvolver estas atividades?

3.3.1 Sentimento de felicidade e bem estar

O trabalho é considerado parte da condição humana e pode estar relacionado à necessidade de subsistência ou a busca de um posicionamento na sociedade. No trabalho do ACS estão inclusos também aspectos subjetivos relevantes como a grande interação social, resultando em fonte geradora de prazer laboral, simultaneamente ao estabelecimento de processos de adoecimento. A dialética entre prazer e sofrimento pode ser identificada em diversos relatos, indicando uma ocupação rica em conflitos subjetivos.

O tema sentimento de felicidade e bem estar pode ser entendido pela verbalização de contentamento dos ACS com a realização de suas ações diárias, que por diversas vezes resultam em ganhos “indiretos” provenientes das relações que se estabelecem com a comunidade, porém existe um esforço para o alcance desta sensação que não raramente é acompanhada de desgaste e estresse ocupacional.

Eu gosto muito de trabalhar como agente de saúde, mesmo falando para você que me sinto pouco útil eu gostaria de fazer um monte de coisas que não dão, mas é muito gratificante, você consegue fazer com que o hipertenso volte a tomar a medicação, diabético faça a sua dieta, a mãe leve o filho para vacinar[...] (ACS 29)

Me sinto gratificante fazendo o que eu tenho que fazer[...] (ACS 23)

Eu me sinto assim, no final do dia que eu desempenhei tudo que eu acho que foi um sucesso eu me sinto feliz, contente que aquele dia tudo deu certo como eu planejei e deu tudo certo conforme eu queria, eu me sinto feliz. (ACS 21)

É gratificante poder ajudar as pessoas, estar levando benefício para as pessoas que não tem tanta oportunidade como esta tendo agora na comunidade[...] (ACS 9)

Eu faço pouco, mas é a minha parcela e eu me sinto feliz por isso. (ACS 27)

[...]eu me sinto bem, porque eu gosto do que eu faço, eu me sinto bem. (ACS 4)

Pode-se perceber também que a representação do trabalho para esses trabalhadores vai além de simples relações formais e está repleta de trocas de sensações de bem-estar para o acúmulo de forças internas para a continuidade de suas ações.

Me sinto bem porque assim eu gosto muito de lidar com material humano, acho que o ser humano, ele é muito rico né, em nos apresentar, a questão da troca de experiências e o trabalho de agente comunitário nos proporciona isso[...] (ACS 17)

Me sinto assim, primeiro privilegiada por estar fazendo um trabalho que eu gosto um trabalho que é para a comunidade e de estar ajudando a comunidade como um todo, estar ajudando o meu próximo e essa é a parte boa da coisa[...] (ACS 24)

Me sinto como uma pessoa importante muitas vezes para as pessoas da comunidade, não só levando informação de prevenção, mas também apoio moral[...] (ACS 4)

Me sinto realizada, porque é uma coisa que eu gosto de fazer, ajudar a comunidade, os moradores, são pessoas muito mais carentes do que a maioria dos ACS, então é um trabalho gratificante que não tem recompensa salarial, mas tem recompensa emocional, quando você consegue um objetivo, consegue resolver um problema para aquela pessoa isso é mais gratificante do que um salário. (ACS 7)

Para Mendes e Ferreira (2001), o prazer está relacionado ao reconhecimento, à valorização, à criatividade, à admiração e ou orgulho pela realização do seu trabalho. Em contrapartida, o sofrimento está relacionado a presença de desgaste, desânimo, cansaço e descontentamento com o trabalho.

Do meu trabalho eu gosto, mas confesso à você que me sinto um pouco cansada né, porque a gente vê tanta coisa acontecendo, e a gente às vezes, nós como profissionais de saúde mesmo, não conseguimos dar conta de todos os problemas que surgem, eu gosto muito né e a gente sabe que o salário é pequeno, mas o retorno que você tem, o crescimento que você tem, é muito grande[...] (ACS 15)

[...]assim no sentido de melhoria salarial eu gostaria de ter uma remuneração melhor, mas eu não tenho aquela coisa de ficar reclamando porque você fica até mal de toda hora ficar reclamando, reclamando, estou aqui porque eu quero, eu gosto do que eu faço, então eu me sinto bem, até então eu me sinto bem[...] (ACS 5)

[...]eu tenho tentado fazer o melhor para os meus pacientes mas estou me sentindo mais cansada, para mim continua sendo gratificante apesar de cansada ver que em algumas famílias nem todas você consegue alcançar, surtir uma diferença. (ACS 10)

É bom, muito bom ser agente de saúde, eu estou numa fase estou a quase 5 anos e estou um pouquinho cansada e por isso estou fazendo faculdade e quero realmente...é para mim não é uma coisa que eu vá ficar muito tempo e quero expandir meus conhecimentos para outra área,então para mim é muito bom desenvolver atividades como ACS. (ACS 21)

O pensamento de Santos e Miranda (2006) refere que o sofrimento gerado pelo trabalho pode desenvolver estresse ocupacional e transtornos associados de acordo com a natureza de cada indivíduo.

Por outro lado, para Dejours (1992), na relação entre trabalho e saúde do trabalhador pode-se verificar que o trabalho nem sempre aparece como fonte de doença ou infelicidade. Em muitas vezes é razão de saúde e prazer, tendo um papel importante na vida do indivíduo, possibilitando a construção de sua identidade, de sua subjetividade, na relação entre trabalho e o trabalhador.

A riqueza de significados do trabalho para esses trabalhadores pôde ser constatada em suas falas de forma surpreendente. A identificação de riscos, baixo reconhecimento, desvalorização financeira e do papel do ACS na saúde, e tantas outras dificuldades, não impediu que as sensações de bem-estar e prazer na realização do trabalho viessem à tona com facilidade durante as entrevistas.

[...]é um trabalho gratificante mas está exposto correr do risco, tenho consciência disso que está sempre correndo risco, então a gente avalia é um trabalho que a gente faz com gosto mas você está se expondo correndo perigo então a gente é até avisado se a gente percebe que tem alguma coisa no ar a gente nem sai, fica fazendo uma atividade aqui, já aconteceu de está fazendo e de repente ser surpreendido com uma situação assim e isso causa um estresse uma coisa na gente, um susto mas nada ...depois isso passa, enfrenta bem tanto é que continua senão não continuaria. (ACS 17)

Eu me sinto satisfeita, é como eu falei, é o que eu almejava tanto, eu via as meninas trabalhando, é um trabalho bonito isso, então dá informações, visitar as casas, saber como as pessoas estão se sentindo, gosto de como elas nos recebem, porque também é bom o jeito que elas nos recebem, te chamam para o aniversário do filho, não é só uma relação de trabalho, acaba pegando uma amizade com a comunidade. (ACS 8)

Me sinto um pouco útil para a comunidade, um pouco, totalmente...muita coisa fica a desejar, então alguma coisa dá para a gente ser útil outras coisas não, na teoria da para fazer tudo mas na prática pouca coisa. (ACS 26)

[...]em vistas da comunidade é bom porque você sabe que é uma melhoria para a comunidade, mas de retorno a gente quase não tem. (ACS 25)

É um trabalho gratificante, que eu sempre almejava estar trabalhando, só que quem é de fora acha que o ACS acha que é uma coisa, mas só quem vive sabe que é outra. Ele é uma ponte, entre a comunidade e a saúde, muitas coisas que a comunidade não fala a gente pode estar explicando, porém ninguém dá muito valor ao nosso trabalho, tanto fora como internamente, acha que a gente é simplesmente um mero trabalhador e não entende que somos um grande elo entre o cliente e o médico. (ACS 8)

3.3.2 Ajuda e doação

A doação desses profissionais na realização de suas ações é notória, a própria natureza ímpar do trabalho e o pano de fundo social em que se inserem, criam um ambiente em que é necessária a saída da atividade prescrita para uma realidade muito mais ampla, que leve em consideração as inúmeras variáveis originadas dentro de uma comunidade.

Eu procuro dar o máximo de mim[...] (ACS 13)

[...]o trabalho de agente de saúde é legal, é bastante gratificante pelo que a gente sente que consegue realizar pelas pessoas que necessitam de ajuda, de apoio, é muito gratificante quando a gente consegue resolver alguma coisa para quem precisa. (ACS 23)

[...]o pessoal que trabalha na área de saúde, não sei de todos, mas a maioria se sacrifica para poder estar presente para dar qualidade de vida para as pessoas que dependem dele naquele momento. (ACS 28)

[...]é uma responsabilidade tremenda, responsabilidade, carinho, amor, tem que saber compreender, saber ouvir as pessoas, tem que olhar com cuidado[...] (ACS 19)

Segundo o pensamento de Merhy (2005), o trabalho humano difere do trabalho executado por um animal devido a construção mental do objeto do trabalho, além de fatores como sociabilidade e intencionalidade.

O trabalho nesse caso específico não pode ser entendido apenas pela necessidade de obtenção pessoal de pagamento em valor financeiro ou mercantil necessário a sobrevivência na sociedade capitalista em que vivemos, deve ser encarado com algo a mais, embutido nos valores de cada ator social chamado ACS.

Uma vez que para Souto (2003), o trabalho é entendido como o esforço do homem no exercício de sua capacidade física e mental para o alcance de objetivos, que estejam de acordo com princípios éticos e em cuja finalidade é a segurança em proveito da coletividade, e o trabalhador deve ser considerado em conjunto com a comunidade, como um elemento de grande importância para o seu progresso e prosperidade.

Sendo assim, com frequência, há uma desproporção entre o perfil real X perfil esperado, que desencadeia uma série de esforços do ACS para superar as incompetências identificadas, tanto pelo próprio ACS, como pela equipe de saúde da família e até pela comunidade atendida, após algum tempo de trabalho. E esse descompasso, acredita-se que é uma das maiores causas de sofrimento cotidiano. (MARTINES; CHAVES, 2007)

[...]quando você consegue ver por exemplo, uma pessoa que consegue se levantar , como algumas pessoas do grupo de artesanato né, consegue chega a esse ponto que você se sente muito útil, muito importante né, e na questão psicológica, quando você vê uma pessoa também, que nem quer vir fazer parte né, mas te ouve, te pede conselho, você se sente muito importante , se sente um psicólogo, fala caramba, eu consegui ajudar a buscar um caminho, eu consegui ajudar a toma um decisão entendeu? (ACS 17)

[...]nós vamos lá e ajudamos, não somente com a questão da saúde não, nós vamos lá dentro das nossas condições a equipe tem ido lá e tem ajudado. (ACS 15)

[...]me lancei nesse trabalho mesmo, e aí com essas visitas domiciliares me relacionando com a comunidade, quantas pessoas precisam, necessitam desse trabalho de promoção, prevenção, um aperto de mão, um sorriso, um abraço, porque o ACS é um pouco de cada coisa, ele é um pouco psicólogo, é um pouco psiquiatra, sei lá (risos), eu já vi de tudo nesses 4 anos de agente de saúde, então são coisas assim que eu pensei que nunca á passar na minha vida, mas passei e foi bom, porque tive retorno bom para mim também, cresci muito como pessoa e profissionalmente. (ACS 1)

O estudo de Martines e Chaves (2007), diz ainda, que existem mecanismos peculiares do ACS competindo consigo mesmo, com seus limites, seus resultados, projetos, aspirações e negando-se a entregar-se ao sentimento de fracasso e frustração, perante a comunidade, ainda que seu desempenho seja freqüentemente confundido com a capacidade de produção de acesso do sistema de saúde e de absorção da demanda, em uma UBS na qual o simples dimensionamento do número de famílias por equipe está em profundo desequilíbrio.

Outro aspecto seria a idéia de ajuda e doação com o sentido da dádiva no trabalho do ACS, função esta de certo poder dentro da comunidade e repleta de desafios que para superá-los exige um processo de negociação para o estabelecimento de vínculos.

Alguns estudos em sociologia como o de Jabur (2008), explicam a dádiva como um processo de dar, receber e retribuir, sendo que a obrigação de dar ocasionaria no outro a obrigação de provocar um desafio de generosidade.

Inferre também, que a dádiva pode ser interpretada como o ato de colocar em circulação voluntariamente, uma relação de solidariedade, de vínculo, passando, também, por uma relação de superioridade, pois aquele que recebe e aceita, fica momentaneamente, em dívida para com aquele que deu.

Como afirma Caillé apud Jabur (2002, p.103), “A dádiva é o meio pelo qual se estabelece o pacto associativo.”

Mauss apud Jabur (2008), afirma que, quando alguém dá, dá a si mesmo, porque sente a obrigação de dar-se aos outros, para o seu bem e nessa lógica, o indivíduo se aproxima do outro, vinculando-o, enquanto sujeito, por meio dessa comunicação de troca.

Eu me sinto feliz, eu gosto de ajudar as pessoas, e sei que tem pessoas que de alguma forma dependem de mim, então eu me sinto muito feliz. (ACS 9)

Eu me sinto bem. Eu gosto de estar desenvolvendo, de estar passando o conhecimento que eu tenho, que eu adquiri com algumas pessoas, de estar ensinando, ajudando, vê o seu trabalho reconhecido, as pessoas gratas por você estar ajudando, fazendo melhoria para a comunidade. (ACS 6)

Fato este que pode ser analisado também a partir da construção da essência do trabalhador ACS, na busca de reconhecimento na comunidade à medida que segundo Jabur (2008), a dádiva assim como o próprio processo de socialização, mesmo reconhecida como uma manifestação, de uma intenção de pertencimento e reconhecimento social, não deixa de ser também um ato de individualidade, de possibilidade de se individualizar como membro da sociedade e construção da autonomia individual.

Nesse sentido, a identidade exprime esta busca da força e de recursos que permitam a expressão do desejo individual em sociedade, ou seja, o sujeito busca permanentemente a possibilidade de obter o reconhecimento dos outros, do fato de que ele é alguém detentor de um desejo individual e autônomo.

Eu me sinto muito importante em estar podendo ajudar nem que seja um pouquinho. (ACS 14)

Assim, a dádiva pode ser entendida como a busca do ACS por uma identidade reconhecida e instituída de autonomia, aspecto esse que dá sentido aos esforços concentrados para superação de problemas e ao extenuante consumo de energia vital diária.

[...]você se sente vivendo o problema do cliente também porque a gente tem contato direto com o cliente do PSF além de participar da comunidade, você mora na comunidade e então você vive intensamente todos os momentos da comunidade e isso reflete no trabalho[...] (ACS 3)

Me sinto feliz de poder estar ali levando informação para as pessoas e também de estar cuidando, assim a gente acaba mesmo não querendo criando um vínculo muito grande com a família porque a gente está sempre ali orientando e elas sempre que me vêem chamam, alguma coisa que tem dúvida para estar informando, então assim é gratificante. (ACS 2)

[...]às vezes vê uma pessoa necessitada e acaba fugindo da sua função em termos de ir levar lá no médico, às vezes até com seu dinheiro mesmo porque o Programa não tem essa parte financeira para levar pessoas ao médico, às vezes a pessoa não tem nem o comer em casa também, às vezes a gente acaba envolvendo, se sensibiliza, na parte emotiva e vivendo junto aquele problema que não tem como solucionar mesmo. (ACS 16)

[...]como ACS comecei a participar mais da comunidade, da vida da comunidade, então isso para mim é uma realização pessoal assim eu podendo estar ajudando dando de mim para as pessoas, eu era muito egoísta, assim de cuidar das minhas coisas e agora eu me sinto muito melhor podendo dar de mim para as pessoas. (ACS 5)

[...]é legal, me sinto bastante orgulhoso em realizar ajuda que as pessoas necessitam é legal você ver a pessoa com um sorriso no rosto de conseguir levar o medicamento que as pessoas tanto precisam e tem dificuldade de conseguir, a pessoa que tem dificuldade de se locomover a função nessa é essa, então quem não vai ficar orgulhoso de levar felicidade para alguém mesmo que seja uma cartela ou um frasco de remédio!?! (ACS 23)

[...]me engrandece, eu saber que de alguma forma eu posso tá ajudando uma outra pessoa né, que eu também sou evangélica e nos diz assim de querer se dar e muitas vezes a gente tenta ajudar sem apoio[...] (ACS 15)

3.3.3 Elo entre a comunidade e a saúde/ envolvimento

O ACS deve ser considerado como um personagem que trabalha na comunidade, junto a essa comunidade e a serviço desta, pressupõe que conheça o cotidiano do local onde também mora, a forma como as famílias vivem e os valores locais. Observa-se que na prática, um fator de extrema importância para o sucesso do trabalho em Saúde da Família perpassa pelo vínculo que esse trabalhador consegue estabelecer com esses moradores. Isso pode ser comprovado pelo fato que a comunidade geralmente busca em primeiro lugar o contato com o agente, seja para simples informações, seja para os mais variados tipos de cobranças.

Eu me sinto muito bem, me sinto útil, eu acho que a população precisa do elo entre a saúde e ela. Eu me sinto muito bem[...] (ACS 12)

[...]eu me sinto bem importante dentro da comunidade[...] (ACS 16)

Eu me sinto muito bem, eu gosto do que eu faço esse vínculo com a comunidade é muito legal, eu gosto do que eu faço. (ACS 1)

A família representa um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não podem ser desconsideradas pelos profissionais de saúde, e para isso necessita de um fortalecimento do vínculo com a família com uma dupla finalidade: levar o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar e fortalecer a capacidade da população de enfrentamento dos problemas de saúde, através da transmissão de informações e conhecimentos (TRAD; BASTOS, 1998 *apud* NUNES et al., 2002).

Espera-se que esse profissional seja aceito pela comunidade local e possa simbolizar um representante legítimo desses usuários dos serviços de saúde nas suas mais variadas demandas e para isso fatores como a ética, empatia, profissionalismo e compromisso com a pessoa que necessita de um atendimento como também com a própria comunidade sejam identificados.

[...]eu acho que é uma causa que os ACS tem que abraçar, é ajudar a comunidade porque desde o momento que você visita as pessoas, você entra na casa de cada pessoa ,você faz parte daquela família, as pessoas começam a te considerar da família, uma pessoa próxima; elas contam com você de alguma forma e você tem que dar uma resposta para isso[...] (ACS 7)

[...]nós somos referência as pessoas vem logo procurar a gente, passa no corredor e as pessoas falam logo, acontece muito disso, então é uma correria, é legal porque não é uma coisa repetitiva, nem com relação ao nosso horário e nem com relação as atividades. (ACS 13)

Aliados a capacidade de organizar, planejar, priorizar e realizar a cobertura contínua da área adscrita, acompanhando situações de risco e interagindo com a equipe e com os parceiros locais existem um elevado nível de cobranças e responsabilidades depositadas nesse trabalhador.

Para o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (BRASIL, 1999).

Tendo como um dos princípios da atenção básica no país a participação popular, o estabelecimento de vínculo com a população atendida é fator fundamental, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais e os usuários visando uma maior resolutividade da atenção.

O ACS pode ser considerado dentro do contexto da equipe de saúde da família, como o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde.

Eu me sinto alegre por estar produzindo, me sinto realizado por fazer alguma coisa pela minha comunidade, porque sempre estive envolvida no trabalho social[...] (ACS 21)

[...]depois que eu passei a vivenciar mesmo aquele trabalho no dia-a-dia mudou, muda sua percepção com a sua comunidade, muda sua percepção quanto ao mundo mesmo, as suas idéias, você evolui e evolui muito. Agora eu sou muito feliz, com certeza. (ACS 15)

Como uma pessoa importante para a comunidade, uma pessoa que trabalha para a melhoria de onde eu moro[...] (ACS 16)

O fato de ser o ACS um membro da própria comunidade torna as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos e definindo posições e papéis muito particulares. O estudo de Nunes et al. (2002) identificou a criação de metáforas nas falas de pessoas da comunidade ao se referirem ao trabalho do ACS, revelando um primeiro meio importante para traduzir o papel desempenhado pelos mesmos e a posição que ocupam nesse contexto. As metáforas variam desde uma analogia maciça do ACS com o lado institucional do seu trabalho, “o nosso agente é o posto de saúde”, até outras que privilegiam a sua posição de mediadores ou de intermediários entre as pessoas da

comunidade e os profissionais de saúde: “ele é a ponte”, “é o comunicador”. Na maioria das vezes, essas referências são inscritas em um julgamento positivo dessas ações, percebidas como importantes por uma série de razões.

O estudo de Martines e Chaves (2007) observou por meio dos depoimentos dos ACS que eles não têm sido capazes de discernir sobre seus limites, pelo menos, aqueles relacionados à criação de vínculos, doação de tempo e empenho, reciprocidade, entre outros, o que os levam a vivenciar os sentimentos de impotência, cansaço e solidão, mais que isso, criam um terreno de tensões na vida pessoal, de difícil manejo, e pior, de difícil desconstrução, visto que as famílias já estão condicionadas pelo comportamento ilimitado e heróico do ACS.

Para Bornstein (2007), na equipe de saúde, o agente comunitário é o trabalhador que se caracteriza por ter o maior conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais.

Entretanto, é necessário analisar que tipo de mediação esse ACS institui no seu trabalho, uma vez que para mudança de modelo é necessária uma mediação transformadora que segundo Bornstein (2007) necessita que se reconheça a existência de um saber prévio dos educandos, adquirido mediante uma história de vida, sua prática social e cultural.

A importância desse aspecto advém do perfil profissional e das atribuições estabelecidas pela Instituição e pelos quais os agentes de saúde são avaliados e cobrados. Tais fatores influenciam na sua seleção, formação, assim como norteiam suas ações, podendo por vezes gerar um processo de trabalho contraditório, através de cobranças apenas alcançáveis implementando-se mediações reprodutoras, objetivando atingir metas quantitativas.

É gratificante, eu me sinto bem, é a coisa que melhor sei fazer, porque eu me preparei e fui preparado para isso, não foi um acaso, nós fomos preparados para isso, tem que ter o perfil para estar trabalhando nesse tipo de função e como morador e participante da comunidade tem que interagir também, então além de ser funcionário que trabalha na área de saúde a gente tem que interagir com a comunidade, uma coisa bem ligada mesmo com o local onde a gente mora, com o nosso pessoal mesmo, então deixa de ser só um trabalho para ser um vínculo com a comunidade, então a gente tem que se sentir bem. (ACS 2)

Feliz por um lado e cansada por outro. Assim muito cansada, porque as vezes a gente acaba se envolvendo tanto, e o meu caso ,é esse, a gente se envolve tanto com o trabalho, tanto com o dia a dia da comunidade[...] (ACS 7)

[...]o que eu posso fazer é levar a demanda para a equipe de saúde e eles é que tem que ver conforme as condições ,do calendário, mas é uma coisa que não depende de mim, tem todo um processo. (ACS 1)

[...]eu me sinto bem, gosto da profissão, gosto do trabalho, mas poderia ser um pouco melhor, eu acho assim que melhores condições de trabalho, integração entre mim e a comunidade tem bastante, eu faço a ligação entre o PSF e a comunidade[...] (ACS 23)

É a questão social porque o ACS é limitado infelizmente, nós somos limitados, muito limitados, a gente numa Unidade de saúde nós estamos lá em baixo a base como eles dizem, que não é valorizada, nós somos a base mas ninguém está nem aí para gente essa é a grande verdade, e você vê pessoas que poderiam fazer muito mais e não fazem que não se lançam, de repente é aquela questão do vínculo que nós temos porque eu moro aqui e o usuário que usa a Unidade é o meu vizinho que eu olho para a cara dele todos os dias e não só de segunda a sexta de 8:00 as 17:00 hs, não adianta tem um vínculo você é a referência, se isso aqui não der certo ele vai cobrar de mim, vai reclamar comigo, geralmente o usuário não vem aqui a Unidade reclamar que o médico não atendeu, não vai reclamar com a Direção, vai reclamar com o ACS, vai reclamar do posto com o ACS. (ACS 13)

3.4 Categoria 4: processo de trabalho

Nome do Tema	UR	% URs	Categoria	Total de URs
Limitações da capacidade de escolha	27	57,5	Processo de trabalho	47
Trabalhador singular	20	42,5		

Quadro 4 – Temas e URs da Categoria 4

A categoria Processo de trabalho foi construída a partir da identificação de falas referentes ao modo operatório, como o trabalho do ACS se dava, sua atribuições e as interferências na sua rotina.

3.4.1 Limitações da capacidade de escolha

3.4.1.1 Capacidade de decisão

Um aspecto importante na realização de atividades em Saúde da Família deve ser o planejamento das atividades, para que todos os objetivos relativos a essa estratégia sejam alcançados. A atuação a partir da vigilância em saúde é tarefa que demanda tempo, sendo pautada em indicadores de situações de risco que denotem ações muitas vezes imediatas.

Na realidade dos ACS, a necessidade de ser retirado de suas atividades locais para outras não programadas inicialmente e sem a livre escolha em participar das mesmas, acabam por resultar em baixo rendimento, problemas de comunicação e adiamento na execução de ações focais inicialmente agendadas, deixando-os expostos a pressões dos moradores, aumentando a cobrança interna capaz de trazer risco psicossocial.

De acordo com Glina et al. (2001), quanto menor a autonomia do trabalhador na organização de suas atividades, maiores as possibilidades destas gerarem transtornos na esfera mental.

A organização do trabalho muitas vezes limita as iniciativas do trabalhador, determina a divisão do trabalho e dos homens, resultando na confrontação do desejo do trabalhador e dos desejos dos empregados. Quando a organização do trabalho não consegue gerenciar esse conflito, aumenta a carga psíquica do trabalhador levando ao sofrimento. (DEJOURS, ABDOUCHELLI; JAYET, 1994).

O estudo de Tamayo (2002), baseado na percepção do suporte organizacional, refere que a exaustão emocional também pode ser reduzida melhorando o suporte social no trabalho por parte de colegas e supervisores, e regulando o processo de trabalho da organização através de políticas claras de divulgação de informação, atualização e planejamento. Ações que melhorem as relações sociais dentro do ambiente de trabalho e a presença de políticas claras de informações, atualização e planejamento são também medidas de redução do estresse ocupacional.

Para Dolan (2006) a participação nos processos decisórios, abre canais apropriados que resultam em maior envolvimento dos empregados e também maior satisfação no emprego, além de níveis mais baixos de estresse e exaustão.

Em alguns instantes tranqüilo e em outros apreensivo, porque não é uma coisa que você pode seguir uma rotina tem sempre uma mudança brusca, porque uma hora está cá daqui a pouco muda e daqui a pouco você se sente vivendo o problema do cliente também porque a gente tem contato direto com o cliente do PSF além de participar da comunidade, você mora na comunidade e então você vive intensamente todos os momentos da comunidade e isso reflete no trabalho porque a qualidade do serviço fica comprometida porque você tem prazo para entregar seus relatórios e atender o cliente ao mesmo tempo e vivendo aquele clima que todo mundo que trabalha já sabe como é que é. (ACS 2)

[...]você tem que parar de fazer o serviço que você tem que fazer, o serviço principal que é o serviço em campo para estar tendo que ver esse lado também[...] (ACS 4)

[...]é o trabalho do ACS todos os dias e não tem assim uma sequência lógica, hoje por exemplo eu cheguei aqui com um propósito de fazer uma mudança na agenda e digitar os meus cadastros, mas aqui eu já comecei...já não vou conseguir fazer isso agora de manhã, me programei para uma coisa e estou fazendo outra[...] (ACS 27)

Em relação a visita domiciliar eu me sinto bem, porque estou dentro do programa só que o que me deixa muito chateada é ser tirada o tempo todo para fazer outras coisas o tempo todo,

por exemplo digitação, a gente ter que digitar, eu não tenho problema até porque eu tenho afinidade com o computador, mas não é minha função digitar a não ser que seja para lançar a produção, mas isso me deixa muito chateada porque toma muito tempo de uma coisa que não era para eu fazer e eu tenho que deixar aquilo que era realmente para eu fazer, de fazer, então eu me sinto bem quando eu estou fazendo visita no campo, agora quando a burocracia me prende aí eu fico muito irritada. (ACS 25)

[..].trabalha para a dengue que não é nosso trabalho mas temos que levar o esclarecimento para s pessoas mas não aceito é ficar subindo na laje para ver a caixa d'água, nem corpo para isso eu tenho e assim eu já bati muito de frente por causa disso, tem uma equipe destinada para isso e porque eles não vêm na comunidade?sobra para o ACS, o ACS é tudo e na hora não beneficia o ACS[...] (ACS 14)

Acho que tem muita gente mandando, muita gente manda e nós agentes de saúde a gente se acha ralé, porque todo mundo manda, manda, manda, manda e a gente tem que manter o nosso serviço, o padrão, tem que atender as famílias. A nossa mente também, porque também somos famílias da área e atender lá...é uma coisa meio difícil, é uma coisa complicada, é muita ordem para quase nada, então a gente tem muita informação é muita coisa, muita coisa e chega na hora a gente não consegue desenvolver tudo que é pedido e aí começa as cobranças...cobra eles lá embaixo, cobra as famílias aqui em cima que se você ficar um tempo sem visitar reclama, mas ninguém quer entender que você tem que ir para curso, tem que ficar no computador que é uma benção[...] (risos) (ACS 29)

[...]você está com tudo planejado e daqui a pouco tem um curso para você e tem que descer enfim as vezes fico um pouco fora de órbita as coisas, as coisas não batem... você programa uma semana e daqui a pouco vem uma ordem lá de baixo e a gente tem que parar tudo aquilo que começou...até com os médicos a gente vê...e aí tem que parar tudo para atender lá embaixo o pessoal e a agente fica um pouco desordenado. (ACS 3)

A atuação dos ACS na comunidade ocorre de maneira dinâmica, com constantes improvisos baseados no saber empírico, para o alcance de resultados que causem impacto no processo saúde doença local. A necessidade de entendimento dos objetivos de tarefas determinadas a nível central é de grande importância para execução correta e eficaz das mesmas. O incentivo a novas maneiras de realizar determinada atividade, a partir da discussão em equipe com pesos paritários entre os ACS, equipe técnica e gestores deve ser lembrado em todos os momentos.

Para Martins (2002), a participação em uma atividade terá resultados mais positivos se sua motivação for o desejo de participar e não normas a seguir.

Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994), destacam que o trabalhador tenta de várias formas adaptar-se ao trabalho que lhe é imposto sob a forma de regras, tarefas e atividades pré-determinadas e permeadas por relações interpessoais tensas, um sistema hierárquico rígido, através de improvisações, adaptações. Porém, quando as tentativas do trabalhador de se adaptar ao processo de trabalho se esgotam, há a evolução para uma descompensação somática e psíquica.

Muito porque muitas delas são desnecessárias, as vezes são para trabalho de pessoas que estão acima da gente, por exemplo eles estão fazendo uma pós, fazendo isso fazendo aquilo e eles vêm entubam na gente...ah quantos números disso ou daquilo, não é um trabalho que a gente tinha que fazer, é um trabalho que eles tinham q fazer e eles acabam incumbindo a gente de fazer esse trabalho, e isso me irrita por isso que toda vez que é me pedido um trabalho eu

sempre me prontifico a ajudar, mas você tem que me dizer pra que eu estou fazendo aquilo, o que é complicado é as pessoas acharem q você tem que fazer, porque você trabalha no serviço, nem tudo é obrigação nossa entendeu !? É questão de você ter cem papéis que são oficiais do Ministério da Saúde, aqueles que a gente sabe que são nossos, mas tem aqueles que eles criam que são papéis idênticos, então assim tem coisas que são muito óbvias, mas eles querem de você papel papel, uma das coisas que foi abolida aqui do Borel foi a folha de assinatura, que era uma das coisas que eles queriam, que não justificava nada o nosso trabalho, que nos deixou muito irritado, mas nos organizamos e decidimos que não entregaríamos mais a folha, e se eles quisessem comprovar o nosso trabalho eles fossem para campo com a gente, e é isso. (ACS 25)

[...]a questão de você querer ajudar e não ter esse mecanismo, a minha participação é primeira de uma sequência, a gente tem que ... os procedimentos não são como a gente gostaria, a gente passa primeiro pelo pessoal da enfermagem até chegar ao médico, eu gostaria que todas as pessoas tivessem condições de sair daqui satisfeitas, mas nem sempre isso é possível. (ACS 26)

Não, é uma questão do processo que já é definido assim dessa forma, que a pessoa recebe o acolhimento e de acordo com a gravidade e com a urgência da coisa a pessoa é atendida, senão ela marca uma consulta, volta em outra data. Em determinados períodos nosso médico não está em atendimento e tem a divisão de equipes[...] (ACS 26)

[...]o problema é na forma como era feita a gestão, aqui dentro havia uma separação mesmo de equipe técnica e agente comunitários e isso lá no início não havia, então quando surgiu essa separação a coisa ficou meio complicada[...] (ACS 15)

[...]você era cobrado o tempo todo e você tinha q fazer tudo ao mesmo tempo, então isso gera um estresse muito grande porque você sabe não existe tempo cabível e as pessoas acham que você tem que fazer tudo ao tempo que eles querem[...] (ACS 25)

3.4.1.2 Apoio gerencial

Na atuação dos ACS pode-se perceber a necessidade de apoio, à medida que esbarram em demandas sociais das mais diversas. O sentimento de isolamento em alguns momentos resulta em desânimo e frustração pela vontade em realizar ações para melhoria da qualidade de vida das famílias, porém referem que sozinho não são capazes. O apoio institucional nesse momento deve ser avaliado criteriosamente, a partir da análise de risco feita pelo ACS, realizado um planejamento e suporte em ações na comunidade. Esse feedback, interfere na representação que o ACS vislumbra da sua atuação, trazendo benefícios para auto-estima e satisfação no trabalho.

Segundo Dolan (2006), o relacionamento entre os membros da mesma equipe é fator essencial para a saúde pessoal e organizacional. Um relacionamento sem confiança, ao qual falta apoio e colaboração, pode trazer um alto grau de tensão e estresse dentro do grupo ou organização

Variáveis do suporte organizacional que envolvem processos de gestão e gerenciamento da chefia, podem diminuir a exaustão emocional. Para isso, esses processos

devem ser executados de forma participativa e colaboradora, preocupando-se em incentivar e valorizar o trabalho dos subordinados (TAMAYO, 2002). A autora coloca também, que uma das variáveis que influenciam o estresse é a chamada variável situacional, na qual destaca-se o suporte social encontrado pelo trabalhador, que pode ser recebido dos superiores, dos colegas de trabalho e até de pessoas fora do trabalho.

[...]nós tentamos ajudar até adolescentes e a gente não conseguiu, no início estávamos com um trabalho bom com a psicóloga e esse trabalho não continuou e acabamos perdendo de novo esses adolescentes para as drogas e aí...como se sente esses agentes de saúde que se dedicaram a trazer esses adolescentes para o grupo e não houve continuidade do trabalho não por responsabilidade nossa, agente vê esses adolescentes de volta à criminalidade como a gente fica em frente a isso, a gente começa a perceber que nosso trabalho não é valorizado e a gente se estressa com isso por não ter valor, porque não valorizam nosso próprio trabalho[...] (ACS 27)

[...]com relação ao meu trabalho, com relação ao trabalho da equipe, eu gosto de trabalhar como agente de saúde mais precisa mais... não só de competência nossa mas precisa mais de competência das pessoas que nos contemplam, elas precisam estar mais interligadas ou mais diretas não nos cobrando...até cobrando sim, mostrando aquilo que é importante saber mas também nos dando suporte para a gente poder fazer determinadas ações[...] (ACS 27)

[...]eu acho que também falta um pouco de...não é só a gente ter um pouco de esperança mas também aqueles que nos comandam em cima também tem que ter esperança que eles também vão mudar alguma coisa, não é só o agente transformador eles também nos transformam para que possamos transformar um grupo ou uma comunidade, então eles precisam nos transformar para podermos transformar um grupo, porque se não se eles não nos transformar a gente também não tem essa capacidade de criar as coisas sem o auxílio dos nossos órgãos competentes que trabalham ligados a nossa equipe[...] (ACS 27)

[...]o agente de saúde procura fazer e até ultrapassar seus limites ele se sente feliz, mas quando ele tem determinadas limitações e ele não pode fazer ele se estressa com isso, poxa a gente não está aqui como facilitador de ações e isso não vai estar ajudando a ter uma saúde mental mais saudável, ela vai se sentir feliz, nós não estamos proporcionando a ela ser saudável e a gente não consegue fazer isso então a gente se sente estressado[...] (ACS 24)

[...]você está em campo exposto há várias situações e aí não tem apoio, não tem suporte, o suporte quem dá somos uns aos outros dentro da unidade, é o único apoio que a gente tem é dentro das unidades a gente se apóia muito, mas eu espero que isso mude né um dia. (ACS 25)

Da utilidade nossa, acho que a gente deveria ter mais suporte para poder estar amparando as nossas famílias, porque são famílias carentes, algumas não precisam nem de PSF, mas as que precisam realmente, as vezes a gente não tem suporte para dar e isso atrapalha um pouquinho o nosso trabalho.] (ACS 29)

[...]estamos achando um montão de gente com problema de cabeça e aí a gente não sabe como fazer, tem hora que dá uma estressada que você vê que a pessoa está totalmente precisada[...] (ACS 29)

[...]nos sentimos nesse impasse porque poderíamos ter um órgão dentro da nossa CAP que pudesse nos ajudar nos facilitasse, então a gente encontra muitas dificuldades e tiramos tempo do nosso tempo passamos horas e até ultrapassamos o nosso horário[...] (ACS 28)

3.4.2 Trabalhador singular

Para que ocorra o trabalho, é necessária uma forma de organização, que constitui o processo de trabalho, e que compreende um conjunto de atividades seqüenciais e inter-relacionadas pelo quais as matérias primas são transformadas em produtos consumíveis. Ou ainda, é o modo como o homem produz e reproduz a sua existência (MARX, 1988).

O processo de trabalho em saúde já ganha uma nova conformação, uma vez que o produto final na verdade é consumido durante todo o processo de maneira contínua e cíclica.

Para Franco e Merhy et al. (2006), o processo de trabalho em saúde acontece por que alguém procura o serviço de saúde, e a força de trabalho neste processo são os profissionais de saúde que utilizarão alguns instrumentos de trabalho para intervir sobre o objeto, que no caso é o homem, a família e a comunidade. Este trabalho é um processo dinâmico, que se articula com outros trabalhos da sociedade e se transforma no atendimento às necessidades sociais.

No caso do ACS, esse trabalho foi construído a partir de aspectos muito peculiares, de maneira a dinamizar recursos existentes de forma alternativa a atender as demandas de famílias e comunidades desprovidas de assistência, baseava na solidariedade das pessoas que possuíam um saber aprendido no cotidiano (MINAYO et al., 1990).

De acordo com o processo de trabalho da saúde da família estabelecido pelo Ministério da Saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito são algumas de suas características.

Essa proximidade com as famílias acompanhadas pelas equipes de saúde da família e em especial pelo ACS é determinante no seu cotidiano de trabalho. A criação de vínculos densos, transformam a relação entre trabalhador e usuário de difícil estabelecimento de limites, o agente é agente 24 horas, em qualquer local e momento ele representa a esperança de ajuda e isto é preponderante na criação desse trabalhador singular.

[...]porque eu vejo que o ACS é ACS 24 horas e as pessoas vêm muito como solução dos problemas. (ACS 23)

Não tem, não tem, nosso horário é de 8:00 as 17:00 hs. está no contrato mas na verdade é difícil você exigir que o ACS esteja na Unidade as 8:00 hs da manhã porque quando você sai da sua casa e chega na Unidade você já foi parado algumas vezes e você não pode deixar de dar atenção ao morador, eu não deixo, eu posso estar atrasada por qualquer outra razão mas se o usuário me parar eu dou atenção sempre dou, eu não deixo de dar atenção ao usuário, até porque de repente é uma questão muito importante que você pode estar resolvendo ali mesmo

então não tem como fixar o horário do ACS as 8:00 hs aqui na Unidade é difícil o ACS sair da sua casa sem ser parado por alguém e também as 17:00 hs também, ontem mesmo eu cheguei na minha casa as 22:30 hs da noite porque quando eu fui subindo eu já fui entregando consultas marcadas para hoje e amanhã e eu fiz 3 vd's isso eu sai da casa do morador 22:10 hs., então não tem horário para gente. ACS é ACS. (ACS 13)

Manter-se disponível mesmo que de maneira involuntária, acarreta uma carga psíquica grande, uma vez que até em seus momentos de descanso e lazer ela pode ser “convocado” ao trabalho pelas solicitações dos moradores.

As relações interpessoais que se estabelecem neste ambiente de trabalho e que na verdade fundamentam a existência desse trabalhador e de sua importância, são também causadoras de pressões e cobranças conscientes e inconscientes.

Um pouco, porque eu não moro na minha área com muitos moram mas as vezes um cliente liga sábado, domingo, feriado, um dia eu estava no dentista a cliente ligou dizendo que a mão estava morrendo, então as vezes mesmo eu trabalhando de dia de 8:00 hs. As 17:00 hs. Com a comunidade eu vou para casa e levo um pouco disso para a minha casa entendeu. As vezes eu estou na rua com meus filhos e encontro com um cliente que me pede informação, as vezes eu vou no final de semana para casa de um parente mas fico pensando ai meu Deus fulano está com isso, está doente, eu tenho que marcar consulta na segunda-feira, eu já vou pensando no trabalho de segunda-feira, realmente interfere muito na minha vida mesmo pessoal. (ACS 10)

O ACS não é de 8:00 as 17:00 hs., trabalha no sábado, não tem sossego na sua casa, depois que eles descobrem onde você mora não tem sossego, você está com panela no fogo e tem que atender paciente e isso para mim é estresse, é uma classe que não é valorizada e que não corre atrás dos seus direitos[....] (ACS 14)

Os limites entre o horário de serviço e o fim deste, constituem-se de uma tênue e frágil linha imaginária que na maioria das vezes não consegue ser sustentada pelo ACS no contato direto com o usuário, seja por um sentimento de solidariedade, seja por medo de descrédito ou de ataque a sua representação como funcionário da saúde, ou até, a desconstrução de laços com as famílias, por vezes criados através de árduos e difíceis esforços.

[...]não tem como você ser agente de 8 às 17 h só, é o tempo todo, assim você não tem sábado, não tem domingo, pode estar na Praça Saens Pena é parado por pessoas pedindo para marcar uma consulta você não tem mais a sua vida só para você tomar conta, a sua casa e a saúde de seus filhos você tem mais 150 a 180 famílias q você é responsável pela saúde delas, entendeu !? e eles não sabem a diferença não sabem limite entre você estar trabalhando e você não estar. Como a gente mora na comunidade eles não conseguem fazer essa diferenciação[...] (ACS 25)

O fato de não ter uma hora final de trabalho também me causa estresse, final de semana, a noite eu ser solicitada e a população é difícil para ela entender que 17:00 hs. É o final do meu expediente me causa muito estresse. Eu não tenho um horário que possa descansar, "pronto cheguei na minha casa e agora ninguém vai me perturbar. (ACS 16)

Dentro do âmbito do SUS, o papel de grande transformador da atenção primária na nova visão de saúde, acaba por ocasionar grande responsabilidade e foco de cobranças políticas e gerenciais.

A necessidade de se manter disponível gera tensão pela responsabilidade de dar respostas profissionais para comunidade, mesmo em momentos que não esteja trabalhando.

[...]nas férias, porque geralmente quem tira férias vai viajar, só que não tenho situação financeira para viajar para outro lugar, então nas férias eu trabalho e moro aqui e as pessoas te encontram, uma hora elas acabam sabendo mesmo, a comunidade é grande mas acaba sendo pequena nessa situação e as pessoas te acham e você vai acabar mesmo, não tem essa coisa de perguntar sobre atendimento no módulo e eu falar que estou de férias. (ACS 10)

Fora do trabalho também, é difícil dizer mas no seu dia a dia normal acaba se tronando de trabalho também porque um vizinho pergunta sobre a rotina de trabalho, sobre medicamentos, sobre lugares que ele pode ir para ser atendido e a própria campanha de vacinação, a gente acaba praticamente trabalhando 24 horas, não tem jeito. É um trabalho gratificante mas estressa por causa disso, você tem que viver todos os momentos com cautela para não magoar a pessoas, você não está ali como morador só, você está como funcionário daquele Postinho daquele PSF ali, você é a imagem de onde você trabalha mesmo no final de semana, aí é coisa que vai mexendo com a gente, a pessoa é hipertensa e as vezes acabou o remédio não tempo de ir a uma consulta, final de semana e está sem remédio e te pergunta: e agora o que é que eu faço? Então nosso trabalho não tem assim uma pausa, ele é constante. (ACS 2)

[...]tem uma questão assim que vai muito além das 40 horas, porque na verdade nós exercemos nossa função 24 horas. E a todo momento, agora estou de férias, mas eu já fiz...hoje né, porque você passa a ser abordado, você...te pedem informações, te trazem problema, você passa informação pra um outro colega que tá no momento trabalhando, então na verdade você não consegue tirar férias, você não consegue tirar folga, porque assim, tem sempre uma demanda vindo ao seu encontro, mas nós nos acostumamos com isso, sabemos que faz parte do nosso trabalho, não é que já passo as 40 horas que a gente vai deixar de atender um morador, é o nosso vizinho, é o nosso amigo, é a pessoa que quando a gente precisa tá ali também nos auxiliando, o morador não é só o cliente do PSF, ele se torna o nosso amigo[...] (ACS 15)

3.5 Categoria 5: o estresse

Nome do Tema	UR	% URs	Categoria	Total de URs
Baixo reconhecimento	28	33,3	O estresse	84
Intensidade e ritmo	25	29,8		
Burocracia	19	22,6		
Violência	12	14,3		

Quadro 6 – Temas e URs da Categoria 6

A análise desta categoria leva em consideração todo o contexto do estudo, mas tem foco maior na pergunta de número quatro do instrumento de coleta de dados.

No seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde, existem situações que lhe causam estresse? Quais? Fale sobre elas.

3.5.1 Baixo reconhecimento

O reconhecimento é um dos aspectos que interferem na produtividade no trabalho e tem relação com a representação que o trabalhador percebe do seu trabalho, as respostas que recebe de seus superiores, dos colegas em igual posição e da população assistida influenciam na auto-estima. Essas recompensas do trabalho podem ser consideradas ganhos indiretos e acabam por resultar em motivação para execução de tarefas de maneira que até extrapole os objetivos iniciais e alcance além do esperado.

Percebe-se nos depoimentos que as concepções dos ACS sobre o reconhecimento do seu trabalho integram o reconhecimento profissional pelos colegas de trabalho e pela população atendida seja no módulo de saúde da família, seja em visitas domiciliares. Esse reconhecimento deveria representar um grande motivador para continuidade de suas ações de maneira criativa, valorizando seus saberes e práticas constituindo-se de importante instrumento para uma atenção mais eficaz.

Entretanto, esses ACS revelam um baixo reconhecimento do seu trabalho, dificultando sua atuação.

O pouco reconhecimento do nosso trabalho, mas a gente tem que ir levando, estresse tem todo dia[...] (ACS 7)

[...]passei numa casa de uma cliente que não era cadastrada e parei lá para conversar com ela para poder fazer o cadastro e ela fez pouco caso... ela virou para mim e falou: Para que eu vou querer isso? E virou de costas e continuou fazendo o que ela estava fazendo, e são coisas que te deixam chateado, estressado[...] (ACS 11)

É a questão social porque o ACS é limitado infelizmente, nós somos limitados, muito limitados, a gente numa Unidade de saúde nós estamos lá em baixo a base como eles dizem, que não é valorizada, nós somos a base mas ninguém está nem aí para gente essa é a grande verdade[...] (ACS 27)

[...]tem situações que a pessoa vem aqui no módulo, aí não consegue de imediato o que ela quer e dali ela joga tudo fora sabe, todo o seu trabalho também, joga muito do que você faz, joga muito do que aquilo que a gente tem feito no dia-a-dia e isso me estressa[...] (ACS 20)

[...]o que irrita também, é estressante também, é o valor de agente comunitário de saúde, como trabalhador da área de saúde, porque não presta, é trabalho de vagabundo, é mãe de marginal, é mãe de bandido, tia de bandido, a gente é taxado mais ou menos dessa maneira, to falando do lado do agente de saúde, que é mais o que eu escuto também, não trabalham, não querem nada, forjam assinaturas, carimbos né, pra quem trabalha sério, isso dói muito[...] (ACS 19)

[...]em relação aos colegas de trabalho, quando eu vejo que o nosso trabalho não tá sendo respeitado, em alguns pontos, isso também me aborrece, acho que tudo que a gente faz, ou pelo menos, tudo que eu faço, procuro fazer com muita responsabilidade, que pra cada atitude tem uma ação minha, e nesse ponto eu cobro muito de mim, então quando eu vejo em certas situações que falta respeito sabe, então isso também me aborrece, me chateia[...] (ACS 20)

Quando há o reconhecimento, este representa percentual significativo dos ganhos provenientes do trabalho e dá sentido aos esforços empreendidos para o alcance de resultados. A falta de ganhos subjetivos do trabalho pode favorecer o aparecimento de processos patológicos e por isso deve ser combatido com medidas que promovam a saúde no local de trabalho.

Para o ACS o reconhecimento da população local é fundamental no seu trabalho, facilita suas intervenções, aumenta a adesão de moradores para o atendimento no módulo, abre portas para suas visitas domiciliares e possibilita seu reconhecimento pela comunidade como profissional da equipe de saúde da família com participação efetiva. Percebe-se que esse reconhecimento está mais relacionado a população mais desprovida de assistência e em situação de maior pobreza.

Não, trabalhar com a comunidade não tem estresse. Eu prefiro com a parte mais humilde que aceita o seu trabalho do que com a parte elitizada[...] (ACS 14)

A não realização de um trabalho informativo constante, sobre os objetivos do PSF e as atribuições dos profissionais da equipe, configura outro aspecto para o baixo reconhecimento e acaba gerando pressões em geral por ações que não estão ao alcance do agente.

[...]também com os pacientes que eu estou sempre na casa tentando resolver os problemas e ele vai e diz que você não tem feito um bom trabalho e não está correspondendo e isso me causa estresse[...] (ACS 24)

[...]um estresse total e as pessoas cobram muito de você e as vezes você não pode fazer aquilo que a pessoas quer, você tenta fazer o melhor, e naquela momento você não pode fazer o que a pessoa quer, e tem que se virar para fazer aquilo que a pessoa deseja. (ACS 9)

[...]tem situações que são estressante você não poder...ter solução para o usuário que está muito necessitado é muito estressante isso é estressante, você quer fazer uma coisa positiva e você não consegue porque outras esferas não deixam não permitem isso é estressante. (ACS 13)

[...]hoje foi um dia estressante aqui pareceu que todo mundo estava doente e na realidade nós estamos aqui a dez anos mostrando que aqui não é emergência e mostrando o que é PSF e fica muito difícil, as pessoas chegam aqui e acham que tem que ser atendida rápido e isso é um estresse[...] (ACS 14)

As recompensas insuficientes ocorrem quando os empregados acreditam que não estão sendo suficientemente compensados pelo seu desempenho. Refere as recompensas não apenas por ganhos salariais, mas ao reconhecimento de alguém que se importe com a qualidade do seu trabalho. Após o trabalho árduo os trabalhadores querem um retorno sobre seus esforços, sendo que, o moral dos empregados depende muito das recompensas e do reconhecimento. (ROSSI; PERREWÈ; SAUTER, 2005)

Segundo Dolan (2006), uma força de trabalho ativa, saudável, motivada e bem qualificada constitui-se em elemento fundamental das empresas do século XXI, e complementa dizendo que promover saúde no local de trabalho melhora as condições de trabalho, ao incentivo à participação do empregado e ao apoio às competências individuais, tendo como uma das medidas para isso incentivar a participação ativa no processo.

Uma dificuldade relatada pelo ACS deve-se ao fato de que os resultados do PSF apenas serão atingidos com ações constantes com resultados efetivos a longo prazo, fato este ignorado quando existem reclamações ou quando alguma intervenção da equipe não foi capaz de evitar agravos à saúde da população.

A pessoa passou mal, morreu, alguma coisa, o agente é que não foi lá, não fez alguma coisa e não faz um conjunto e procura saber o que aconteceu...o agente de saúde não presta e não presta mas somos nós que colocamos a cara na comunidade quando a coisa fica séria. (ACS 9)

Quando há um baixo reconhecimento de acordo com Dejours (2006), o trabalho não presta mais para à realização do ego nem confere sentido à vida do homem na sociedade pós-moderna, deve-se procurar substitutos do trabalho como mediador da subjetividade, da identidade e do sentido.

O trabalhador motivado reconhece sentido no seu trabalho, dispara mecanismos fisiológicos de defesa para estresse, estimula o interesse por novos desafios, aumenta sua auto-estima. O reconhecimento pode constituir estratégia de prevenção de riscos do estresse no trabalho.

O fato de morar na comunidade por vezes dificulta o entendimento dos moradores sobre o papel desempenhado pelo ACS em algumas atividades, resultando em cobranças que fogem da responsabilidade deste trabalhador, pois são dependentes da atuação de outros profissionais da equipe ou da infra-estrutura da Unidade.

Existem muitas...tem pacientes que você consegue levar fácil e existem outras que tem que explicar, que o médico está sobrecarregado, enfermeiro está com muito curso, então não é só marcar as consultas, tem paciente que não entende que a consulta dele está marcada para daqui a um mês aí eles querem descontar em cima dos ACS e a gente tem que explicar que o médico está fazendo curso, que temos várias coisas para fazer no nosso dia a dia e que ele não está podendo atender naquele dia mas estamos marcando com horário, tudo direitinho e eles não entendem e aí acaba chateando a gente. (ACS 22)

A demora no atendimento, muitas vezes os pacientes não entendem o trabalho que a gente está fazendo de ajudar eles, muitas vezes ele tem que procurar o Posto de Saúde, ele tem que cuidar da sua saúde. Outras vezes os pacientes não entendem, e acaba trazendo estresse em tentar ajudar aquelas pessoas. (ACS 5)

[...]aprendi que dor não se mede...aqui está tendo muito problema em relação a isso de o paciente ir embora passando mal e a gente não pode se meter porque a gente é só o agente,

não somos médicos não podemos atender, não podemos avaliar mesmo, isso é muito chato e tem muita reclamação[...] (ACS 8)

É mais a questão de você querer ajudar e não ter esse mecanismo, a minha participação é primeira de uma sequência, a gente tem que...os procedimentos não são como a gente gostaria, a gente passa primeiro pelo pessoal da enfermagem até chegar ao médico, eu gostaria q todas as pessoas tivessem condições de sair daqui satisfeitas, mas nem sempre isso é possível, isso as vezes estressa a gente um pouco. (ACS 26)

Sim, as vezes o morador não consegue valorizar o trabalho que nós temos aqui no PSF, alguns não são gratos pelo cuidado que nós damos e isso me causa muito estresse, quando o paciente chega e quer reclamar falar mal coisas que realmente não são necessárias pois se ele for a outro lugar como UPA ou Andaraí ele vai ter que esperar então isso me causa estresse quando estou na porta de entrada e o paciente fica...tá demorando muito...isso me causa estresse. (ACS 10)

Existe sim, existe muito, o agente só pode anotar o número e quem é o agente da pessoa e colocar lá para atendimento, e as vezes a pessoa quer falar com o agente o que está sentindo e a gente não pode ouvir isso mais, porque as pessoas já conhecem o agente e a gente não pode mais ouvir a queixa do paciente mais, tem que passar a diante e as vezes chega numa parte que o paciente não é atendido, porque uma médica não está e só pode atender se a pessoas estiver queimando de febre e se a pessoa estiver com dor de cabeça e ela está sentindo e como eu[...] (ACS 9)

O baixo reconhecimento também está relacionado a pouca autonomia permitida ao ACS, como um trabalhador que possui seu próprio saber.

Rossi, Perrewè e Sauter (2005), destacam que a sensação de falta de controle sobre o trabalho está associado a níveis elevados de estresse. Isso ocorre quando os empregados não possuem permissão de usar a sua experiência para tomar decisões e ocasionando sentimento de baixa autonomia em seu trabalho. Também podem se sentir como se fossem responsabilizados por algo sobre o que não tem controle gerando risco até para Burnout.

3.5.2 Intensidade e ritmo

As inúmeras tarefas que são depositadas nas atribuições dos ACS, percebidas em seus relatos, permitem a identificação de uma contradição entre o prescrito e os seus reais afazeres no seu cotidiano de trabalho.

Eu me sinto sobrecarregada, porque as visitas já são complicadas, ainda mais com a parte que você tem que fazer do sistema, de tudo, só aumenta o problema[...] (ACS 4)

[...]agora essas partes burocráticas não tem nada haver, você trabalha em campo fazendo atividades diárias e não tem nada haver fazer esse serviço de digitação isso aí devia ter um alguém no módulo que fizesse essa função de digitação. Eu trabalho em um ritmo todo agitado, adrenalina total de repente paro tudo para ficar na frente do computador ali, então não dá para ficar ali tranqüilo sabendo que tem muita coisa para fazer lá fora, pessoas esperando[...] (ACS 23)

No introdutório passa uma visão que nós podemos mudar o mundo, mas quando chega na prática[...] (ACS 24)

A significação que esse trabalhador faz do seu trabalho e a lógica imposta, ainda com aspectos Fordistas de se trabalhar baseada em produtividade, ritmos excessivos e cobranças com prazos curtos, somados a execução de tarefas superpostas e sem planejamento cronológico, são fatores mais que suficientes, para geração de sofrimento, sobrecarga física e psíquica.

Outro aspecto é a presença de mais valia pela exploração dessa força de trabalho, fazendo-a produzir sempre mais no mesmo período de tempo de trabalho, fato este que acaba comprometendo a qualidade do serviço prestado e contrariando a lógica do PSF, com a criação de vínculos e co-participação da comunidade. Não se pode esquecer também, que o trabalho do Agente não começa e não termina no horário formal estabelecido em 40 horas semanais, ele se estende desde o momento em que ele sai de sua residência com as demandas que o encontram no caminho, até o momento em que termina sua jornada e dirige-se de volta à sua residência, sem falar nos momentos de descanso quando por vezes é solicitado.

[...]fazer tipo assim VD, ficar colocando ficha no sistema e de repente tem que estar se deslocando para curso, então de repente dentro disso a gente já está se programando para tudo que está sendo cobrado e de repente aparece mais uma cobrança...oh para amanhã tem que está entregando isso, isso e aquilo...uns dados, uma pesquisa e aquilo causa aquele burburinho e aquele estresse, mais cobrança além do que a gente já faz, uma cobrança em cima do que a gente já faz, além[...] (ACS 17)

Existem, existem sim, é o que eu falei antes, essas cobranças você sabe, é uma atrás da outra, eu sei que a Secretaria exige quantitativo que a gente tem que e tudo mais, mas a gente tem que ter mais qualidade de serviço, ou seja, oferecer mais condição para trabalhar[...] (ACS 1)

[...]com tanta coisa, os problemas daqui da comunidade e foi um acúmulo, um acúmulo de coisas que foi acontecendo, acontecendo e muitas coisas assim sem resolutividade, eu não acreditava que não pode se envolver, termino suas 40 horas, o problema termino não é dessa forma, pra alguns profissionais até dá pra fazer isso, termino as 40 horas vai pras suas casas e pronto, mas pra gente não porque o morador tá lá na sua porta, e bate na sua porta[...] (ACS 15)

Quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas, isto é, quando não há nada além das pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inauguram-se a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lentamente ou brutalmente para uma descompensação (mental ou psicossomática), e para a

doença. Fala-se, então, de sofrimento patogênico. (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET 1994).

Muito, muito, muito, muita coisa, muito sobrecarregada porque são muitas funções e sempre que aparece uma nova epidemia, nova endemia e você ainda tem na rotina os outros Programas que você tem que dar conta, o seu hipertenso não vai deixar de ser hipertenso porque tem uma epidemia de dengue, o seu diabético não vai deixar de ser diabético porque apareceu uma gripe suína ou porque tuberculose está dando em várias áreas e você tem que ter cuidado especial na sua área, sem contar com as outras coisas, é muita coisa em cima do ACS e muita gente não vê isso[...] (ACS 16)

Quando os empregados sentem que têm coisas demais para fazer, que não tem tempo suficiente para realizar as tarefas exigidas e nem recurso para fazer bem seu trabalho, pode-se dizer que estão com sobrecarga de trabalho. (ROSSI; PERREWÈ; SAUTER, 2005)

[...]muito pressões, então assim era um estresse muito grande porque você era cobrado o tempo todo e você tinha que fazer tudo ao mesmo tempo, então isso gera um estresse muito grande porque você sabe não existe tempo cabível e as pessoas acham que você tem que fazer tudo ao tempo que eles querem, então isso era muito estressante[...] (ACS 25)

A existência de trabalhos com ritmo intenso denota segundo Dejours (2006), a presença de precarização e o aumento do sofrimento subjetivo com índice de morbidade elevado, apenas exteriorizado fora da empresa pelo medo de demissões, bem como a neutralização da mobilização coletiva contra esse sofrimento, contra a alienação e contra a dominação.

Outro aspecto presente nessa situação, também segundo o autor, é a existência de estratégias de defesa através do silêncio, da cegueira e da surdez. Cada trabalhador deve tentar resistir às pressões da sua maneira, não conseguindo perceber o sofrimento no outro. Perceber o sofrimento constitui-se em uma dificuldade subjetiva para o esforço em resistir a esse sofrimento, sendo mais fácil negá-lo.

[...]muitas das vezes deixamos de fazer um trabalho de qualidade para estar só apresentando números, eu não porque eu não ligo para isso, eu faço um trabalho de qualidade, se eu não fizer com qualidade que ACS eu sou né?! (ACS 1)

Algumas atividades são relatadas como massantes por se tratarem de atividades repetitivas e com pouca participação no seu planejamento, não representando legitimidade para o ACS, aspecto este reconhecido pelos agentes como responsável pela redução da qualidade dos serviços realizados.

É muito chata, é muito papel, até que já diminuiu bastante agora, mas é muito papel só para dizer se foi atendido, quantas pessoas isso e aquilo, acho que esse negócio de muito papel também não. (ACS 9)

[...]muitas das vezes deixa de ser um trabalho com qualidade devido as cobranças, elas gostam de números, quantitativos, aí o trabalho deixa de ficar com mais qualidade, eu penso assim[...] (ACS 1)

[...]é muita ordem para quase nada, então a gente tem muita informação é muita coisa, muita coisa e chega na hora a gente não consegue desenvolver tudo que é pedido e aí começa as cobranças...cobra eles lá embaixo, cobra as famílias aqui em cima[...] (ACS 3)

Muitas vezes, para conseguir garantir sua subsistência e das pessoas que dele dependem, o trabalhador submete-se a um processo de trabalho fragmentado e rotinizado, com compartimentalização das tarefas, condições de trabalho precárias, além de cargas de trabalho elevadas, e que espoliam sua saúde, podendo levar ao desenvolvimento de patologias relacionadas ao trabalho. (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1994)

[...]não tem jeito eu já acordo pensando, hoje o que eu tenho para fazer, aí não tem jeito levo mesmo, durmo e acordo pensando no que eu tenho de mais importante para fazer no dia, além da visita e também no módulo e é muita coisa também para estar prestando conta. (ACS 4)

3.5.3 Burocracia

As atribuições dos ACS apesar de definidas mais recentemente pela portaria do MS nº648 de 2006, não estabelece limites claros para a sua atuação. Dentro do contexto de atribuições como cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; promover atividades de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe, várias tarefas chamadas de burocráticas são impostas sem que tenham significado claro para o seu executor.

[...]estar atualizando as fichas e também a porta de entrada que todo dia tem um agente no módulo e normalmente é assim umas duas vezes por semana cada agente tem seu dia de estar na Porta de Entrada, no acolhimento. (ACS 4)

[...]nessas partes burocráticas não tem nada haver, você trabalha em campo fazendo atividades diárias e não tem nada haver fazer esse serviço de digitação. (ACS 23)

A vigilância à saúde tem sua verdadeira função em alguns casos desvirtuada para meras atividades de coleta de dados, através de instrumentos nem sempre validados pelo Ministério da Saúde e que acabam não resultando em análises da situação epidemiológica da comunidade. A digitação desses dados acaba por resultar em atividade de desgaste físico e psíquico, além de revelar a dicotomia entre trabalho real e prescrito, já que essa é uma das atividades que não constam das atribuições legais do ACS.

[...as vezes a gente não tem suporte para dar e isso atrapalha um pouquinho o nosso trabalho, muita cobrança que vem para gente é cobrança dia e noite, papel que tem que preencher mesmo tendo o sistema a gente continua nesse tanto de papel...é papel, papel, papel...curso...]
(ACS 14)

[...]agora o interior dentro da unidade você tem um monte de papel, de pedidos, você da um relatório, você da uma listagem pra pessoas de hierarquia maior e as pessoas perdem, agora a gente tem o problema do sistema, eu particularmente mesmo, não tô aguentando mais[...]
(ACS 19)

Martines e Chaves (2007), em seus estudos corroboram com esses achados, dizendo que os ACS demonstraram que a falta de clareza sobre a vocação e a utilidade do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), parece ser consistente, de tal forma que em vários momentos, ele foi referido como atividade burocrática que obstaculiza o desempenho de atividades realmente importantes.

Entristece, é a burocracia, besteira, um pouco de má vontade, não é com frequência não, se a pessoa está aqui é para trabalhar, e a gente resolver e sabe que o negócio é fácil e chega aqui não consegue, a coisa não recebe aquela atenção devida e a coisa vai passando e a pessoa que quer realmente fica lá esperando. E aí você no caso nós que botamos a cara a gente fica sem ter o que fazer. (ACS 23)

[...]não conseguir realizar uma ação por burocracia ou qualquer outro fator que você sabe que poderia estar resolvendo mas você vê que não consegue, não levar adiante os projetos que queremos levar aqui dentro pela ociosidade mesmo da população que me causa muito estresse[...]
(ACS 16)

[...]o dia também de estresse é o dia do SIAB nós temos que pegar todas as informação lançar e dar para o nosso supervisor é um dia de estresse, dá muito estresse mesmo. (ACS 16)

Outra vertente de análise, diz respeito ao fato de que a realização dessas tarefas além de estarem constantemente sob a influência de alto nível de cobrança, estabelecendo um verdadeiro conflito interno para o ACS, à medida que o afasta das visitas domiciliares e o contato com a população, atividade que para ele representa uma de suas verdadeiras funções, o que resulta em mais pressão social para intervenção em situações de risco na comunidade.

[...]tem que trazer para equipe e as vezes...não sei deve ser ansiedade de você querer ver as coisas da sua maneira e não é, também as coisas não são assim., tem que ter um processo todo, e aí fica complicado porque o cliente tá ali e ele tá precisando e tem coisas realmente

que são complicadas, não é nem por má vontade de ninguém não e aí...nessa hora eu fico mais estressada. (ACS 4)

Um estudo em Porto Alegre identificou que uma das atividades do agente é o trabalho de apoio à equipe, referido como “trabalho burocrático”. Esse tipo de trabalho foi relatado pelos agentes como atividades além das inerentes a sua função.

O chamado apoio administrativo às equipes do PSF, refere-se à atividades de atender na recepção, entregar fichas para consultas médicas, procurar prontuários de pacientes, atender ao telefone, entregar medicação na farmácia e marcar consultas especializadas para a comunidade.

Segundo relatos de alguns agentes, a contabilidade da farmácia e o pedido de materiais para a Secretaria Municipal de Saúde também eram tarefas suas. Constatamos que na maioria dos serviços existe uma rotina preestabelecida em relação ao trabalho do agente na unidade de saúde. Em algumas, há uma escala diária ou semanal do agente que ficará na unidade para auxiliar a equipe (FERRAZ; AERTS, 2005).

Esses achados também foram identificados em vários relatos dos ACS no presente estudo.

[...]e fora as partes burocráticas que são os papéis que nós temos que fazer[...] (ACS 24)

[...]nós temos um trabalho o que eu vejo é administrativo que é a questão de sair lançando as fichas no sistema[...] (ACS 14)

[...]temos turno de computador do sistema de cadastra e passar as visitas para o computador[...] (ACS 4)

[...]nós temos turno de computador, turno de porta de entrada aqui no módulo, pega prontuário, organiza as fichas, reunião, coisas assim[...] (ACS 17)

[...]faço tipo um mapa para as visitas, faço algumas anotações das visitas que eu fiz, volto para o módulo[...] (ACS 8)

[...]trabalho no sistema botando informação para o Ministério da Saúde que chamamos de... fazemos o SIAB. (ACS 5)

3.5.4 Violência

O crescimento urbano desordenado e os problemas habitacionais no Rio de Janeiro tiveram como consequência o surgimento de moradias construídas em condições precárias. Essas moradias formaram aglomerados nos subúrbios, morros e mangues, que com o tempo passaram a ser uma forma legítima de viver na cidade (RODRIGUES, 2009).

Tal panorama acabou por se transformar em ambiente favorável para a instalação de grupos armados, comércio de drogas e refúgio de indivíduos que se encontram as margens da lei. Trabalhar tão próximo da população e transitar pelo espaço geográfico de atenção do PSF, representa mais um risco para a saúde do ACS. A insegurança quanto ao desenrolar do imprevisível dia de trabalho, resulta em grande carga de estresse pelo medo de sofrer violência física e moral em si mesmo e até em algum membro de sua família que esteja em casa.

Muitas que causam estresse, a violência[...] (ACS 16)

[...]é violência, agora a gente anda com muita violência[...] (ACS 21)

Existem. Primeiramente da violência na comunidade, as vezes não é nem o tiroteio, mas estamos trabalhando e vê um homem armado, as vezes até fumando mesmo usando drogas perto de você isso é uma violência moral, você está passando e a pessoa não te respeita entendeu[...] (ACS 10)

É um clima tenso com conflitos, tanto da parte do Estado que tem que fazer a parte de Segurança Pública e o pessoal que está as margens da lei e aí fica aquele conflito, mais os moradores que estão como cliente inserido no meio desse contexto. As vezes as pessoas deixam de comparecer por causa da chuva mas não deixa por causa de tiroteio e você acaba se arriscando nesse tipo de trabalho porque você tem que estar ali para poder acolher, não pode deixar ali no meio da rua, aí nós temos que atender, se tiver consulta marcada tem que resgatá-los para dentro do módulo até passar o conflito e as vezes a pessoa não quer ficar dentro do módulo, quer ir embora na hora do tiroteio por exemplo, e isso mexe com a nossa cabeça, pois fica preocupado com a nossa família que mora na comunidade, com você que está trabalhando e com o pessoal que está naquele momento ali vivendo o clima e não se pode tomar nenhuma atitude que não depende da gente. (ACS 2)

O fato de serem moradores e desenvolverem suas atividades em grande parte do tempo em visitas domiciliares, expondo esse trabalhador a presenciar situações de violência intradomiciliar, os coloca em situação delicada com o agressor, pelo medo de que haja uma denúncia ou algum tipo de influência sobre a vítima, de maneira a incitar uma atitude de libertação dessa violência, passando com isso a direcionar essa violência também para o ACS.

[...]a violência dentro das residências me causam muito estresse porque é muito delicado você tentar intervir dentro de uma família que está a tantos anos com essa situação[...] (ACS 16)

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[...] (ACS 3)

O PSF em grandes cidades, na sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social, entre estas aquelas com intensificação da violência. Sendo assim, o contato direto com criminosos é comum, seja ao caminhar por uma viela e até ao atender tal indivíduo, querendo ou não como usuário dos serviços de saúde. Deve-se lembrar que é corriqueira a existência de

armas de fogo ou explosivos como granadas, assim como, entorpecentes como maconha e cocaína entre outras drogas.

[...]nossa profissão é rodeada de muitas emoções, agora mesmo, não sei se deu pra perceber, a gente tem colegas que tá nesse momento em campo, aí surge uma situação como essa que a gente tá vivendo nessas últimas semanas aí, nesses últimos dias, em confronto policial, você tá no meio e aí você, a gente trabalha também sob pressão[...] (ACS 20)

Muitas, a situação estresse é a violência no momento em que você está no campo e a polícia chegou é tiroteio é um estresse muito grande porque não tem quem consiga ficar assim estando dentro da situação sem ficar receoso, tranquilo, estresse dentro do setor de trabalho[...] (ACS 25)

[...]um conjunto que vai te estressando, fora a violência que está demais tem dias que eu não estou trabalhando porque a está todo dia na minha área e eu não posso está andando, eu sei o nome de todo mundo como é que eu vou andar com a polícia, então eu estou muito cansada, estressada pedindo a Deus um descanso, eu estou tão cansada que só falando já está dando vontade de chorar. (ACS 21)

Minayo (1994) refere-se à violência como uma questão social, que embora não seja um problema específico da área da saúde, acaba afetando este campo. Essa violência é tomada como uma percepção e uma ameaça que perpassa o cotidiano das famílias, das próprias agentes de saúde e dos demais profissionais de saúde. Os constantes tiroteios entre polícia e traficantes e entre bandos criminosos rivais, a existência de grupos que exercem um poder local e impõe regras diferentes das oficiais, faz com que a violência assuma formas específicas dentro das comunidades, o que as distingue do resto da cidade, onde a violência se manifesta por meio de assaltos, roubos e outras ações.

[...]às vezes a gente tá numa casa, ou num beco, numa viela de morro, numa favela e começa o tiroteio você não sabe pra onde corre, a bala bate às vezes na sua direção e aí quando você reforça isso, de uma situação que você passo com policiais, eu particularmente já passei por umas três, quatro situações difíceis com policiais, policial querendo revistar minha bolsa, querendo ver minha pasta, eu dizendo que não ia ver minha pasta, e ele que era autoridade, eu sou da área da saúde, você não vai ver minha pasta, não pode abrir a minha bolsa, me acusou de ter drogas, disse que não interessa o que tenho aqui e me irritei, disse que era resultados de exames, isso é confidencial, gostaria que um colega seu fosse revistar a bolsa e fosse ver lá o seu exame de saúde? Você ia gostar disso? Isso é confidencial, né. E situações de tiroteio, o policial quando chega na comunidade acho que ele não diferencia, acho que em a mãe dele, esse pessoal quando chega tá sempre armado, na maior naturalidade sem problema, aí a gente chega conversa com o marido da gente, fica estressado, chateado, mas no momento não dá pra gente larga esse serviço[...] (ACS 19)

Pela identificação do ACS como representante da comunidade no serviço de saúde, a expectativa criada por esta no momento que precisa de um atendimento, nem sempre poder ser atendida em sua totalidade, sendo fator gerador de agressões de ordem verbal ou pressão psicológica intensa. Tem como cenário principal a porta de entrada do ao serviço local, onde ocorre o chamado acolhimento com classificação de risco realizado pelo ACS, auxiliar de

enfermagem e enfermeiro, no entanto, a figura do ACS é a mais focada no momento de insatisfação.

Existem muitas...tem pacientes que você consegue levar fácil e existem outras que tem que explicar, que o médico está sobrecarregado, enfermeiro está com muito curso, então não é só marcar as consultas, tem paciente que não entende que a consulta dele está marcada para daqui a um mês aí eles querem descontar em cima dos ACS e a gente tem que explicar que o médico está fazendo curso, que temos várias coisas para fazer no nosso dia a dia e que ele não está podendo atender naquele dia mas estamos marcando com horário, tudo direitinho e eles não entendem e aí acaba chateando a gente. (ACS 22)

[...]um estresse total e as pessoas cobram muito de você e as vezes você não pode fazer aquilo que a pessoas quer, você tenta fazer o melhor, e naquela momento você não pode fazer o que a pessoa quer, e tem que se virar para fazer aquilo que a pessoa deseja. (ACS 9)

Velloso (2005) lembra que no cotidiano de trabalho, os profissionais do PSF têm de transpor vários obstáculos impostos pela violência social. O enfrentamento de agressões verbais, físicas e morais tornou-se constante nos serviços de saúde que, constituem, atualmente, uma das poucas portas abertas, onde o usuário é recebido e ouvido, quer ele fale ou grite. As atividades de atenção à saúde têm como uma de suas diretrizes o atendimento a livre demanda, o que significa também se expor as mais diversas situações, independente de seu grau de risco.

A realidade de baixa condição socioeconômica das comunidades atendidas pelo PSF, também deve ser considerada na avaliação de fontes geradoras de estresse no trabalho. O contato direto e rotineiro com situações de extrema pobreza gera sentimentos, seja de tristeza, compaixão, comoção e acarreta uma carga de psíquica que influencia na saúde desse trabalhador.

Muitas e muitas. Tem famílias em situações complicadas, tem mãe acolhedora que eu não sei por que pegam as crianças para cuidar, que não dão carinho e atenção. Famílias envolvidas com o crime e aí acaba acarretando outros problemas e acaba trazendo esses problemas para o agente. (ACS 4)

Em seu estudo Lancman et al. (2009), citam a violência indireta, que ocorre quando no exercício de suas funções, o trabalhador convive com situações de miséria intensa, associadas à falta de recursos para resolvê-las e à impotência para propor-lhe alternativas. A violência indireta pode decorrer do convívio, da interação no grupo e do testemunho de situações de violência externa, o que significa ter contato direto ou indireto, com vítimas da violência ou com os agressores.

[...]eu fiz uma numa casa nova e eu reparei nos cômodos, sala, cozinha e banheiro, quarto, tudo no mesmo cômodo, aí como ela surgiu com uma questão eu vi a deixa para perguntar:

onde é que é o banheiro? Agente não tem banheiro; não tem banheiro? Não, a gente faz numa latinha depois joga, não tem banheiro. Eu fiquei assim, poxa como é que não tem banheiro, nós estamos em 2009, com tanta tecnologia e uma pessoa não tem banheiro, dentro da casa dela e mesmo assim ela se mostra uma pessoa tranqüila, o fato dela não ter banheiro não está prejudicando, para ela já se tornou uma coisa normal e para mim assim, é um absurdo não ter banheiro, tá a casa é pequena, mas pelo menos um banheiro, como é que elas tomam banho? Tomam banho do lado de fora e as outras coisas elas fazem numa latinha e jogam fora, entendeu?! (ACS 6)

[...]um dia desses nós fomos na casa de uma moça que tinha duas crianças sozinhas dentro de casa e se nós formos acionar o órgão governamental eles vão dizer assim, tá legal nós vamos lá ... mas sabe que em comunidade existem momentos e momentos que podemos nos meter ou não ...e todo tipo de maldade está previsto dentro do Estatuto da Criança e do Adolescente então a gente fica assim entre a cruz e a espada, fazer o que está dentro da lei e o que você pode fazer você tem um limite você não pode ultrapassar entendeu. (ACS 2)

[...]situações de pais que não tratam bem os filhos, pessoas que não tem nenhum tipo de renda , não tem nada, tem uma família que a mãe não tem nenhum tipo de renda, acho que só tinha a bolsa família, 4 filhos, não amamentava ninguém, tava sempre colocando leite. Porque você não amamenta? Você economiza dinheiro que você não tem, pode comprar outras coisas. Prefiro não (a mãe falou) porque senão ela vai ficar muito presa a mim, vai precisar muito de mim, vou querer sair e não vou ter como ir porque ela mama. São coisas assim que você não imagina que tenha, que exista. E com o trabalho de ACS você acaba descobrindo, você mesmo morando na comunidade fica muito dentro de casa e não consegue ver essa realidade, que ela existe, as vezes um pessoa do seu lado tem uma vida totalmente diferente da sua. (ACS 6)

O fato de viverem na comunidade e se depararem com situações difíceis no seu cotidiano, não quer dizer que os agentes estejam preparados para o enfrentamento da violência, seja ela armada ou o convívio com contrastes sociais graves. Imaginar que essas situações configuram um cenário de vida “normal” é um equívoco, pois ninguém consegue se acostumar com a violência.

[...]também tem o lado da violência que agente acaba vivendo o dia a dia, o tiroteio quando a polícia entra, a violência em todos os sentidos ou quando você passa e vê pessoas com armas na mão, você vai fazer o seu trabalho e tem que pedir licença para passar , tem que ser toda educada para passar, é tanta coisinha[...] (ACS 7)

3.6 Categoria 6: relação trabalho x saúde

Nome do Tema	UR	% URs	Categoria	Total de URs
Sobrecarga psíquica	53	58,9	Relação trabalho x saúde	90
Queixas físicas	34	41,1		

Quadro 7 – Temas e URs da Categoria 7

A categoria Relação trabalho x saúde expressa a relação entre os fatores de estresse ocupacional identificados no contexto do estudo e as manifestações psíquicas e físicas provenientes do desequilíbrio entre as estratégias de defesa e a sobrecarga no trabalho do ACS. A pergunta que mais diretamente identifica essa relação é a de número cinco do instrumento de coleta de dados:

Você percebe interferência dessas atividades em sua saúde? De que maneira?

3.6.1 Sobrecarga psíquica e queixas físicas

Primeiramente é importante ressaltar que a separação entre o elemento psíquico e o elemento físico constitui-se de uma divisão para contagem de URs e o entendimento do assunto no método empregado neste estudo, pois essa divisão na prática não ocorre e que os dois aspectos estão em íntima ligação e em mútua interferência.

Segundo Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994), a relação entre fadiga física e psíquica é inegável e sempre está presente nesses casos, sendo que o cotidiano da vida profissional e extra-profissional influenciam na somatização dos diferentes sintomas.

Os estímulos psíquicos em sua maioria possuem também um lado físico. A tensão emocional pode causar a contração dos músculos para uma possível reação, decorre daí uma dificuldade em relaxar, a continuidade dessa rigidez muscular com o tempo causa dor constituindo com isso uma manifestação física.

Entretanto, alguns ACS quando abordados sobre a possível relação entre a influência do estresse e os agravos a saúde, preferiram negá-la, mesmo verbalizando indícios que esta relação é verdadeira, indicando situações de sofrimento no trabalho.

De acordo com Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994), em toda relação de trabalho o sofrimento está presente, entretanto a representação desse sofrimento é determinante para a manutenção do estado subjetivo de saúde. O trabalho pode ser estruturante quando a organização do trabalho assim o proporciona, assim como pode constituir ambientes insalubres, fazendo com que o trabalhador utilize de estratégias de defesa na tentativa de resistir a este sofrimento, transformando-o em sensações de prazer.

[...]mas eu mesma aprendi a lidar com essas situações, entendeu? E eu vou fazendo coisas paliativas pra ir amenizando, mas eu sei que tem alguma coisa errada, o que exatamente ainda eu não sei, pode ser que devido há muita coisa que tenha acontecido[...] (ACS 15)

Na minha saúde não, graças a Deus, me estressa mas não chega a afetar a minha saúde não até porque eu nem permito...é um problema dos outros me deixa triste claro mas não chega a me incomodar assim tanto, minha saúde graças a Deus não[...] (ACS 23)

Não interfere, acho que não, porque eu gosto do que eu faço, eu já fui até chamado atenção por causa disso eu já fui até chamado atenção porque eu me envolvo muito com as famílias as vezes eu quero resolver problemas das famílias que eu não tenho condições de resolver mas eu fico querendo porque eu já vou fazer 5 anos com ACS mas antes eu ficava muito angustiada eu ficava estressada porque queria resolver um problema e eu não conseguia então eu fui trabalhando esse meu lado e fui vendo assim que a coisa não era bem por aí, e aí eu conseguir ter um auto-controle sobre isso, de estar resolvendo da melhor forma possível mas não querendo assim de uma vez[...] (ACS 14)

Tem, tem sim, tem, assim eu sou muito tranqüila, brinco muito, hoje eu tenho uma outra cabeça, eu não me estresso por poucas coisas, eu sei levar as coisas, graças a Deus eu não sou hipertensa e muitos ficaram hipertensos depois que entraram no PSF, mas influencia sim isso depende de cada pessoas, a mim eu fico tensa alguns momentos assim preocupada mas nada assim que chegue ao extremo. (ACS 1)

Outro aspecto nesse contexto é o apresentado como o descuido com a sua própria saúde, que pode ser interpretada com uma estratégia de negação dos riscos, sinais, sintomas e sentimentos de desgaste percebidos no trabalho, que na maioria das vezes o trabalhador não consegue evitar, optando inconscientemente por negá-los, na tentativa de minimizar seu reconhecimento e efeitos.

[...]eu também observo é que a gente cuida muito das pessoas e não se vê, a gente vai deixando o barco correr e a nossa parte vai deixando, vai levando, vamos cuidar de fulano, levar aqui e ali, marcar o exame de fulano e a gente? Tem que fazer um preventivo, há dois anos que não faço, não que tenha proibição, mas a gente mesmo não se olha a gente acha que está tranqüilo, não precisa não, porque a gente está cuidando dos outros e parece que isso é recíproco mas não é, a gente não está se cuidando, a gente cuida das famílias mas esquece um pouco da gente, acho que isso aí é uma mania de todo agente[...] (ACS 30)

[...]o agente comunitário, ele cuida muito da saúde dos outros e da dele, normalmente nós esquecemos da nossa né, só quando tem alguma coisa assim mais agravante é que a gente corre, igual tem uma colega nossa que estava doente já há algum tempo e só depois, ela mesma que percebeu essa dificuldade dela e não apresentava mais os sintomas então por ela mesmo tava resolvido, mas isso já tinha passado algum tempo, tava com problema de tireóide, tempos depois...como ela, se você for conversar com outros agentes comunitários você vai ver que muitos problemas de saúde surgiram devido situações que a gente passa e situações mal resolvidas e vão se acumulando pelos anos e em algum momento ela vem pra fora, hoje já não consigo mais, antes eu achava que não refletia em nada na minha saúde e reflete, qualquer coisa que acontece comigo, hoje reflete na minha saúde,eu não sou uma pessoa que vive doente[...] (ACS 15)

As vezes... eu procuro não ligar para isso, são coisas tão superficiais, tão banais, que é mais assim nesse setor de incentivo já fiquei de pressão alta devido a alguns estresses realmente, quer dizer hipertensa eu fiquei, ela fica mais alta quando eu me estresso, me aborreço, entendeu, aí as vezes têm situações que me deixam um pouco sim, a pressão fica alta, aí eu procuro espairar com alguma coisa. (ACS 1)

A identificação de danos a saúde decorrente de situações de trabalho vivenciadas em alguns relatos pode ser explícita, demonstrando a incapacidade de implementação de

estratégias de controle eficazes, fazendo com que as demandas corpóreas para a manutenção do equilíbrio sejam insuficientes, devido ao constante ataque dos fatores de estresse nesse ambiente.

Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994), referem que nessas situações há o acúmulo de energia psíquica, tornando-se fonte de desprazer, a carga de tensão se eleva ocasionando sofrimento.

[...]quando você vê já está te causando dano físico, falo não só por mim mas por muitas colegas, a gente já está ficando doente todo mundo já está ficando doente porque chega uma hora que suas forças acabam sendo minadas, porque você está em campo exposto há várias situações[...] (ACS 25)

Infelizmente interfere, assim eu fico estressada, eu acabo tendo um pouco de depressão antes de dormir e mexendo com meu estresse vai mexer com a minha pressão, meu emocional e me faz muito mal, me dá insônia, não consigo dormir a noite e eu não consegui completar aquilo que eu queria e quando alguém do lado não ajuda as vezes ainda atrapalha faz muito mal mesmo. (ACS 10)

Sim, tem dias que a gente está bem mais debilitada até mesmo se acontece alguma coisa que não me agrada meu corpo já logo sente, minha cabeça, meu corpo fica mais prostrado, fica mais triste com alguma situação, então interfere sim interfere. (ACS 24)

[...]a minha pressão normalmente tá sempre desestabilizando, to fazendo picos de 17 x10, o que não era constante, porque ta aqui, sabe tá querendo ou não emocionalmente, você acaba se envolvendo nas situações e eu acho que, mas em relação a isso, que botando na balança, em casa eu estou bem , minha família tá bem, minha família estando bem, em casa bem, você consegue equilibrar as situações fora e se eu estou bem em casa, se nas atividades que eu faço final de semana também to legal, então só sobrou o trabalho, como é que eu estou lidando ultimamente com o meu trabalho, pra mim , já está indicando sinais, de que ou eu tenho que tirar umas férias, dá uma parada, dá uma reciclada, ou alguma coisa eu to fazendo e não to percebendo que fisicamente tá me atrapalhando. (ACS 20)

[...]eu não era hipertensa até entrar no trabalho e acho que isso também é por causa do estresse que foi se acumulando e isso eu acho acaba atingindo sim a minha saúde, eu não consigo me recuperar como eu acho que me recuperaria se eu não estivesse dentro da minha área de trabalho, se tivesse um tempo para mim me recuperar eu não estaria tão doente, adoentada né. (ACS 16)

Segundo Dolan (2006), o estresse é uma das causas diretas de doença psicológica e fisiológica, considera também como uma das mais comuns na humanidade moderna. Ocorrências curtas de estresse representam pouco risco, mas em situações constantes o corpo fica em intensa atividade, acelerando o ritmo de desgaste dos sistemas biológicos. Refere também que o estresse relacionado ao trabalho em diversas ocupações resulta em problemas de saúde mental, tais como depressão e esgotamento.

Essa relação nem sempre é percebida pelos trabalhadores de maneira direta, mesmo que sejam percebidas influências negativas no seu estado de saúde. Este aspecto possibilita maior agravamento dos possíveis danos que o estresse pode causar no estado psíquico e/ou físico da pessoa.

Na minha saúde assim em si, porque a gente vê saúde assim dor, mas coisas assim, mas no caso saúde é assim mental, eu fico muito estressada, as vezes raciocino assim tão facilmente como eu deveria raciocinar pelo o fato de ter muita cobrança das pessoas, assim em cima de mim. (ACS 9)

[...]então vamos dizer assim eu acho que a interferência das atividades na nossa saúde quando ela não são bem colocadas acabam trazendo transtornos a nossa saúde, psicológicos[...] (ACS 27)

[...]percebo o estresse de alguma forma é uma doença e isso impossibilita de você fazer outras coisas, de desenvolver seu trabalho bem e de alguma forma você fica mal, vem aquela tristeza com certeza. (ACS 9)

Para Dolan (2006), as fontes de estresse no trabalho podem ser classificadas como: extrínsecas e intrínsecas. As extrínsecas seriam as pobres condições físicas de trabalho, ambigüidade profissional, insegurança no emprego, salários injustos, conflitos entre funções e comportamento coativo. Já as fontes intrínsecas seriam a sobrecarga de trabalho, muita dificuldade na função, muita responsabilidade e pouca participação nas decisões.

A partir desses fatores, o autor estabelece os sintomas e sinais de tensão, aos quais os sintomas psicológicos são: a depressão, ansiedade, insônia, irritabilidade, exaustão e o esgotamento profissional. Enquanto os sinais psicossomáticos principais são: a pressão alta, taquicardia, enxaquecas e os problemas respiratórios. Pode-se também relacionar entre os sintomas somáticos, as dores musculares, dermatite, disfunções gastrintestinais, tremores e problemas cardíacos.

[...]eu chego em casa com muita dor de cabeça, cansada, eu acho que e deve ao estresse sim, quando eu saio do trabalho eu chego em casa com muita dor de cabeça[...] (ACS 9)

Existe sim, porque eu fico estressada, como eu sou...quando eu comecei aqui eu era hipertensa e tomava 1 medicamento, agora eu tomo 2 medicamentos e um deles eu tomava 1 vez ao dia e agora tomo 2 vezes no dia e tomo 3 comprimidos pela manhã e 2 a tarde, aumentou por causa do estresse[...] (ACS 21)

[...]fiquei toda impolada com aquelas manchas vermelhas pelo corpo do sistema nervoso, é muito chatinho isso. (ACS 22)

Ah muito, eu tenho ficado doente direto, quando eu entrei no PSF eu não sabia o q era TPM e agora eu vivo a base de remédio na fase da TPM, assim é claro você... é a falta de paciência, mudança de humor, porque é o tempo todo[...] (ACS 25)

Muitas, virei hipertensa e eu não era, às vezes eu fico muito nervosa, coisas que deveriam passar batido me aborrecem, só de eu virar hipertensa você já viu né, você já viu que é estresse isso. (ACS 14)

[...]agora estou hipertensa, comecei a verificar a PA deu 15, 14, de repente até tem haver, com as famílias no tocante não, eu não sei deve ser tudo junto, dupla jornada casa, marido, filho essa coisa toda, genética, o que eu percebi foi mesmo a hipertensão, após o trabalho, após 4 anos. (ACS 4)

Acabo passando mal, quando eu fico muito nervosa minha pressão baixa, já aconteceu de eu desmaiar na rua por causa do estresse[...] (ACS 22)

O aparecimento de respostas físicas ao estresse é citado por Mendes (1995), como alterações músculo-esqueléticas, cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais e imunológicas.

Os sintomas físicos mais comuns estão entre a fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náuseas, tremores, extremidades frias e resfriados comuns. Assim como, os sintomas psíquicos chamados também de mentais ou emocionais seriam a diminuição da concentração, redução da memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (JACQUES; CODÓ, 2002).

[...]até algum tempo atrás e até minha saúde mesmo ficou abalada, muito tempo. Eu era uma pessoa tranquila assim, fiquei hipertensa, com tanto estresse[...] (ACS 15)

Sim, porque quando, cada um expressa esse estresse de alguma forma né, o meu foi a questão da saúde mesmo, eu quando fico muito sobrecarregada, fico com dor de cabeça, minha pressão aumenta, eu não era hipertensa, é..eu to investigando agora, porque quando eu fico mais tensa, antes não apareci, mas agora quando fico numa tensão um pouquinho maior, a minha voz vai sumindo, vou perdendo a minha voz, igual to bem rouca agora, mas eu sei que é por causa de um estresse, uma situação que tá acontecendo agora que eu ainda não consegui resolver e tá me deixando assim[...] (ACS 16)

Os efeitos físicos e psíquicos relacionados ao estresse podem variar de acordo com cada indivíduo, pois cada um reage aos estímulos estressores de acordo com sua bagagem de vida e a representação do seu cotidiano, porém existe uma similaridade para alguns sintomas e sinais encontrados nas falas.

França e Rodrigues apud Jacques e Codó (2002), aborda o estresse com entendimento biopsicossocial e refere que os estímulos estressores podem ser provenientes tanto do meio externo com as condições de trabalho, como do meio interno com os pensamentos e sentimentos. Acredita também, que o indivíduo pode contribuir para o aumento ou diminuição da intensidade do estresse.

O aparecimento de manifestações como perturbação, desânimo, cansaço, denotam sentimentos que muitas das vezes levarão a manifestações somáticas repercutindo de forma diferente na saúde. A continuidade desses sentimentos pode resultar em sensação de fadiga, representado comumente através de sintomas físicos, que por vezes não se estabelece a relação de causa e efeito com os riscos provenientes do trabalho, tanto pelo trabalhador quanto pela equipe de saúde.

Muitas vezes o sofrimento físico pode ser reconhecido e tratado pela organização do trabalho, porém o sofrimento mental é de difícil reconhecido pela instituição, portanto não

recebe a atenção necessária e a investigação de seus determinantes causadores no trabalho, expondo os trabalhadores a situações de estresse cada vez mais insustentáveis.

O reconhecimento de danos físicos representa apenas a ponta do iceberg para a necessidade de investigação de conjunto de relações instituídas nesse trabalho, que somadas revelam situação de grande tensão, cargas psíquicas com resultados físicos, revelando a necessidade de um estudo inverso no sentido de perceber os aspectos subjetivos, para que possam ser evitadas a partir daí as manifestações físicas.

Eu tive uma gripe que há muito eu não tinha, passei uma semana de cama praticamente, e tem outros fatores dor de cabeça, enxaqueca quase todo dia, dor de cabeça e era uma coisa assim que principalmente quando eu estava para menstruar, mas eu ficava assim uma semana direto com dor de cabeça, então são questões que afetam fisicamente e isso sem falar o emocional né, que a pessoa vira e mexe está ou explodindo ou num momento depressivo, não chega a ser depressão, mas são momentos depressivos que a pessoa acaba passando de querer até desistir durante o processo por não ver uma luz no fim do túnel. (ACS 25)

Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994), referem que em Psicodinâmica do Trabalho o foco principal são as relações interpessoais que se estabelecem no trabalho, uma vez que o trabalhador está em constante negociação para melhor maneira de trabalhar na espera de reconhecimento, que por vezes utiliza esse mecanismo de reconhecimento para superação de cargas no ambiente de trabalho, como uma espécie de recompensa pelo desgaste sofrido.

Contudo, a demanda de forças internas para superação desse sofrimento, obriga o trabalhador a utilizar cada vez mais suas energias na tentativa de vencer novos desafios, em um processo de grande desgaste.

Na busca de prazer laboral, o trabalhador pode fazer uso de um mecanismo de articulação entre trabalho, reconhecimento e sofrimento, no qual o enfrentamento do sofrimento na realização e conclusão de sua atividade gera reconhecimento de seu trabalho e de sua identidade, tornando esse trabalho gratificante (DEJOURS, ABDOUCHELLI; JAYET, 1994).

[...]está mais cansada então assim eu tenho tentado fazer o melhor para os meus pacientes mas estou me sentindo mais cansada[...] (ACS 24)

[...]você fica perturbado, a gente fica 24 horas pensando o que eu vou fazer para terminar o que eu tenho que fazer e fica o dia para fazer uma coisa aqui no módulo e no finalzinho nada, e é isso o nosso psicológico cobra muito não adianta dizer que isso não é comigo, é o vizinho, mas mesmo sendo o vizinho você acaba sentindo o impacto. (ACS 2)

[...]as vezes a pessoa não tem nem o comer em casa também, as vezes a gente acaba envolvendo, se sensibiliza, na parte emotiva e vivendo junto aquele problema que não tem como solucionar mesmo e o profissional de saúde acaba ficando estressado, as vezes com problemas psicológicos também[...] (ACS 5)

Percebo sim, eu fico muito cansada, eu fico muito estressada, a gente sabe que o estresse , ele causa doenças, você fica entristecida com alguma coisa, você acaba ficando doente. Eu sou muito emotiva, chorosa, se eu estou triste estou triste e se estou alegre, estou alegre; então procuro colocar para fora , e meu modo de colocar para fora, eu acho que é o certo, mas sempre fica alguma coisa retida, e isso causa cansaço, dores no corpo; eu fico muito cansada, tem finais de semana que meu esposo me chama para sair e não tenho nem ânimo porque estou muito cansada e ainda tenho que fazer as coisas em casa e não ânimo para sair[...] (ACS 7)

As vezes até o sono, você fica pensando poxa será que aquela moça que tem deficiência visual tomou seu remédio hoje ela tem a glicemia alta, você acaba passando a ser parte daquela vida ali daquela família e você acaba sentindo o impacto, pois você está sempre ali com aquela pessoa, então mexe com o seu subconsciente, você vai dormir você não descansa, no outro dia está mais cansado do que se tivesse trabalhado durante a noite, porque você se movimenta a noite pensando naqueles problemas todos e a gente as vezes não tem na rede um psicólogo ou alguém da parte da saúde mental, mas a gente não tem esse momento de falar da gente para eles, acaba ficando com problemas realmente. (ACS 2)

[...]tem momentos que interfere sim, a gente fica com baixa produtividade, fica com desânimo de ficar aqui dentro, prefere ficar na rua com nossos clientes, do que ficar aqui dentro, interfere porque não há uma boa relação[...] (ACS 8)

[...]o físico não tem muito mas a mente desgasta, o estresse rola devido a essas pendências que nós não conseguimos resolver, desgosto e tristeza a gente sente[...] (ACS 9)

[...]mas para mim já está um pouco cansativo, estou cansada são 5 anos eu acho que é uma fase mais crítica do trabalho 5 anos, estou há mais de 1 ano sem tirar férias, hoje para desenvolver essas atividades estou sentindo mais cansativa, no meu emocional minha cabeça[...] (ACS 24)

Fisicamente não mas a mente...não chega a me incomodar não, atrapalhar meu dia a dia, mas é bem desgastante sim, porque você se dedica muito ali, entra no problema das pessoas, tenta solucionar o problema das pessoas, então a mente fica assim de uma forma que sabe...é tanta coisa para resolver, é relatório esses relatórios mensais, e entra nesse negócio de SIAB, aquelas coisinhas todas e idade das crianças e idades dos adultos, hipertensos e diabéticos, então a mente funciona legal mesmo, tanto quando eu paro assim para deixar de lado em um dia de folga que coloca assim a pasta de lado não consegue nem colocar a mão, durante o horário normal a gente trabalha se dedica faz tudo direito mas quando também pára para descansar descansa mesmo tem que tirar da mente legal senão complica o negócio, o físico eu tiro de letra. (ACS 23)

É o estresse mesmo do dia a dia de você não poder falar ou falar e ficar com aquilo né...até você se acalmar e isso acontece as vezes de acontecer coisas e aí se eu não gostar e eu vou e falo ou não falo então isso acaba sendo um pouco estressante, a cabeça dói, dor de cabeça de ficar pensando é mais ou menos isso. (ACS24)

Para Jacques e Codó (2002), sintomas depressivos podem ser associados ao estresse, como: diminuição do apetite, alteração do sono, comportamento apático e perda do interesse sexual, podendo levar a comportamentos de fuga com o uso de medicamentos variados, tabaco, álcool e drogas ilícitas.

A identificação de falas relacionadas ao uso de drogas, mesmo que lícitas, na tentativa de amenizar os danos a saúde provenientes das cargas de estresse, revelam a gravidade do cotidiano vivenciado por esses trabalhadores.

O estudo de Zeferino (2006), sobre o uso de drogas por enfermeiros aponta os profissionais de saúde como os mais suscetíveis à dependência de determinadas drogas,

devido à maior possibilidade de auto-administração e livre acesso a tais substâncias em seu trabalho, além de que, muitas vezes as drogas são utilizadas na tentativa de minimizar ou reverter o desgaste profissional

Para Silva (2008), em sua pesquisa sobre o esgotamento profissional (Burnout) nos ACS, foi possível identificar o uso de medicação do tipo calmante, tranquilizante e antidepressivo, de forma regular em 24 ACS, totalizando 17% da amostra.

[...]estressa mas a gente tenta manter o controle, mas aquilo aborrece a gente, mas emocionalmente assim a gente sente o impacto do estresse[...] (ACS 5)

[...]é desanimador, é estressante, e pelo menos na minha saúde, eu tome pegando assim me tremendo e eu vou tentar não me deixar abalar com isso. (ACS 19)

[...]esses impasses de a gente fazer atividades educativas com adolescentes e a gente não ver continuidade disso a gente acaba se estressando porque vê que não consegue a acaba tendo que tomar medicamentos para poder se controlar vamos colocar assim um Rivotril[...] (ACS 27)

Percebo sim, esses últimos acontecimentos relativos à violência na comunidade, eu to tomando passiflorine, foi até indicado por uma médica que trabalho com ela aqui na unidade, porque assim, não adianta você que passa você que sabe né[...] (ACS19)

[...]as vezes eu fico sem dormir, perco noite de sono, por exemplo tem uma pessoa na minha área que ela tem problema psiquiátrico e as vezes não durmo mesmo e fico estressada, meio sem dormir, de vez em quando tomo um remedinho para dormir porque a cabeça da gente fica meio atribulada. Fico meio agitada, fiquei mais elétrica de vez em quando tenho que tomar um remédio para dormir[...] (ACS 3)

Um aspecto importante também observado advém de relatos com sinais de esgotamento, indicativos de possível esgotamento profissional (Burnout), que pode ser definido por Rossi, Perrewè e Sauter (2005), como uma síndrome psicológica que envolve uma reação prolongada aos fatores estressores. Essas reações podem ser descritas como uma exaustão avassaladora, sensações de desligamento do trabalho, assim como, sensação de ineficácia e falta de realização.

Cita também, que o Burnout possui estreita relação com ocupações com foco no fornecimento de auxílio a pessoas necessitadas, devido ao contexto interpessoal concentrado na atenção e nas emoções do indivíduo, como também nos motivos e valores subjetivos no trabalho com a pessoa atendida.

O Burnout segundo o estudo de Silva (2008) é constituído de três dimensões: a exaustão emocional caracterizado pelo desgaste emocional e falta de energia, a despersonalização com o afastamento psicológico do trabalho e a reduzida realização profissional levando o trabalhador a sentir-se insatisfeito e infeliz. Os resultados desse estudo apontam que 70,9% dos participantes apresentavam níveis moderados ou altos de exaustão

emocional, enquanto 34,0% estão relacionados à despersonalização e 47,5% à decepção com o trabalho.

Nervoso que vem de dentro, vontade de explodir tudo[...] (ACS 9)

É mais a saúde mental, tem hora que parece que você vai surtar, você tem que parar mesmo e deixar, organizar as coisas na sua mente para poder começar de novo[...] (ACS 4)

Na realidade eu vejo minhas colegas muito desmotivadas com o trabalho. Tem períodos que a gente esquece as coisas, eu pensei que era da minha idade mas vi que não era. Eu acho que é nosso dia a dia que está abalando todo mundo, não estamos podendo tirar férias, estou fisicamente cansada[...] (ACS 14)

Eu acho que sim, você fica esquecida, eu tenho notado que as minhas colegas também reclamam, você fica esquecida, você coloca uma coisa no lugar e não sabe onde colocou, tem que prestar conta de alguma coisa e você esquece, meio que o psicológico sei lá, fica meio abalado. (ACS 4)

Tem sim, eu estou ficando cansada, estressada, tem até momentos que eu fico querendo chorar de tão cansada que eu estou me sentindo, esquecendo das coisas, a na pessoa fala comigo e se eu não anotar lá na frente lá embaixo eu esqueço porque sem tirar férias, é papel direto, é falação, perturbação, briga, discussão o tempo todo, pessoas que brigam por coisas bobas que poderiam ser resolvidas[...] (ACS 21)

Eu percebo, às vezes eu fico deprimida tanto nas coisas positivas quanto nas negativas, quando eu vivia assim, depois eu fico um tempão me perguntando, aí meu Deus, às vezes eu acho que não vou agüentar[...] (ACS 17)

Parece que eu vou pirar, surtar, tem hora...eu não tive férias no ano passado, tem hora que você fica pedindo, contando os dias para tirar férias, para ficar em casa, tem final de semana que tem trabalhar também. (ACS 4)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa de mudança de modelo de assistência á saúde no Brasil com a criação do SUS, com a perspectiva de maior cobertura populacional e com atendimento de qualidade, tem no Programa de Saúde da Família um dos principais mecanismos para o alcance de seus objetivos, porém encontra até hoje diversas dificuldades para o seu pleno funcionamento.

A análise do trabalho do Agente Comunitário de Saúde atuante no PSF, dentro desse contexto, aponta conseqüentemente aspectos que dificultam sua plena atuação, como também algumas contradições que por vezes resultam em interferências na sua saúde física e mental.

O Ministério da Saúde constitui o organismo responsável pela normatização dos requisitos básicos necessários para atuação, treinamento e atribuições dos ACS, no entanto pode-se perceber que a prática estende-se para além da teoria, como também o trabalho real representa um universo mais complexo e rico do que o trabalho prescrito, que nesse estudo apresentou-se como fonte geradora de tensão e adoecimento.

O trabalho em saúde não pode ser totalmente identificado através do chamado trabalho morto, observando-se somente a realização de rotinas baseadas no conhecimento científico. Representa um conjunto de situações do desenrolar do dia de trabalho, a partir da subjetividade de profissionais e usuários construindo assim, uma realidade própria.

Aspecto importante para essa constatação advém do reconhecido mergulho de grande parte dos sujeitos nas entrevistas, permitindo assim, narrativas ricas, densas e com várias nuances, contradições e elementos para este estudo, dentre as quais se tentou selecionar algumas para análise e discussão na área da Saúde do Trabalhador.

Entretanto, deve ser citado que o fato do pesquisador haver atuado no PSF da área programática cenário do estudo, pode ter inibido em algum momento o real desvelamento da realidade cotidiana enfrentada pelos ACS, podendo ser considerado um limite deste estudo.

Outro aspecto deve-se a coleta de dados ter ocorrido em apenas três comunidades urbanas, que mesmo tendo atingido significativos resultados, há de se ampliar este tipo de estudo para outros universos com realidades diferentes.

A partir dos objetivos de identificar e analisar o estresse ocupacional na percepção dos ACS, tendo como objeto de estudo o trabalho do ACS como gerador de estresse ocupacional no PSF, foi possível verificar que a análise de conteúdo representou um método relevante, uma vez que o campo da Saúde do Trabalhador torna-se limitado quando se restringe a análise

quantitativa dos fatores de risco, sendo constituído de questões mais amplas do que a simples relação direta de causa e efeito para o estabelecimento do chamado nexos causal.

O reconhecimento desses aspectos constitui-se em uma importante ferramenta para análise e planejamento de ambientes de trabalho mais saudáveis. A capacidade de entender como o ACS percebe e interpreta seu ambiente de trabalho, sua capacidade de tolerar as pressões e exigências excessivas existentes e também como ele utiliza seus recursos internos para atender a essas demandas, é um adjetivo necessário para o desenvolvimento de organizações que valorizem a Saúde do Trabalhador.

Este estudo propiciou o conhecimento da percepção dos ACS sobre a existência de fatores geradores de estresse, de sua rotina de atividades e de alguns valores agregados ao seu trabalho, como também a interferência do trabalho na sua saúde, revelando um constante desgaste desses trabalhadores.

Nas falas dos ACS foi possível identificar a violência como um fator importante e representativo para o estresse, aspecto este inesperado neste estudo. A sua análise foi direcionada apenas ao objeto de pesquisa, sendo considerado um achado que necessita de novos estudos pela densa questão social vivenciada pelos ACS.

Contudo, também foi possível identificar que a participação do ACS nos processos decisórios é pouco reconhecida, tendo pouco valor perante a equipe, uma vez que não raro seu planejamento de atividades é modificado e suas visitas domiciliares são colocadas em segundo plano.

Em relação à gestão do PSF, pode-se perceber que a valorização de metas de produtividade gera grande cobrança, interferências na rotina e a priorização de ações nem sempre bem fundamentadas ou entendidas pelos ACS, causa por vezes frustração de suas expectativas.

O ACS desenvolve atividades diretamente com a comunidade, portanto essas interferências podem acarretar descontentamento do usuário pelo não cumprimento do agendamento de visitas ou atendimento no módulo, gerando estresse ao ACS pela cobrança popular e prejudicando sua busca constante por reconhecimento como profissional da saúde, no local onde mora e desenvolve seu trabalho.

O pouco controle sobre o processo de trabalho geralmente é superado pelo sentimento de satisfação e prazer com o resultado positivo de suas ações, ou seja, quando a necessidade do usuário objeto do seu trabalho consegue ser atendida. A valorização pela comunidade, pela equipe de trabalho e gerência, representa um aspecto de grande proteção aos fatores geradores de estresse, trazendo significado ao seu trabalho e que precisa ser estimulado.

No entanto, deve-se ressaltar que na busca de reconhecimento, o esforço e a dedicação demasiada, pode esconder uma estratégia de defesa perante os riscos no trabalho. Na medida em que o trabalhador mergulha no seu trabalho, ele tenta negar o sentimento de frustração e fracasso perante a comunidade, ultrapassando o limite de suas forças para o alcance de seus objetivos, os quais o próprio serviço não dispõe de condições ideais para atingi-los.

Para Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994), a utilização de estratégias de defesa propicia proteção e equilíbrio do sofrimento, funcionando como meios de modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade que faz sofrer. Na estratégia de defesa, o trabalhador busca equilíbrio e luta contra a doença mental.

A presença de estratégias de controle do estresse pôde ser observada em falas de poucos ACS, ao mencionarem a criação de atividades de grupo pontuais e não institucionalizadas, como forma de defesa do desgaste do dia de trabalho.

A criação de Programas de Qualidade de Vida no Trabalho deve ser pensada, como estratégias de prevenção do estresse ocupacional e redução de danos relacionados, pois constitui um importante mecanismo de valorização profissional, resultando no aumento da eficácia e alcance dos objetivos do trabalho para a Instituição.

O enfermeiro possui atribuições de supervisão de acordo com o Ministério da Saúde, além de desenvolver ações diretamente ligadas aos ACS, estabelecendo dessa forma estreitas relações de trabalho, portanto, representa um elemento fundamental no favorecimento de ambientes saudáveis.

Atualmente vivemos a busca por uma atuação mais humanizada, nesse sentido a enfermagem precisa perceber quem é esse trabalhador chamado ACS, seus valores, a representação do seu trabalho quanto indivíduo e para a comunidade, as pressões subjetivas que sofrem e a necessidade de valorizar seu saber popular como instrumento de mudança social.

Outro aspecto importante deve-se ao esforço individual de reconhecer a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde vigente e atuar para a real implantação do Programa de Saúde da Família, fato este que demanda forças e aparece em alguns estudos como grande gerador de sofrimento para o enfermeiro.

A reprodução pelo enfermeiro de estratégias institucionais de gerenciamento baseadas em análise estatística, impõe ritmos excessivos de trabalho e cobranças demasiadas em detrimento à vigilância em saúde e análise de riscos. Contudo, a realidade local acaba por não ser revelada, resultando em ordens contraditórias e colocando os integrantes da equipe em constante contradição entre o real e o prescrito, fato este gerador de estresse para o ACS.

Sendo assim, o enfermeiro deve estar atento ao risco de estabelecer relações de poder perversas e opressoras, não reconhecendo o ACS como um trabalhador legítimo e fundamental no trabalho em Saúde da Família.

Em se tratando de um universo amplo como o Programa de Saúde da Família dentro do contexto do Sistema Único de Saúde, vislumbra-se necessário o aprofundamento deste estudo, objetivando identificar as possíveis dificuldades na gestão operacional para uma efetiva implementação dessa estratégia, assim como analisar suas possíveis interferências na área da saúde dos trabalhadores, uma vez que essa área também constitui um campo de atuação do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J. I. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia. *Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v.16, n.1, p.49-54, jan./abr., 2000.

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. *Rev. São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.17, n.1, p.3-10, jan./mar., 2003.

ALBRECHT, K. O gerente e o estresse: faça o trabalho trabalhar por você. Rio de Janeiro: Ed. Ltda, 1988 apud LIMA, F. V. *Correlação entre variáveis preditoras de estresse e o nível de estresse*. 147f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Católica de Brasília. Brasília DF, 2005.

ABREU, A. M. M. *Acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro*. 157f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1997.

ALMEIDA, M. J. *Educação Médica em Saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: UEL, 1999.

AVENDAÑO, C. et al. *Riscos para a saúde das enfermeiras do setor público no Chile. Trabalho, Saúde e Gênero na Era da Globalização*. Goiânia. Ed. AB, 1997.

BACHLLI, R. G.; SCAVASSA, A J.; SPIRI W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência e Saúde Coletiv.*, Rio de Janeiro. v.13, n1, p. 51-60, jan./fev., 2008.

BARALHAS, M. *O agente comunitário de saúde: representações e dificuldades acerca da prática cotidiana da assistência*. 152f. Dissertação (Mestrado em Medicina)- Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 2008.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. *Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica*. São Paulo: Ed. McGraw-Hill, 1986.

BESSA, M. S. et al. Concepções dos Agentes Comunitário de Saúde Sobre sua Prática no Programa de Saúde da Família. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v.10, n.2, p.567-586, jul./dez., 2007.

BORSTEIN, V.J. *O Agente Comunitário de Saúde na Mediação de Saberes*. 232f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2007.

_____; STOTZ, E. M. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.259-268, jan./fev., 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%c3%A7ao.htm.> Acesso em 19 de ago. de 2008. Brasília DF, 1988.

_____. Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei10507_10_07_02.pdf> Acesso em: 30 de set. de 2009. D.O.U., 11 de julho de 2002. Brasília DF.

_____. Lei Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf> Acesso em: 05 de set. de 2009. Brasília DF, 2006.

_____. Lei Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei11350_05_10_06.pdf> Acesso em: 30 de set. 2009. Brasília DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Comunidade Solidária: Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS*. Brasília DF, 1997a. Série Prefeito Solidário.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação–Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília DF, Editora MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde*. Brasília DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático de Programa de Saúde da Família*. Brasília DF, 2008.

_____. Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/sus/NOAS_SUS_01_2001_portaria_95_01.doc> Acesso em: 12 de nov. de 2008. Brasília DF, 2001.

_____. Portaria Nº 2.527 de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria2527_19_10_06.pdf> Acesso em: 14 de out. de 2009. Brasília DF, 2006.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília DF, 1997b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Série A Normas e Manuais Técnicos. Departamento de Atenção Básica. Brasília DF, 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Série Pactos pela Saúde*, v. 4 Departamento de Atenção à Saúde. Brasília DF, 2006c.

BULHÕES, I. *Riscos do Trabalho de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

CALAIS, S. L. et al. Stress entre calouros e veteranos de jornalismo. *Estudos de Psicologia*, São Paulo, v.24, n.1, p.69-77, jan./mar., 2007.

CALILLÉ, A. Nem holismo nem individualismo metodológicos Marcel Maus e o paradigma da dádiva. *Rev. Bras. de Ciências Sociais*, São Paulo, v.13, n.38, p.5-37, out., 1998 apud JABUR P. A. C. *De Migrante a "Interno": uma leitura sociológica do processo de desvinculação social e psíquica*. 254f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília. DF, 2008.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Apresentando Logos: um gerenciador de dados textuais. Disponível em: <<http://www.saudepublica.ufc.br/LogosTut.pdf>> Acesso em: 22 de maio de 2009. Rio de Janeiro, 2003.

CAMELO, S.H H; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, São Paulo, v.12, n.1. p.14-21, jan./fev, 2004.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma, Repensando a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

CAMPOS, R. G. *Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica*. 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

CATTANI, A. D., HOLZMANN, L. *Dicionário de Trabalho e Tecnologia*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2006.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa, Ottawa, 1986. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em 19 de ago. de 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2., 1988, Adelaide. Declaração de Adelaide. Adelaide, 1988. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em 19 de ago. de 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, 1978. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 19 de ago. de 2008.

COSTA, O. V. Direito à saúde no Brasil: entre a prevenção de doenças e o tratamento de doentes. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.13, n.3, p.137-143, jul./set., 1999.

COSTA, M. A. F., COSTA, M. F. B. *Metodologia da pesquisa: conceitos e técnicas*. Rio de Janeiro: Ed. Interciência, 2001.

COSTA, M. B. S.; SILVA, M. I. T. Impacto da criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro. *Rev. Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, set./dez., v.12, n.3., 2004.

DAVID, H. M. S. L. *Religiosidade e cotidiano das agentes comunitárias de saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares*. 341f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

DAVID, H.M.S.L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.18, n.2. p.206-214, abr./jun., 2009.

DEJOURS, C. *Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações*. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Ed. Atlas, 1992.

_____. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Ed. Cortez-Oboré, 5. ed., 2001.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. *Rev. Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p.27-34, set./dez., 2004.

_____. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 7 ed., 2006.

_____; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Ed. Atlas, 1994.

DENZIM, N. K.; LINCOLN, I. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Ed Artmed, 2 ed., 2006.

DOLAN, S. L. *Estresse, Auto-estima, Saúde e Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Qualitymark., 2006.

FARIAS, S. N. P. *Riscos no Trabalho e Agravos à Saúde do Trabalhador de Enfermagem em Centro Municipal de Saúde*. 172f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999.

FERNANDES, J. C. L. Agentes de Saúde em Comunidades Urbanas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n.2., p.134-139, abr./jun, 1992.

FERRAZ, L; AERTEZ, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.347-355, abr./jun., 2005.

FISCHER, F. M., GOMES, J. R., COLACIOPPO, S. *Tópicos de saúde do trabalhador*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989.

FRANCO, T. B., BUENO, W S., MERHYE E. E., O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 15, n. 2. p.345-353, abr./jun., 1999.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. *Stress e trabalho*: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Ed. Atlas, 1997 apud JACQUES, M. G.; CODO, W. *Saúde mental e trabalho*: leituras. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

FREIRE P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1970.

_____. *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 11 ed., 1980.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e diagnóstico, com base na prática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.3. p.607-616, mai./jun., 2001.

GOMES M. L. B., BAPTISTA S.S., SILVA I. C. M. *A luta pela politização das enfermeiras: sindicalismo no Rio de Janeiro: 1978-1984*. Rio de Janeiro: Ed. Anna Nery, 1999.

GRANDJEAN, E. *Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem*. Santa Catarina: Ed. Artes Médicas, 1998.

JABUR P. A. C. *De Migrante a "Interno"*: uma leitura sociológica do processo de desvinculação social e psíquica. 254f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília. DF, 2008.

JACQUES, M. G.; CODO, W. *Saúde mental e trabalho*: leituras. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

JORGE, M. S. B. Concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua prática no Programa de Saúde da Família. *Rev. APS*, Minas Gerais, v.10, n.2. p.25-31, jul./dez., 2007.

LADEIRA, MB. O processo de stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. *Rev. de Administração*, São Paulo, v. 31, n.1., p.64-74, jan./mar 1996.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Metodologia Científica*: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis. São Paulo: Ed. Atlas, 1988.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.4. p.682-688, ago., 2009.

LAURELL, A. C., NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989.

LAUTERT, L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev. Pan. de Saúde Pública*, Washington, DC, v.6, n.6, p.415-425, 1999 apud TRINDADE, L. L.; et al. Cargas de Trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Rio Grande do Sul, v.28, n.4., p.473-479, dez., 2007.

LAUTERT L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev. Pan. de Saúde Pública*, Washington, DC v.6, n.6, p.415-425, 1999 apud LIMA, F. V. *Correlação entre variáveis preditoras de estresse e o nível de estresse*. 147f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Católica de Brasília. Brasília DF, 2005.

LIMA, F. V. *Correlação entre variáveis preditoras de estresse e o nível de estresse*. 147f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Católica de Brasília. Brasília DF, 2005.

LIPP, M. E. N. *Pesquisas Sobre o Stress no Brasil*. São Paulo: Ed. Papirus, 1996.

_____. *O stress está dentro de você*. São Paulo: Ed. Contexto, 2000.

_____. Stress ocupacional a contribuição de estressores internos e externos. *Rev. de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.28, n.6. p.347-349, 2001.

_____. *O stress no Brasil: pesquisas avançadas*. São Paulo: Ed. Papirus, 2004a.

_____. *Stress emocional: esboço da teoria de “temas de vida”*. São Paulo: Ed. Papirus, 2004b.

_____; MALAGRIS, L. E. N. *O stress no Brasil de hoje*. São Paulo: Ed. Papirus, 2004c.

MACEDO, L. E. T., et al. Estresse no trabalho, problemas de saúde e interrupção de atividades cotidianas: associação no estudo pró-saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p.2327-2336, out., 2007.

MARGINS, R; et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev. de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v.25, supl.1, p.65-74, abr., 2003 apud LIMA, F. V. *Correlação entre variáveis preditoras de estresse e o nível de estresse*. 147f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Católica de Brasília. Brasília DF, 2005.

MARQUES, R M; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, supl., p.163-171, 2002.

MARTINES, W. R. V. *Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família*. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

_____; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev. Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v.41, n.3. p.426-433, set., 2007.

MARTINS, C. O.; JESUS, J. F. Estresse, exercício físico, ergonomia e computador. *Rev. Bras. de Ciência e Esporte*. In: Anais Caderno 3. Textos e Resumos, v.21, n.1, p.807-813, set., 1999 apud LIMA, F. V. *Correlação entre variáveis preditoras de estresse e o nível de estresse*. 147f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Católica de Brasília. Brasília DF, 2005.

MARTINS, J. J., FARIA, E. M. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: Prazer e sofrimento. *Rev. Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, n.11, v.1.p. 222-243, 2002.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. São Paulo: Ed. Nova Cultura, v.1, 1988.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias Administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Rev. Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.15, n.3., p.508-514, jul./set., 2006.

MAUSS, M. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo, 2. ed., Ed. Perspectiva, 2001 apud JABUR P. A. C. *De Migrante a "Interno": uma leitura sociológica do processo de desvinculação social e psíquica*. 254f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília. DF, 2008.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.21.p.15-28, dez., 2000.

MEIRELLES, N. F. *O Estresse Ocupacional e o Centro Cirúrgico Oncológico no Contexto da Enfermagem*. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

MENDES, R. *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1995.

MENDES, A. M.; ABRAHÃO, J. I. . A influência da organização do trabalho nas vivências de prazer sofrimento do trabalhador: uma abordagem psicodinâmica. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília DF, v.22, n.26. p. 179-184., 1996.

_____; FERREIRA, M. C. "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Rev. Estudos de Psicologia*, Brasília DF, v.6, n.1., p.93-104, jan./jun., 2001.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2005.

_____, et al. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

MIELNIK, I. *Higiene Mental do Trabalho*. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 1976.

MINAYO, M. C. S. et al. *Programa Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso*. UNICEF, Fortaleza, 1990.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p.7-18, 1994.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 6 ed, 1999.

MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. *Journal International Health Services*, v.2, p.303-316, 1992 apud VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, p.7-14, 1999. supl.2.

MOLINA, O. F. *O Estresse no Cotidiano*. São Paulo: Ed. Pancast, 1996.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.13, n.2., p.255-261, mar./abr., 2005.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Texto para Discussão nº 735, jun. Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, M O. N; et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-1646, nov./dez., 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Identificación de enfermedades relacionadas com El trabajo y medidas para combatirlas*. Informe de um Comitê de Expertos de la OMS. (Série de Informes Técnicos, 714). Genebra, 1985.

ORTIZ, M. C. S. *Entidades de classe das enfermeiras no Brasil e Peru: o movimento para (re) configuração sindical de 1985 a 1987*. 208f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.3., p.303-311, 2001.

PEDUZZI, M. *A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde*. In: Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no Programa de Saúde da Família, São Paulo, p.9-11, nov., 2000.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, fev., v.35, n.1., p.103-109, 2001.

PIMENTA, A. P. L.; CAPISTRANO, D. F. *Saúde do Trabalhador*. Saúde em Debate. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1988.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Rio Grande do Sul: Ed. Artmed, 2004.

PUPIN, V. M. *Agentes Comunitários de Saúde: concepções de saúde e do seu trabalho*. 169f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

REIS, M. R. O. Trabalho do Enfermeiro no PSF e a vivência de situações de prazer e sofrimento no trabalho. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, E.M; LACAZ, C. F. A. *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: DIESAT, 1984.

RIBEIRO, E. M.; PIRES D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.2., p.438-446, mar./abr. 2004.

RIGOTTO, R. M. Saúde dos Trabalhadores e Meio Ambiente em Tempos de Globalização e Reestruturação Produtiva. *Revista Bras. de Saúde Ocupacional*, São Paulo v.93, n.94, p.9-20, dez., 1998.

RODRIGUES, E. M. C. *As Redes de Apoio Social nas Comunidades do Alto da Boa Vista como Subsídio ao Trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde*. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2009.

ROSSI, A. M., PERREWÈ, P. L., SAUTER, S. L. *Stress e qualidade de vida no trabalho: Perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Ed. Atlas, 2005.

RUDIO, F. V. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Ed. Vozes, 16 ed., 1997.

SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. *A Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. São Paulo: Ed. Manole, 2006.

SELIGMANN-SILVA, E., *Desgaste Mental no Trabalho Dominado*. Rio de Janeiro: Ed. da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Cortez, 1994.

SILVA, A T. C. *Estudo sobre esgotamento profissional e transtornos mentais em agentes comunitários de saúde no município de São Paulo*. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

SILVA, R. V. B. et al. *Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 2004.

SOUTO, D. F. *Saúde no trabalho: uma revolução em andamento*. Rio de Janeiro: SENAC/SESC, 2003.

SOUZA, A. D.; BUENO, M. A. *Estresse e o Trabalho*. 63f. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) - Sociedade Universitária Estácio de Sá. Mato Grosso do Sul, 2002.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática mais que uma conquista no PSF. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília DF, v.53, p.25-30, dez. 2000. supl.

STACCIARINI, J. M. R.; TROCCOLI, B. T.. O estresse na atividade ocupacional do Enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.9, n.2., p.17-25, 2001.

TAMAYO, A. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, Brasília DF, v.7, n.1., p.37-46, 2002.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Rev. Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.6 n.10, p.84-90, fev., 2002.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S., 1998. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, p.429-435, 1998 apud NUNES, M O. N; et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-1646, nov./dez., 2002.

TRINDADE, L. L.; et al. Cargas de Trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Rio Grande do Sul, v.28, n.4., p.473-479, dez., 2007.

_____. *O estresse laboral da equipe de saúde de família: implicações para a Saúde do Trabalhador*. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Ed. Atlas, 1.ed., 1987.

TRUJILLO, F. A. *Metodologia da Ciência*. Rio de Janeiro: Ed. Kennedy, 3 ed., 1974.

_____. *Metodologia da pesquisa científica*. São Paulo: Ed. Mc Graw-Hill, 1982.

TURATO, E. R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2003.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, supl.2. p.7-14, 1999.

_____; ASSIS, M., CARVALHO, M. *Participação Popular e os Serviços de Saúde: O Controle Social como Exercício da Cidadania*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1993.

VELLOSO, I. S. C. *A Interferência da Violência Social no trabalho em uma Unidade Básica de Saúde*. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2005.

VIANA, A. L. D., DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *PHYSIS - Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2. p.225-264, 1998.

_____; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS - Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, p.225-264, 2005. supl.0

WAI, M. F. P. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento*. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

ZEFERINO, M. T. Enfermeiros e Uso Abusivo de Drogas: Comprometendo o Cuidado de Si e do Outro. *Rev. Enf. UERJ*, Rio de Janeiro, v.14, n.4., p.599-605, out./dez., 2006.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/MESTRADO



Projeto de Mestrado: “O Estresse no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro”

Mestrando: Luiz Fernando Boiteux Santos

Orientadora: Prof^a Helena Maria Scherlowski Leal David

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Dados Pessoais

Idade (anos): 20 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 61 a 70

Sexo: Masculino Feminino

Estado civil: Solteiro Casado Separado Viúvo Outros

Nível de escolaridade (anos): Fundamental Médio Superior

Renda familiar (salário(s) mínimo(s)): 1 2 3 4 5 ou mais

Número de moradores em sua residência: 1 2 3 4 5 ou mais

Cômodos em sua residência: 1 2 3 4 5 ou mais

Entrevista

1. Como você se sente como trabalhador Agente Comunitário de Saúde?
2. Quais as atividades que você desenvolve no seu dia a dia?
3. Como você se sente ao desenvolver estas atividades?
4. No seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde, existem situações que lhe causam estresse? Quais? Fale sobre elas.
5. Você percebe interferência dessas atividades em sua saúde? De que maneira?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/MESTRADO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Declaro que concordo em participar, voluntariamente, da pesquisa científica sobre “O Estresse no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro” que será realizada sob a responsabilidade da Prof^ª Dr^ª Helena Maria Scherlowski Leal David da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e igualmente do mestrando Luiz Fernando Boiteux Santos que está matriculado no Programa de Pós Graduação dessa mesma instituição. Fui informada(o) que a pesquisa tem como objetivo geral: Compreender o estresse ocupacional, na percepção dos Agentes Comunitários de Saúde no PACS/PSF, numa Área Programática do Município do Rio de Janeiro.

Estou ciente de que os resultados das entrevistas são confidenciais e que serão utilizados unicamente para fins de pesquisa científica, e que as transcrições dos arquivos eletrônicos serão identificados unicamente através de números, preservando o sigilo das identidades dos entrevistados.

Autorizo a gravação da entrevista, assim como a publicação dos resultados das análises em conjunto para efeito público. Os resultados individuais somente poderão ser comunicados para a minha pessoa. Estou ciente de que posso, a qualquer momento, abandonar esta pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal.

Rio de Janeiro, de de 2009.

Nome do entrevistado

Nome do pesquisador

Luiz Fernando Boiteux Santos

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Contato:

Pesquisador Orientador: Helena Maria Scherlowski Leal David, Prof^ª do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: helena.david@uol.com.br Tel: (21) 8894-0355

Mestrando Responsável: Enfermeiro Luiz Fernando Boiteux Santos, aluno do Programa de Pós-Graduação/ Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: luizfbs@ig.com.br. Cel: (21) 9756-1907

CEP/SMS: Rua Afonso Cavalcante nº455, sala 601 – Cidade Nova. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br Tel: (21) 2293-5549
ANEXO A - Solicitação para realização de pesquisa PSF Parque Vila Isabel

ANEXO A - Solicitação para realização de Pesquisa**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro, 05 de maio de 2009

Ao PSF Parque Vila Isabel

Assunto: Solicitação para realização de Pesquisa

Prezados Senhores:

Solicitamos autorização para que o enfermeiro Luiz Fernando Boiteux Santos, aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Faculdade, possa coletar no Programa de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro – CAP 2.2, conforme informações abaixo, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a conclusão do curso.

Projeto Integrado de Pesquisa:

Abordagem interdisciplinar dos novos processos e relações de trabalho em saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde

Título: O Estresse no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro

Método Utilizado: Análise de Conteúdo

Tipo de Pesquisa: Qualitativa

Técnica Utilizada: Entrevista Individual

Período: maio a julho/2009

Orientadora: Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Certos da colaboração de V.S^a., apresentamos protestos de distinta consideração.

Sonia Acioli de Oliveira
Diretora

ANEXO B - Solicitação para realização de pesquisa PSF Borel**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro, 05 de maio de 2009

Ao PSF Parque Borel

Assunto: Solicitação para realização de Pesquisa

Prezados Senhores:

Solicitamos autorização para que o enfermeiro Luiz Fernando Boiteux Santos, aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Faculdade, possa coletar no Programa de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro – CAP 2.2, conforme informações abaixo, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a conclusão do curso.

Projeto Integrado de Pesquisa:

Abordagem interdisciplinar dos novos processos e relações de trabalho em saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde

Título: O Estresse no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro

Método Utilizado: Análise de Conteúdo

Tipo de Pesquisa: Qualitativa

Técnica Utilizada: Entrevista Individual

Período: maio a julho/2009

Orientadora: Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Certos da colaboração de V.S^a., apresentamos protestos de distinta consideração.

Sonia Acioli de Oliveira
Diretora

ANEXO C - Solicitação para realização de pesquisa PSF Casa Branca**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro, 05 de maio de 2009

Ao PSF Parque Casa Branca

Assunto: Solicitação para realização de Pesquisa

Prezados Senhores:

Solicitamos autorização para que o enfermeiro Luiz Fernando Boiteux Santos, aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Faculdade, possa coletar no Programa de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro – CAP 2.2, conforme informações abaixo, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a conclusão do curso.

Projeto Integrado de Pesquisa:

Abordagem interdisciplinar dos novos processos e relações de trabalho em saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde

Título: O Estresse no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro

Método Utilizado: Análise de Conteúdo

Tipo de Pesquisa: Qualitativa

Técnica Utilizada: Entrevista Individual

Período: maio a julho/2009

Orientadora: Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Certos da colaboração de V.S^a., apresentamos protestos de distinta consideração.

Sonia Acioli de Oliveira
Diretora

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética

RIO

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 34A/2008

Rio de Janeiro, 24 de março de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Salazar</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lupas Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Jucena Fabrício Vieira Líndea Guerra Bras Márcia Constança P. A. Gomes Marli Alice Guimarães Milene Rangel da Costa Rafael Aron Althol Hosaniel Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Guzene Oliveira de Menzies</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vienne</p>	<p align="center">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 25/08</p> <p>TÍTULO: Abordagem interdisciplinar dos novos processos e relações de trabalho em saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Helena Maria Scherliowski Leal David.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: CAP 2.2 e CAP 5.2.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 24/03/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p>
---	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96).

Eslclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 - Cidade Nova - Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2503-2024 / 2503-2025 - E-mail: cepms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº 00010761
IRB nº: 0000577

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)