



**DENISE MARIA QUATRIN LOPES**

**A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E AS CARGAS DE TRABALHO DOS  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM CONVERGENTE  
ASSISTENCIAL**

**RIO GRANDE**

**2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E AS CARGAS DE TRABALHO DOS**  
**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM CONVERGENTE**  
**ASSISTENCIAL**

**DENISE MARIA QUATRIN LOPES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Organização do trabalho da enfermagem/saúde

**Orientador: Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho**

**RIO GRANDE**

**2017**

## Ficha catalográfica

L864o Lopes, Denise Maria Quatrin.  
A organização do trabalho e as cargas de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma abordagem convergente assistencial / Denise Maria Quatrin Lopes. – 2017.  
176 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2017.  
Orientador: Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

1. Agentes comunitários de saúde 2. Estratégia de saúde da família  
3. Enfermagem 4. Saúde do trabalhador I. Lunardi Filho, Wilson Danilo  
II. Título.

CDU 616-083

**DENISE MARIA QUATRIN LOPES**

**A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E AS CARGAS DE TRABALHO DOS  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM CONVERGENTE  
ASSISTENCIAL**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 02 de março de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e saúde.

---

Dra. Giovana Calcagno Gomes  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
<hr/> <p>Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho – Presidente (FURG)</p>
<hr/> <p>Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira – Membro Interno (FURG)</p>
<hr/> <p>Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck – Membro Externo (UFSM)</p>
<hr/> <p>Dra. Dirce Stein Backes – Membro externo (UNIFRA)</p>
<hr/> <p>Helena Heidtmann Vaghetti – Suplente Interno (FURG)</p>
<hr/> <p>Juliana Silveira Colomé – Suplente Externo</p>

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, destaco que apesar de ter escolhido me dedicar à enfermagem muito jovem e ter concluído a graduação aos 20 anos, estou muito feliz pela escolha. Minha vida profissional iniciou em 1982, trabalhando em ambiente hospitalar, numa cidade pequena do interior do Rio Grande do Sul. Este primeiro contato com o trabalho foi um grande desafio, pela minha juventude e inexperiência. Aprendi que a práxis de enfermagem envolve a humildade de aceitar que temos limitações e que a busca pelo aperfeiçoamento pessoal e profissional são uma constante na vida. Fui acolhida na Fundação Hospitalar Pio XII, recebi nesta instituição todo apoio necessário para minha inserção no trabalho em saúde. Apesar das dificuldades enfrentadas, tive o prazer de ser reconhecida pelo meu trabalho, exercitei a autonomia, liberdade e as relações humanizadas no trabalho.

Em 1994, me desloquei a Santa Maria/RS para trabalhar no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, da qual guardo boas recordações. Situações familiares me levaram a decisão de exonerar-me do cargo. Fui acolhida novamente pelo Hospital Pio XII por mais cinco anos, sendo que dentro deste período iniciei minha caminhada na saúde coletiva atuando como enfermeira supervisora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e tornei-me especialista em enfermagem do trabalho.

Novamente em Santa Maria no ano de 2000, continuei meu trabalho na saúde coletiva. Neste período, além das atividades profissionais, retornei à academia, realizando especialização em educação profissional e saúde coletiva. O mestrado em enfermagem me aproximou da área de saúde do trabalhador, pela qual continuo me dedicando. O desafio agora, em nível de doutorado, está na construção de uma assistência de enfermagem que promova a saúde no trabalho.

Neste sentido, destaco que a construção pessoal e profissional é coletiva, por isso agradeço as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para minha caminhada.

\* Agradeço, primeiramente, a meus pais, hoje falecidos, pelo exemplo de dedicação e de transmissão dos valores morais e éticos. Foram eles os primeiros exemplos sobre a importância do trabalho na vida do homem. Agradeço pela oportunidade de ter nascido em uma família trabalhadora, honesta, digna. Obrigada pelos ensinamentos que me inspiram a procurar ser cada vez melhor.

\* Obrigada a minha família, meu esposo Juarez e os filhos Matheus, Diego e Fernanda. Todos foram fundamentais neste processo, cada um contribuindo com aquilo que podia, dependendo de sua singularidade e competência. Obrigada pelo apoio e carinho.

\* Obrigada professor Wilson! Meu querido orientador por ter estado ao meu lado nesta caminhada. Além de todos os ensinamentos acadêmicos, foste impecável na tarefa de conduzir-me a enfrentar a responsabilidade de realizar o curso de doutorado. Tive sempre sua dedicação e apoio, apesar dos percalços pelos quais passamos no período. Obrigado por não ter me abandonado, pela sua capacidade de discutir e aceitar novas ideias, orientando sobre o melhor caminho a seguir. Ensinou-me, principalmente, que o conhecimento precisa ser compartilhado de forma solidária e amorosa.

\* Obrigada professora Carmen Lúcia Colomé Beck, pela amizade, apoio e ajuda. Tu és um exemplo profissional e humano para mim.

\*Agradeço os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, pelos ensinamentos. Obrigado especialmente por aqueles que me demoveram da ideia de desistir do curso.

\* Obrigado aos servidores da Área Acadêmica da Saúde Prof. Newton Azevedo da FURG, especialmente os funcionários da secretaria da graduação e pós-graduação, pela atenção e ajuda.

\*Obrigado à equipe da reitoria da FURG, que em um momento de necessidade me deu abrigo junto ao Hotel de Trânsito, onde pude me dedicar aos estudos e conviver com pessoas maravilhosas.

\*Aos membros da Banca Examinadora tanto da qualificação do projeto como da defesa de tese, Doutores Wilson Danilo Lunardi Filho; Adriane Maria Netto de Oliveira; Carmem Lúcia Colomé Beck; Dirce Stein Backes; Helena Heidtmann Vagheti e Juliana Silveira Colomé; pelas contribuições para este estudo.

\*Aos membros do Núcleo de Ensino e Pesquisas em Saúde da Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS, especialmente o responsável pelo serviço Fabio Melo da Rosa, por terem me proporcionado a oportunidade de realizar esta pesquisa, apoiando e oferecendo a estrutura física para a realização dos encontros de grupo focal.

\*Aos amigos que contribuíram com a pesquisa: Rodrigo Jardim, Marcia Loureiro Lopes; Marcia Marquesam; Elenir Anversa e Larissa Gomes Bonilha. Sua participação nas discussões sobre o planejamento, bem como a atuação durante os encontros de grupo focal foram essenciais para o sucesso desta pesquisa.

\*A Larissa Gomes Bonilha, Matielle Beltrame dos Santos, Elisa Rucks Megier que atuaram como observadoras durante a coleta de dados nos encontros de grupo focal.

\*Às estagiárias de Psicologia Andressa Pino da Rosa e Lucila Silveira Souto Fernandes que acompanharam e contribuíram durante a realização dos grupos focais.

\*Aos Agentes Comunitários de Saúde, participantes desta pesquisa, com os quais tive a oportunidade de partilhar tanto momentos de alegrias e superações, quanto sofrimento e frustrações. Foram momentos de interação plena, onde cada um pode exercer um diálogo aberto e profícuo. Vocês me proporcionaram momentos de prazer no trabalho. Obrigado, vocês foram essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa.

“Compromisso é permitir que o outro entre na nossa vida. É sonhar junto sem se sentir ameaçado, marcar um horário sem se sentir controlado, dividir espaço sem se sentir invadido. Compromisso não é ‘falta’ de liberdade. Compromisso é o exercício da liberdade de estar com alguém.”

Chico Xavier

“Em tempos de grandes mudanças e inovações tecnológicas, o diferencial é SER HUMANO, buscando a excelência profissional com ética e responsabilidade social”.

Jacira Pedrosa, 2005.



## RESUMO

LOPES, Denise Maria Quatrin. A organização do trabalho e as cargas de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma abordagem convergente assistencial. 2017. 176 folhas. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

No presente estudo adotou-se o referencial de organização do trabalho e de cargas de trabalho, segundo a Psicodinâmica do Trabalho, tendo como objetos de estudo a organização e as cargas de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O objetivo geral foi estabelecer ações de enfermagem, relacionadas à organização do trabalho e às cargas de trabalho para promover a saúde do trabalhador. É uma pesquisa qualitativa com abordagem Convergente-Assistencial. O cenário foi composto por Unidades Básicas de Saúde, que atuam no modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizadas em um município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram ACS vinculados a três equipes da Secretaria Municipal da Saúde, em um total de quatorze participantes. Os dados foram produzidos por meio da técnica de entrevista semifechada, questionário, grupo focal e grupo de convergência. A pesquisa seguiu o percurso proposto pelo referencial da Pesquisa Convergente-Assistencial, cujo método foi aplicado através das fases: Concepção, Instrumentação, Teorização, Transferência, Análise e Interpretação. Os resultados apontam que o processo e formação para o trabalho dos ACS realizam-se no interior do serviço através da participação no curso introdutório e educação permanente. Percebeu-se a necessidade de um planejamento institucionalizado para a realização do curso introdutório, bem como de um processo educativo que envolva o desenvolvimento de competências para as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, consideradas essenciais no trabalho do ACS. Destaca-se a necessidade da corresponsabilidade da equipe no processo formativo do ACS, especialmente do enfermeiro, que pode perceber as eventuais falhas na formação, atuando no sentido de ajudar esse profissional na lida das adversidades do cotidiano laboral, minimizando os efeitos do trabalho na sua saúde. A investigação sobre a organização do trabalho apontou a existência de diferenças entre o trabalho prescrito e o real, bem como a influência que exercem na saúde dos ACS, provocando sobrecargas e sofrimento no trabalho. Neste sentido, pode-se evidenciar que as orientações fornecidas pela instituição para a realização do trabalho não podem ser concretizadas, devido a falhas na organização, especialmente no que tange ao planejamento da área de atuação do ACS e na provisão de meios e condições para o desenvolvimento do trabalho. Demonstrou-se também que o sofrimento no trabalho do ACS relaciona-se à dificuldade de estabelecimento de vínculos com a equipe e comunitários; convivência com ambientes insalubres, falta de materiais para a proteção da saúde; bem como a necessidade de adaptar-se continuamente às solicitações da equipe de saúde, a despeito do desenvolvimento de seu trabalho, envolvendo-se em conflitos constantes. Sobre as cargas de trabalho, evidenciou-se que a incorporação da multifuncionalidade na prática profissional aliada às deficiências na organização do trabalho vem ocasionando sobrecargas no trabalho, dificultado a realização do trabalho e potencializando as cargas de trabalho no ambiente laboral. Observou-se que os ACS estão expostos a cargas físicas (contexto sócio ambiental da comunidade; ambiente físico da UBS, contato com diversas doenças). As cargas cognitivas estão tangenciadas à sobrecarga da memória ocasionada pelo excesso de conhecimentos necessários para o exercício da função, agravada pela insuficiência de educação continuada. As cargas psíquicas relacionam-se ao imperativo de readaptar-se continuamente a novos profissionais da equipe, à falta de resolutividade do sistema de saúde, ao desenvolvimento de relações interpessoais insatisfatórias, à convivência com a violência e agressões. Este estudo permitiu tanto evidenciar a interferência das interconexões organização/cargas de trabalho na saúde dos ACS, bem como apresentar os resultados da assistência de enfermagem a este segmento. A convergência com a prática realizou-se por meio de ações de educação em saúde, que através da problematização, promoveu uma reflexão crítica do processo de trabalho dos ACS, evidenciando a elaboração coletiva de estratégias para minimizar os efeitos da organização do trabalho sobre si, com efeitos positivos na sua saúde.

**Descritores:** Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Enfermagem. Saúde do trabalhador.

## ABSTRACT

LOPES, Denise Maria Quatrin. The work organization and workloads of the Community Health Workers: a convergent welfare approach. 2017. 176 pp. Thesis (Doctorate in Nursing) –Nursing School. Graduate Nursing Program, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, Brazil.

In the present study, the work organization and workloads were adopted according to the Psychodynamic of Work, having as objects of study the organization and workloads of the Community Health Workers (CWH). The general objective was to establish nursing actions related to work organization and workloads to promote worker health. It is a qualitative research with a Convergent-Assistential approach. The scenario was composed of Basic Health Units, which work based on the Family Health Strategy (ESF) model and are located in a town in the countryside of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The CWH attendees were divided into three teams of the Municipal Health Department, in a total of fourteen participants. The data were produced through the technique of semi-closed interview, questionnaire, focus group and groups of convergences. This research has a qualitative approach and also uses a Convergent-Assistant method, whose method was applied through the phases: Conception, Instrumentation, Theorization, Transfer, Analysis and Interpretation. The results indicate that the process and training for the work of the ACS are carried out within the service through participation in the introductory course and ongoing education. It was perceived the need of a formalized planning for the introductory course, as well as for an educational process involving the development of competencies for disease prevention and health promotion actions, which are considered essential in the work of CWH. It is important to emphasize the need for team responsibility in the training process of the CWH, especially the nurses, who may notice eventual failures in the training, working to help this professional to deal with the adversities of daily work, minimizing the effects of work on their health. Research on the work organization has pointed to the existence of differences between prescribed and real work, as well as the influence that they have on the health of CHWs, causing work overloads and unpleasant working conditions. In this sense, it can be evidenced that the guidelines provided by the institution to carry out the work cannot be fulfilled, due to organizational failures, especially with regard to the planning of the CWH's area of action and the provision of means and conditions for the work development. It was also demonstrated that the suffering in the work of the CWH is related to the difficulty of establishing links with the team and the public; Coexistence within unhealthy environments, lack of materials for health protection; as well as the need to continuously adapt to the requests of the healthcare team, despite the development of their work, getting involved in constant conflicts. Concerning the workloads, it was evidenced that the incorporation of the multifunctionality in professional practice allied to the deficiencies in the work organization has been causing work overload, making it difficult to carry out the work and increasing workloads in the work environment. It was observed that the CWH are exposed to physical loads (socio-environmental context of the community, physical environment of the UBS, contact with various diseases). The cognitive burdens are tied to the memory overload caused by the excess of knowledge necessary for the performance of the duty, aggravated by the insufficiency of ongoing education. The psychic burdens are related to the imperative of continually being readapted to new team professionals, to the lack of resolution of the health system, to the development of unsatisfactory interpersonal relationships, to coexistence with violence and aggression. This study allowed both to highlight the interference of the organization / workload interconnections in the health of the CWH, as well as to present the results of the nursing assistance to this segment. The convergence with practice was carried out through actions of health education, which through the problematization promoted a critical reflection about the work process of the CWH, evidencing the collective elaboration of strategies to minimize the effects of the organization of the work on itself, with positive health effects.

**Descriptors:** Community Health Workers.Family Health Strategy.Nursing. Occupational Health.

## RESUMEN

LOPES, Denise Maria Quatrin. La organización del trabajo y el régimen de trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud: Un enfoque convergente asistencial. 2017. 176h. Tesis (Doctorado en Enfermería) –Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

En el presente estudio se ha adoptado la organización del trabajo de referencia y el régimen de trabajo, de acuerdo con la psicodinámica del trabajo, con el objeto de estudio de la organización y el régimen de trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS). El objetivo general fue establecer las acciones de enfermería relacionados con la organización del trabajo y el régimen de trabajo para promover la salud de los trabajadores. Se trata de una investigación cualitativa con enfoque convergente-Asistencial. El escenario se compone de unidades básicas de salud, que opera en el modelo de atención de la Estrategia de Salud Familiar (ESF), que se encuentra en un municipio del interior del Rio Grande del Sur, Brasil. Los participantes fueron ACS vinculados a tres equipos del Departamento de Salud Municipal, un total de catorce participantes. Los datos fueron obtenidos por la técnica de entrevista semicerrada, cuestionario, grupos focales y grupos de convergencias. La investigación siguió la ruta propuesta por el marco de la Investigación Convergente de Asistencia, cuyo método se aplicó a través de las fases: concepción, instrumentación, teorización, transferencia, análisis e interpretación. Los resultados muestran que el proceso y la formación para el trabajo de la ACS se llevan a cabo dentro del servicio a través de la participación en el curso de introducción y la formación continua. Se dio cuenta de la necesidad de una planificación institucional para la realización del curso de introducción y un proceso educativo que implica el desarrollo de habilidades para las acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud, considerada esencial en el trabajo de la ACS. Destaca la necesidad de la corresponsabilidad del equipo en el proceso formativo de ACS, especialmente del enfermero, que puede darse cuenta de cualquier falla en la formación, actuando en el sentido de ayudar a este profesional en las adversidades del cotidiano laboral, reduciendo al mínimo los efectos del trabajo en su salud. La investigación sobre la organización del trabajo señaló la existencia de diferencias entre el trabajo prescrito y real, así como su influencia en la salud de ACS, causando sobrecargas y sufrimiento en el trabajo. En este sentido, se puede demostrar que la orientación proporcionada por la institución para llevar a cabo el trabajo no pueden ser logradas, debido a fallas en la organización, en particular con respecto a la planificación de la zona de operación de ACS y los medios de provisión y las condiciones para el desarrollo del trabajo. Se ha demostrado también que el sufrimiento en el trabajo de ACS se relaciona con la dificultad de establecer vínculos con el equipo y la comunidad; convivencia con ambientes poco saludables, falta de materiales para la protección de la salud; y la necesidad de adaptarse continuamente a las peticiones del equipo de salud, pese el desarrollo de su trabajo, la participación en un conflicto constante. Acerca del régimen de trabajo, se demostró que la incorporación de la multifuncionalidad en la práctica profesional, combinado con las deficiencias en la organización ha causado una sobrecarga en el trabajo haciendo que sea difícil llevar a cabo el trabajo, la mejora en el régimen de trabajo y en su entorno. Se observó que los ACS están expuestos a cargas físicas (contexto socio ambiental de la comunidad; el ambiente físico de la UBS; contacto con diversas enfermedades). Las cargas cognitivas están tangenciadas a la sobrecarga de la memoria causada por el exceso de los conocimientos necesarios para el ejercicio de la función, agravado por la falta de formación continuada. Las cargas psíquicas se refieren a la necesidad de volver a adaptarse continuamente a los nuevos miembros del equipo, a la falta de soluciones en el sistema de salud, el desarrollo de las relaciones interpersonales pobres, a la convivencia con la violencia y la agresión. Este estudio permitió evidenciar la interferencia de las interconexiones organización / cargas de trabajo sobre la salud de ACS así como, presentar los resultados de los cuidados de enfermería a este segmento. La convergencia con la práctica se llevó a cabo a través de acciones de educación para la salud, que a través de preguntas, promovieron una reflexión crítica del proceso de trabajo de los ACS, que muestra la elaboración colectiva de estrategias para minimizar los efectos de la organización del trabajo en sí mismo, con efectos positivos sobre su salud.

Descriptorios: Agentes Comunitarios de Salud. Estrategia de Salud Familiar. Enfermería. Salud Laboral.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANENT	Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho
APS	Atenção Primária em Saúde
CEP/FURG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande/RS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEPOTES	Grupo de estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde
GCG	Grupo de Convergência
NEPES	Núcleo de Educação Permanente da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PNSST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria/RS

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 - Ilustração do Marco Teórico de Referência .....	21
FIGURA 2 - Ilustração do Referencial da Psicodinâmica do Trabalho. ....	36

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
<b>1.1 Objetivo geral.....</b>	<b>18</b>
<b>1.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>19</b>
2. MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA .....	20
<b>2.1 A organização do trabalho .....</b>	<b>21</b>
2.1.1 Componentes da organização do trabalho.....	22
2.1.2 A organização do trabalho do Sistema Único de Saúde Brasileiro.....	22
2.1.3 O trabalho do ACS .....	25
<b>2.2 Psicodinâmica do trabalho .....</b>	<b>29</b>
<b>2.3 Assistência de enfermagem na saúde do trabalhador .....</b>	<b>36</b>
3 MÉTODO .....	38
<b>3.1 Tipo do estudo .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 Trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial .....</b>	<b>39</b>
3.2.1 Fase de Concepção .....	39
3.2.2 Fase de Instrumentação .....	41
3.2.3 Fase de Perscrutação .....	43
3.2.4 Fase de Análise.....	47
3.2.5 Fase de Interpretação.....	48
<b>3.3 Aspectos éticos.....</b>	<b>49</b>
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	50
<b>ARTIGO 1 – A influência do trabalho na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa da literatura .....</b>	<b>51</b>
<b>ARTIGO 2 – A formação do Agente Comunitário de Saúde.....</b>	<b>64</b>
<b>ARTIGO 3 – A organização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: do prescrito ao real .....</b>	<b>80</b>
<b>ARTIGO 4 – Percepção dos agentes comunitários de saúde acerca das cargas de trabalho presentes na sua dinâmica laboral.....</b>	<b>102</b>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	122
6 REFERÊNCIAS .....	127
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	133
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS.....	136
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	137
APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS. ....	139
APÊNDICE E – PLANO DE AÇÃO .....	140
APÊNDICE F – DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS DE GRUPO FOCAL .....	155
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE, SECRETARIA DE MUNICÍPIO DE SAÚDE DE SANTA MARIA/RS.....	173
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE .....	174

## 1 INTRODUÇÃO

As transformações do mundo do trabalho produziram novas configurações da relação entre o capital e o trabalho. Essa conjuntura abre espaço para novas situações conflituosas no universo do trabalho, as quais podem acarretar o adoecimento do trabalhador (TOLDRÁ; et al, 2010). Tendo em vista essa interlocução entre o trabalho e o processo saúde-doença, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) procura estabelecer uma articulação entre as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de convergirem para a promoção da qualidade de vida e saúde do trabalhador (BRASIL, 2012a).

As relações de vida e trabalho são permeadas, dentre outras, pelas necessidades biológicas, psicológicas, sociais, ambientais, econômicas, políticas e culturais. Assim, a PNSTT considera que o trabalho tem grande influência nos determinantes de saúde e/ou adoecimento da população brasileira. Para tanto, é fundamental considerar o trabalho como central na vida do homem, com poder de proporcionar tanto saúde e bem estar quanto, em situações específicas, causar o adoecimento. O adoecimento oriundo do trabalho exerce impactos nas esferas da vida pessoal e profissional do trabalhador. Por isso, a área que trata da Saúde do Trabalhador tem se preocupado em compreender as relações entre organização do trabalho e dinâmica saúde-doença, buscando intervir nesses processos (LACAZ, 2007; MARZIALE, 2010).

Nesse sentido, o campo da Psicodinâmica do Trabalho, fundado pelo psiquiatra francês Christophe Dejours, tem avançado, no intuito de compreender a articulação desses elementos com a saúde dos trabalhadores. Esta corrente compreende o trabalho como elemento central na vida do homem, constituindo-se em uma ação dinâmica – o trabalhar, em situações nas quais haja mobilização pessoal para atender a uma demanda permeada por pressões materiais e sociais. Ou seja, o trabalho implica tanto o engajamento do corpo quanto da inteligência, no refletir, interpretar e reagir às situações (DEJOURS, 2004).

O conjunto de elementos de ordem burocrática, estrutural e hierárquicos convencionados e institucionalizados nos ambientes laborais é o conceito chave utilizado pela Psicodinâmica do Trabalho para definir a organização do trabalho. Esta definição assume importância, na medida em que a organização do trabalho é o elemento central no entendimento da dinâmica tanto do prazer quanto do sofrimento no trabalho (DEJOURS, 1992). Para a Psicodinâmica do Trabalho, à relação do trabalhador com seu trabalho, que interfere na dinâmica saúde/doença, agrega-se o conceito de cargas de trabalho, que são consideradas interdependentes, articulando-se e potencializando-se no jogo da organização do trabalho. (DEJOURS, 1992; SELIGMANN; SILVA, 1994).



Ferreira; Freire, (2001) realizaram estudo de revisão, apontando para o fato de que o conceito de carga de trabalho é permeado por controvérsias, ambiguidades e imprecisões. Para tanto, sugerem a utilização de um conceito geral, o de Laurell; Noriega, (1989), que conceituam a carga de trabalho como sendo composta de um conjunto de variáveis na dinâmica de trabalho que atuam sobre o operador, exigindo esforço contínuo de regulação e de adaptação para a obtenção dos resultados da produção.

Neste sentido, sob as lentes da Psicodinâmica do Trabalho, as cargas de trabalho são analisadas com enfoque na carga psíquica, representada pelos elementos relacionais e afetivos presentes no cotidiano laboral, como um regulador da carga global presente no trabalho. Assim, a carga psíquica está intimamente relacionada à forma de organização do trabalho bem como das condições ofertadas para o desenvolvimento do trabalho (DEJOURS, 1994, DEJOURS, 1992). Corroborando com o autor, Ferreira, (2007) destaca que a organização do trabalho extrapola os aspectos físicos, alcança a subjetividade das relações interpessoais e a sutil rede intersubjetiva mobilizada pelas situações de trabalho. Portanto, Dejours (1992) relaciona organizações rígidas, inflexíveis e dominadoras com episódios de sofrimento e/ou adoecimento no trabalho. Por outro lado, organizações maleáveis, que dão maior liberdade ao trabalhador, permitindo a sua autorregulação e o desenvolvimento da criatividade, promovem o sofrimento criativo e/ou saúde.

O sentimento de prazer advém do reconhecimento, da motivação, do sentir-se útil e da satisfação com o produto do trabalho. Já o sofrimento pode ser desencadeado pelo conflito, podendo tornar-se criativo, mobilizando para a busca de solução; ou patológico, quando não encontra meios de enfrentamento, podendo evoluir para o adoecimento (DEJOURS, 1992; 2006; 2011). Dejours (1992) destaca que os trabalhadores, para realizarem o trabalho prescrito, corresponderem às expectativas da organização que os emprega e não adoecerem utilizam estratégias de defesa para protegerem-se do sofrimento e manterem o equilíbrio psíquico.

Dejours; Abdoucheli; Jayet (2011) destacam que existem estratégias de defesa individuais e coletivas. As individuais são interiorizadas, permanecendo sem a presença física do objeto. As coletivas, por sua vez, dependem da presença de condições externas. Assim, são capazes de se sustentar no consenso de um grupo de trabalhadores, transformar o contexto de produção e promover as vivências de prazer proporcionadas pelo espaço de discussão, cooperação e confiança mútua. Desse modo, este aporte teórico busca analisar as estratégias individuais e coletivas de mediação utilizadas pelos trabalhadores.

Considera-se importante destacar, também, que a Psicodinâmica do Trabalho oferece a oportunidade de atuação na fase pré-patogênica, resgatando a importância da abordagem

integral do ser humano e da visão multicausal do processo saúde-doença; permitindo a compreensão sobre o protagonismo e a autonomia do trabalhador, em especial do profissional da saúde, envolvendo-o na produção tanto da sua saúde quanto da saúde do usuário.

Os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente os da atenção primária em saúde, estão cercados de um conjunto de elementos singulares que possibilitam, em alguns casos, vivências de sofrimento no cotidiano laboral. Dentre os grupos potencialmente expostos a esse sofrimento, salienta-se o dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), membros das Equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criadas pelo Ministério da Saúde para prestarem assistência à saúde da população.

No cotidiano laboral, o ACS desenvolve a função de elo entre a equipe de saúde e a população. Coopera no planejamento e execução de ações de prevenção e promoção da saúde, atuando de maneira diagnóstica e preventiva. No Brasil, a profissão de ACS foi regulamentada pela Lei nº 11.350, em 2002, prevendo que sua atuação está restrita ao SUS e estabelecendo a obrigatoriedade de residir na área de atuação. Portanto, os ACS são os únicos membros das equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família que devem residir na comunidade onde atuam (BRASIL, 2006b).

Outra característica singular do trabalho do ACS a ser destacada é que ele, diferentemente dos outros membros da equipe de ESF, não possui preparação formal prévia. Sua formação é realizada no interior do serviço de saúde, responsabilizando o gestor local pela concretização do curso introdutório e educação permanente e, por consequência, instrumentalizar o ACS para o desempenho de suas funções. Esta preparação perpassa todo o processo de trabalho do ACS, interferindo diretamente no prazer e ou sofrimento vivenciado e, conseqüentemente, na sua saúde (BRASIL, 2000 a; BRASIL, 2000 b).

O ACS tem um papel fundamental para a consolidação da ESF. Por outro lado, muitas vezes, seu trabalho é exaustivo, permeado por fatores que podem afetar tanto sua saúde física quanto psíquica. Estudos demonstram que aspectos da organização/condições de trabalho desse profissional favorecem a ocorrência de sobrecargas físicas, químicas, mecânicas e emocionais (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016).

A realidade vivenciada pelo ACS, no cotidiano do trabalho, está ancorada no tripé que o caracteriza como morador, trabalhador e usuário do serviço que oferta. Esta característica produz dificuldades, dentre outros: a multiplicidade de papéis, a contaminação do tempo de não trabalho; a perda da privacidade; a confusão do usuário entre o trabalho e o relacionamento pessoal com o ACS; o constrangimento de não ser atendido como usuário; e a convivência diária com problemas sociais da população sobre a qual muito pouco pode fazer (MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014). Estudos apontam para a alimentação de uma

imagem do agente “sempre disposto a ajudar”, ocasionando dificuldade de impor limites às solicitações dos usuários, causando demanda adicional ao trabalho (WAI; CARVALHO, 2009; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

Considera-se também relevante o fato de que a maioria dos ACS são mulheres que, segundo Ribeiro; Nardi; Machado (2012) sofre a sobrecarga de múltiplas atribuições que envolvem o lar e a maternidade. Nesse sentido, a divisão sexual do trabalho é reafirmada pelas históricas hierarquias de gênero, que envolvem a precarização/desvalorização do trabalho feminino, bem como a de sua força de trabalho (NOGUEIRA, 2010). Assim, além de vivenciarem situações desfavoráveis típicas do trabalho de ACS, poderão experimentar, também, as mazelas típicas do trabalho feminino.

A assistência em saúde do trabalhador exige atenção multidisciplinar e a efetiva participação do trabalhador. Sob esta compreensão, a enfermagem do trabalho vem se consolidando em sua tarefa assistencial a trabalhadores, sendo definida como uma ciência especializada que planeja e executa serviços de saúde aos trabalhadores. Essa prática alicerça-se nos diferentes níveis de prevenção e proteção da saúde e é essencial para que se promova saúde de qualidade, nos diversos ramos de atuação (BEVILACQUA, 2014). Sob este aspecto, a assistência de enfermagem à saúde do ACS pode auxiliar na construção de condições de trabalhos mais favoráveis a esse trabalhador.

Diante dessas considerações, apresentou-se esta proposta de pesquisa acerca da organização do trabalho e das cargas de trabalho dos Agentes Comunitários de saúde, a partir do referencial da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), proposta por Trentini, Paim e Silva (2014), a qual envolve um comprometimento diferenciado do pesquisador com a melhoria do contexto social, com a intenção de contribuir para solucionar problemas, realizar mudanças e inovações (TRENTINI; PAIM, 2004). O interesse em desenvolver esse tipo de pesquisa-intervenção emergiu, primeiramente, da vivência prática da pesquisadora que, por muito tempo, atuou em uma equipe de ESF, assumindo a responsabilidade de enfermeira supervisora dos ACS, convivendo com um cotidiano laboral complexo e, muitas vezes, prejudicial à saúde do trabalhador.

Na esfera acadêmica, a realização de mestrado em enfermagem, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), culminou com pesquisa em que foram identificadas situações geradoras de prazer/sofrimento e as estratégias defensivas utilizadas pelos ACS, no cotidiano laboral. Percebeu-se o distanciamento entre o trabalho prescrito e o real, tornando-o complexo e penoso. Estão presentes sofrimentos resultantes de falhas na organização do trabalho; o desgaste provocado pelo envolvimento com os graves problemas sociais dos usuários; a falta de reconhecimento do trabalho realizado, por parte da própria equipe e dos

usuários; a descontinuidade dos projetos; a falta de entendimento sobre a mudança de modelo assistencial preconizado pela estratégia de saúde da família (LOPES et al, 2012).

Diante deste contexto, os ACS pesquisados lançavam mão de estratégias defensivas de resistência, racionalização, individualismo e passividade, criando um ciclo de perpetuação do sofrimento. Esta constatação foi entendida pela pesquisadora como uma lacuna do conhecimento indicado para uma atuação mais efetiva na assistência de enfermagem, na promoção da saúde destes trabalhadores (LOPES; et al, 2012).

Assim, a realização do curso de Doutorado em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e a participação no Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES), motivaram a realização deste estudo, utilizando o método da pesquisa convergente assistencial, tendo como foco a organização do trabalho e nas cargas de trabalho, consideradas elementos-chave no processo saúde/doença do trabalhador. Tendo em vista essas considerações, propôs-se este estudo delineado a partir das seguintes indagações:

- Quais são as percepções dos ACS acerca da organização do trabalho e das cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral?
- Como os ACS vêm sendo preparados para o desenvolvimento de seu trabalho?
- Quais ações de enfermagem podem ser realizadas em conjunto com os ACS, relacionadas à organização do trabalho e às cargas de trabalho, que promovam a saúde destes trabalhadores?

Estas foram indagações necessárias para o planejamento e execução do cuidado de enfermagem na promoção da saúde destes trabalhadores. Pretendeu-se que, através dessa pesquisa convergente assistencial, pudesse-se contribuir para construção de um ambiente laboral mais saudável, melhorar a assistência prestada tanto ao usuário quanto ao próprio trabalhador e interferir no sistema de saúde como um todo. Neste sentido, mostrou-se indispensável refletir sobre a seguinte questão de pesquisa: como o trabalho do ACS pode se tornar mais saudável?

### **1.1 Objetivo geral**

- Estabelecer e implementar ações de enfermagem, em conjunto com os ACS, relacionadas à organização do trabalho, cargas de trabalho e a promoção da saúde desses trabalhadores.

## 1.2 Objetivos específicos

- Identificar a percepção dos ACS acerca da organização do seu processo de trabalho.
- Identificar o processo de preparação para o trabalho do ACS.
- Conhecer a percepção dos ACS acerca das cargas de trabalho presentes na sua dinâmica laboral.
- Conhecer as interfaces do trabalho com a saúde dos Agentes Comunitários de saúde, relacionando-os à organização do trabalho e às cargas de trabalho, a partir da teoria da Psicodinâmica do Trabalho.

Estes objetivos permitiram encontrar argumentos para subsidiar a seguinte **Tese:**

A assistência de enfermagem pode contribuir para melhorar a organização do trabalho, minimizar os efeitos das cargas de trabalho sobre os Agentes Comunitários de Saúde e promover a sua saúde.

## 2. MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

O Marco Teórico de Referência foi construído de maneira que três Subcapítulos subsidiassem as teorizações acerca dessa Tese:

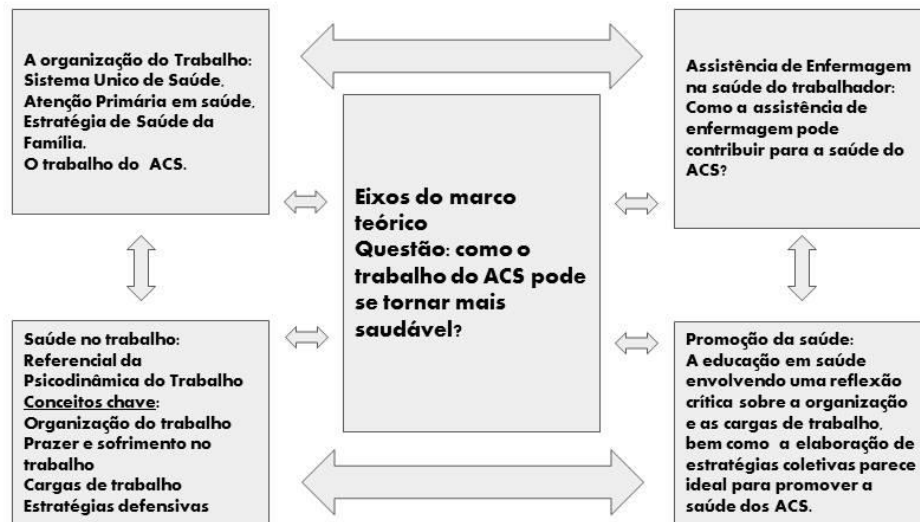
No Subcapítulo 1 – **A organização do trabalho** contextualiza-se o trabalho como um instrumento de ação e de valor do ser humano. Apresentam-se os componentes envolvidos na organização do trabalho; a organização do Sistema Único de Saúde brasileiro, enfatizando a Atenção Primária em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. Levando em conta o trabalhador /foco do estudo, contextualiza-se o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e suas influências no processo saúde-doença. Reflete-se também sobre a importância do enfermeiro instrutor/supervisor na preparação dos ACS para o trabalho.

O Subcapítulo 2 - **A Saúde no trabalho** aborda o Referencial da Psicodinâmica do Trabalho. A partir disso, realizaram-se esclarecimentos acerca de determinados conceitos chave para esta Tese, tais como: organização do trabalho; prazer e sofrimento no trabalho; cargas de trabalho; estratégias defensivas.

No Subcapítulo 3 - **Assistência de Enfermagem na saúde do trabalhador** aborda-se o cuidado de enfermagem na saúde do trabalhador. Menciona-se que a saúde e bem-estar no trabalho perpassa a compreensão do trabalhador como sujeito/ator de sua vida, permeada pelas relações sociais, buscando, permanentemente, o conhecimento e lutando para construir melhores condições de trabalho, qualidade de vida e de saúde. Conceitua-se saúde do trabalhador. Elencam-se as atribuições do enfermeiro do trabalho e o planejamento do cuidado integral. Aborda-se, ainda, a ideia da promoção da saúde do trabalhador. Neste contexto, apresenta-se a educação em saúde como instrumento para a assistência em enfermagem. Assim, conclui-se que, a educação em saúde, envolvendo uma reflexão crítica sobre a organização e as cargas de trabalho, bem como a construção de estratégias de mobilização coletiva parece adequada para promover a saúde dos ACS.

A seguir, apresenta-se a Figura 1, para ilustrar o Marco Teórico de Referência, criada pela pesquisadora para identificar como foi concebida e sustentada teoricamente a temática dessa tese.

FIGURA 1 - Ilustração do Marco Teórico de Referência



## 2.1 A organização do trabalho

O trabalho é instrumento de ação e valor ao ser humano, representando os diversos níveis de manifestações do homem na sociedade, fazendo parte da história da humanidade, objetivando a sua sobrevivência. Entretanto, somente no final do século XVIII, na Inglaterra, foi que ocorreu a consolidação do modo de produção capitalista que se iniciou com a primeira revolução industrial. O êxodo rural intensificou-se, neste período, e as concentrações urbanas passaram a demandar aumento de produção.

Para tanto, criou-se a indústria e dividiu-se o trabalho. Este fenômeno chamado de “reestruturação produtiva” produziu profundas mudanças no universo do trabalho, que passou a ser visto, principalmente, sob o prisma do capital. Assim, a partir da revolução industrial, os objetivos do trabalho passaram a ser o lucro, trazendo consequências no uso da força de trabalho. Desse modo, o acúmulo de capital proporcionado pelo mercantilismo, distinguiu esse período, em que foram criadas novas indústrias e o crescimento da produção (DEJOURS, 1992, p. 14).

Ao final do século XX, foram criadas novas formas de organização da produção e da gestão da força de trabalho (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012). Na década de 1970, o cenário produtivo alterou-se, novamente, As novas tecnologias como a microeletrônica, automação, robotização e novas formas de transmissão de informações passaram a exigir novas formas de qualificação do trabalhador. As relações entre capital e trabalho, neste período, levaram ao investimento na organização do trabalho, visando, cada vez mais, à maximização da produção e a majoração do lucro.

### 2.1.1 Componentes da organização do trabalho

O trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que, pretensamente, tenha alguma utilidade. Os componentes do processo e/ou organização do trabalho, segundo Faria; Werneck; Santos, (2009) são:

- *Objetivos ou finalidades:* o processo de trabalho é realizado para se atingir alguma finalidade, isto é, algumas necessidades do homem, que são determinadas previamente.
- Todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de *meios e condições* para cada situação laboral, abrangendo desde as ferramentas e estruturas físicas e as próprias estruturas sociais (relações de poder no trabalho, remuneração e outros).
- Todo processo de trabalho se realiza em algum *objeto*, sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas.
- O *agente ou sujeito* é quem executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos. Assim, dependendo da perspectiva de apreciação, o agente do trabalho pode e deve ser visto como um indivíduo, um grupo ou equipe, uma instituição ou uma sociedade.

Destaca-se que, ao longo da história, foram sendo construídas alternativas administrativas de organização do trabalho, a fim de favorecer a participação dos trabalhadores no processo produtivo, enfatizando: a cooperação; a delegação de tarefas; a valorização dos grupos de trabalho; o abrandamento das distâncias entre o trabalhador/chefia; o autogerenciamento setorial; o compartilhamento de responsabilidades; a delegação de tarefas; entre outros. Assim, o novo paradigma dos modelos de organização do trabalho se contrapõe aos clássicos, fazendo com que os trabalhadores percebam-se como integrantes do processo produtivo, valorizando suas tarefas, aumentando sua autoestima e contribuindo para melhorar sua qualidade de vida e satisfação no trabalho.

### 2.1.2 A organização do trabalho do Sistema Único de Saúde Brasileiro

O SUS está organizado nas três esferas administrativas do estado brasileiro: união, estados e municípios, cada uma com responsabilidades específicas. Dentre as atribuições dos municípios, destaca-se a responsabilidade pela Atenção Primária em Saúde (APS). No conceito adotado pelo Ministério da Saúde, a APS compreende um “conjunto de ações, de



caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde, vigilância, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, destinadas a avaliar e intervir sobre os determinantes de saúde” (BRASIL, 2006 c). A atenção primária, conforme o Ministério da Saúde é considerado como a entrada dos usuários nos serviços de saúde, norteadas pelos princípios de acessibilidade, universalidade, vínculo, continuidade das ações de cuidado, responsabilização, integralidade, equidade, humanização e participação social (BRASIL, 2012 b).

A assistência ao usuário envolve condutas em saúde que contemplam o âmbito individual/coletivo, realizadas por uma equipe multiprofissional de saúde, que os governos locais são responsáveis de prover. Para expandir e qualificar o atendimento na APS, o Ministério da Saúde, a partir da década de 1990, passou a realizar movimentos para reorientar o modelo de saúde vigente no país. No ano de 1991, foi institucionalizado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sua implantação considerada inovadora, com estímulo da participação ativa dos agentes sociais na execução de políticas públicas de saúde, e o estímulo do vínculo população/serviços (BRASIL, 2004). Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), prevendo a implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Estes programas, com o passar do tempo, foram renomeados pelo Ministério da Saúde, para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Recentemente, o Ministério da Saúde lançou a Portaria MS/GM no. 2.488, de 21 de outubro de 2011, em que considera a ESF como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, revisando as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e para a ESF (BRASIL, 2011).

Na Atenção Básica, em especial a ESF, o território adstrito coloca-se como estratégia central, local onde se procura reorganizar o processo de trabalho em saúde, permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM; MONKEN, 2009). Para tanto, o território define a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, passando a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012b).

Assim, o trabalho em equipe, preconizado pela ESF, é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, sendo que o processo de construção da mudança é dinâmico e contínuo, não se esgotando com a aquisição de informação ou habilidade. Envolve a construção do conhecimento, a consciência crítica e reflexiva e o compromisso pessoal e profissional, exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários decisões que

criem condições para as mudanças, por meio de experiências inovadoras na gestão, no cuidado e nos serviços, objetivando a transformação da realidade (BRASIL, 2012b).

O planejamento das equipes de ESF é realizado pelo município, para dar conta das necessidades da população. Cada equipe de ESF deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, sendo constituída por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal, que devem estar vinculados a somente uma equipe de saúde da família, em que mantém responsabilidade sanitária pela população adstrita, em determinado território (BRASIL, 2012b).

A ESF está dentro de um contexto organizacional complexo, recebendo influência de vários agentes. Faria; Werneck; Santos, (2009) destacam que vários agentes (instituições, equipes, gestores, comunidade/sociedade) definem objetivos e finalidades para as equipes de saúde, interferindo em seu processo de trabalho.

*O Agente institucional*, ou seja, o sistema público de saúde, através de sua estrutura administrativa nos diversos níveis, torna-se agente dos processos de trabalho, estabelecendo os objetivos para as atividades das equipes. Formalmente constituídas, as *equipes de Saúde da Família* são agentes ou sujeitos grupais imediatos dos processos de trabalho dos profissionais. Os indivíduos adstritos, demandantes dos serviços, constituem-se como *objeto e sujeito* imediato da atuação, cujos interesses são mediados pelo poder público.

Os serviços de saúde possuem um produto definido, constituído por processos impactantes na saúde dos indivíduos, grupos e/ou comunidades. Por isso, a produção em saúde não tem receita pré-determinada, constituindo-se num desafio constante das organizações e trabalhadores, na busca de progressos na execução do trabalho. Assim, quando se pondera sobre o processo de trabalho em saúde, dialoga-se, necessariamente, com os objetivos do trabalho, com os sujeitos que atuam, com o objeto da ação e com os meios disponíveis e utilizados na execução da ação.

O processo de trabalho da ESF remete à discussão da prestação de serviços, que está atrelada também aos objetivos existenciais e sociais dos sujeitos envolvidos (indivíduo, grupo ou instituição), que acontecem em uma determinada sociedade que, também, produz objetivos e expectativas, padrões, valores e metas. Assim, a organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde adquirem importância especial aos diversos elementos constituintes do SUS Brasileiro, especialmente, para os trabalhadores da ESF, considerados

elementos centrais da reordenação da atenção à saúde. (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

Neste sentido, Barbosa; et al. (2013, p. 126) alegam que, “nos serviços de saúde ainda se mantêm a padronização de condutas e o fazer técnico como forma de organização dos serviços, em detrimento ao acolhimento e integralidade do cuidado.” Santos; David (2011) alertam também que a organização contemporânea do trabalho de saúde impõe condições e pressões que não estão imediatamente visíveis e tendem a ser naturalizadas pelas equipes da área de saúde, destacando a carga psíquica envolvida com a responsabilidade de lidar com a vida de outras pessoas e com as condições insalubres de trabalho geradas por fatores físicos, biológicos e organizacionais do processo de trabalho.

A melhoria da qualidade em saúde pressupõe, entre outros, a existência de estruturação do processo organizacional, o resgate da dimensão humana no serviço, o estímulo à transformação da cultura organizacional, a capacitação técnica, a valorização dos trabalhadores e da clientela, a abordagem multidisciplinar, a educação permanente, dentre outros. A incorporação das tendências atuais do pensamento administrativo podem produzir conhecimentos que subsidiem a organização do trabalho em saúde, tornando-o capaz de ofertar assistência à saúde mais qualificada, equânime, eficiente e eficaz, com repercussão na qualidade de vida tanto do usuário quanto do trabalhador.

### **2.1.3 O trabalho do ACS**

No sistema de saúde brasileiro, a atuação profissional do ACS iniciou, em 1991, a partir da instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, transformou-se em Programa Saúde da Família (PSF). Para reconhecer a identidade profissional, os direitos trabalhistas e sociais, o decreto nº 3.189/9 fixou as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde o qual, diferentemente dos outros integrantes da equipe, obrigatoriamente, deve ser oriundo da comunidade e residir na área em que atua (BRASIL, 1999). O Agente Comunitário de Saúde tornou-se profissão em 2002, e em 2006 foi regulamentado através da promulgação da Lei nº 11.350 (BRASIL, 2006 b).

Nos dias atuais, esse Programa é definido como uma estratégia. A Estratégia de Saúde da família (ESF) se constitui como alicerce da atual política de Atenção Primária à Saúde (APS) adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, ela está delineada pelos mesmos princípios definidos pela lei 8080/90, que criou o SUS Brasileiro, quais sejam: de universalidade, integralidade, equidade e controle social, em que prevê a atuação em ações de

prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, de maneira integral e contínua, em uma abordagem focada na comunidade e nas suas variáveis (BRASIL, 2006c).

Entretanto, detém-se à esfera municipal, especialmente, à Atenção Primária em Saúde e às equipes de atenção básica. Assim, em termos organizacionais, os municípios são divididos em territórios e esses, em micro áreas. Cada território recebe uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, composta de, no mínimo: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, ressaltando-se que cada micro área fica a cargo de um ACS. Sobre as atribuições do ACS, relacionam-se duas publicações: a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (Brasil, 2006b); e o Anexo I da Portaria nº 648-GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a).

A Lei nº 11.350, no seu texto, relaciona como atividade dos ACS:

I - A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

II – a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V- a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;

VI- a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006b).

A Portaria nº 648-GM, em seu Anexo I, (BRASIL, 2006a), por sua vez, especifica como atribuições dos ACS:

I - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;

III - 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;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI – 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;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos, sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;

VIII- 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(BRASIL, 2002).

Essa Portaria científica e também determina que se devam somar a essas imputações, as atribuições globais aplicáveis a todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família que envolve, principalmente, a aplicação dos princípios do SUS e da ESF. Em síntese, os ACS devem desenvolver a função de elo entre a equipe de saúde e a população, cooperando no planejamento e execução de ações de prevenção e promoção da saúde, atuando de maneira diagnóstica e preventiva. Neste contexto, é necessário que realizem visitas nos domicílios e o cadastramento dos usuários de sua micro área e mantenham atualizadas as bases de dados do programa; e utilizem ferramentas de diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade (BRASIL, 2006a).

A função de elo comunidade/serviço de saúde, desenvolvida pelo ACS, tem sua contribuição potencializada pelo conhecimento que detém do território e pelos vínculos com a população, facilitando a resolutividade do serviço de saúde. O território, compreendido como espaço geográfico de características epidemiológicas, demográficas, políticas e sociais dinâmicas, está em permanente construção. Este é o cenário, onde os diferentes atores sociais, dentre eles o ACS, confrontam as demandas de saúde com a oferta de serviços, adaptando as ações de saúde necessárias (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012).

As características do trabalho do ACS o transformam no principal responsável da equipe de saúde por levar a atenção à saúde para o ambiente domiciliar. Sob este aspecto, reflete-se sobre a preparação do ACS para o trabalho, já que suas funções exigem também afazeres técnicos como aferir peso e altura de crianças, conferir e acompanhar o cartão de vacinas, realizar educação em saúde sobre vários temas, e outros (FERREIRA; et al., 2010).

Por outro lado, no cotidiano laboral, precisa estar preparado para enfrentar uma diversidade de problemas da comunidade, deparar-se com situações precárias de saúde e vida, bem como de diferentes formas de desigualdade social, cujas aptidões são difíceis de adquirir (TELLES; PIMENTA, 2009). Outro aspecto a ser considerado, é a posição do ACS como membro da equipe de saúde e a importância das relações interpessoais estabelecidas no ambiente de trabalho. Ferreira et al. (2010) afirmam haver um verdadeiro “jogo de disputa na equipe de saúde da família” em que o ACS é representado no imaginário dos outros

integrantes da equipe como o trabalhador manual, desprovido de conhecimento especializado, que realiza um trabalho de menor valor. A principal consequência prática desta forma de pensar traduz-se na exclusão do ACS dos processos de tomada de decisão, prejudicando sua integração no grupo.

Sobre a formação profissional do ACS, Bachilli; Scavassa; Spiri, (2008) observaram, em sua pesquisa, que a maioria dos ACS, ao ingressar no serviço, desconhecia as atribuições e características do trabalho que viriam a desenvolver. Muitos acreditavam ser um trabalho mais burocrático, pouco aproximado da comunidade e da equipe de saúde.

Destaca-se, portanto, que não se pode culpabilizar o ACS sobre sua ignorância já que não existe como realizar uma preparação prévia. Seu trabalho está restrito à atuação no SUS e o serviço é responsável pela formação do profissional. Segundo a Portaria nº 648-GM, de 28 de março de 2006, o curso introdutório deve ser realizado para toda a equipe de saúde da família, iniciando-se, no máximo, em até três meses, após a implantação da Unidade de Saúde da Família, sob a responsabilidade do gestor local, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2006a).

Em seu Caderno de Atenção Básica nº 2, o Ministério da Saúde recomenda que, neste curso, sejam tratados os assuntos: princípios e diretrizes da ESF e do SUS; diagnóstico sociocultural e demográfico da comunidade; sistemas de informação em saúde; noções de trabalho em equipe e intersetorialidade. (BRASIL, 2000b). É recomendada, também, a educação continuada, por meio de módulos direcionados às necessidades levantadas pelos próprios profissionais e pela comunidade atendida (BRASIL, 2000a).

Diante da complexidade do trabalho do ACS e a não exigência de conhecimento prévio da função, fica claro que o curso introdutório é somente um primeiro passo na construção do conhecimento laboral, sendo necessários o planejamento e execução continuada de maneira sistemática. Alguns estudos abordam este processo de capacitação, definindo-o como muito variáveis (BORNSTEIN; STOTZ, 2008) e muitas vezes insuficiente (AZAMBUJA et al., 2007; BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). Neste contexto, uma boa preparação para o trabalho auxilia o ACS no enfrentamento das dificuldades do cotidiano laboral.

Duarte; Silva; Cardoso, (2007) e Bachilli; Scavassa; Spiri (2008) destacam a importância de uma formação/educação que aborde, além dos temas específicos, o relacionamento humano, a liderança, autonomia e questões psicológicas relacionadas ao trabalho. Apesar de necessário, estudo realizado por Alves et al. (2013) aponta que 40% dos ACS pesquisados relatam a inexistência de educação continuada, sob a justificativa da falta de tempo da equipe, que está sobrecarregada. Corroborando este estudo, Maia; Silva; Mendes

(2011) perceberam, nas literaturas estudadas, que o processo de formação “deixa a desejar,” principalmente, pelo déficit de conhecimentos humanísticos na preparação do ACS. Segundo os autores, esta carência priva o agente dos conhecimentos necessários ao correto enfrentamento das situações de estresse presentes em seu trabalho e, especialmente, daquelas que envolvem relações sociais.

Por outro lado, Azambuja et al. (2007) alertam sobre a necessidade da conscientização do ACS sobre suas limitações profissionais, já que a maioria dos problemas socioeconômicos enfrentados pela comunidade extrapolam seus limites de resolução e envolvem a corresponsabilidade de outros setores. Neste contexto, destaca-se a importância do enfermeiro instrutor/supervisor que, conforme a Portaria 1886, de 1997, possui diversas atribuições, em relação ao trabalho desse profissional, entre elas: planejar e coordenar a capacitação e educação permanente dos ACS; coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente o trabalho dos ACS; reorganizar e readequar o mapeamento das áreas; coordenar a programação das visitas domiciliares dos ACS; realizar acompanhamento e supervisão periódicos; definir, em conjunto com a equipe, as ações e atribuições prioritárias dos ACS (BRASIL, 1997).

A supervisão do trabalho dos ACS, realizada pelo enfermeiro, permite a percepção das eventuais falhas na formação, auxiliando-os a lidar com as adversidades do trabalho. O enfermeiro também é percebido como um elemento significativo na rede de relações e interações do ACS com a comunidade, atuando como mediador e líder, promovendo a interlocução e agindo como um facilitador do trabalho em equipe, na promoção da saúde da comunidade (WAI; CARVALHO, 2009; LANZONI; MEIRELLES, 2013).

A partir do exposto, constata-se que o ACS é um trabalhador essencial à equipe de ESF, ele não pode ser considerado como somente “mais um”, pois, possui funções específicas que o integram à equipe de saúde. Seu trabalho está inserido em uma estratégia de mudança do modelo assistencial brasileiro. Ele é o profissional mais próximo da população, uma vez que está na “linha de frente”, convivendo e vivendo os problemas da comunidade. Por isso, merece atenção especial, no sentido de construir-se um ambiente laboral saudável, com espaços de educação conectados aos processos de trabalho, em que a produção de saúde seja compreendida como um encontro de sujeitos sociais.

## **2.2 Psicodinâmica do trabalho**

O cenário laboral tem sofrido intensas transformações que atingiram as relações trabalhistas, as condições sob as quais os trabalhadores desempenham suas funções, a

organização do trabalho, entre muitos outros elementos (PRAZERES; NAVARRO, 2011). O mundo do trabalho, assim como toda a conjuntura social, é influenciado pelas mudanças políticas, sociais e econômicas. O impacto dessas mudanças demandam reformulações profundas nos processos de trabalho e influenciam na forma de inserção do trabalhador, neste contexto, afetando sua saúde. A temática da saúde do trabalhador vem sendo abordada de várias formas, entre elas, a Psicodinâmica do Trabalho, que se propõe a estudar as implicações da organização do trabalho na saúde dos trabalhadores (FERNANDES et al., 2006).

Em termos históricos, a trajetória da Psicodinâmica do Trabalho é marcada por três fases articuladas, complementares e delimitadas por publicações específicas. A primeira fase, em 1980, é marcada pela publicação do livro traduzido no Brasil como “A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho”. Esta fase nomeada como psicopatologia do trabalho está focada no estudo da origem do sofrimento provocado pelo confronto do trabalhador com a organização do trabalho. A segunda fase, na década de 90, constitui-se no momento de criação e construção de uma nova abordagem. Acompanhado de duas obras: “O fator Humano” e “Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho”, a psicodinâmica do trabalho volta-se para as vivências de prazer-sofrimento, bem como as estratégias usadas pelos trabalhadores para confrontar a organização do trabalho com suas expectativas. Do final da década de 90 até os dias de hoje, entra-se na terceira fase, caracterizada pela consolidação e propagação da abordagem científica da Psicodinâmica do trabalho (MENDES, 2007).

Conforme Mendes (2007, p. 35), “ela é capaz de explicar os efeitos do trabalho sobre os processos de subjetivação, as patologias sócio psíquicas e a saúde dos trabalhadores”. O foco desse período continua sendo o estudo das vivências de prazer/sofrimento, com o diferencial de pesquisar, também, a forma como os trabalhadores subjetivam essas vivências, o sentido que lhes atribuem e o uso de estratégias, diante das novas formas de organização dos contextos de trabalho. Também, são enfatizadas, nessa fase, as consequências sociais do confronto entre a organização do trabalho, o sofrimento e a ação. Para tanto, estudos relacionados à Psicodinâmica do Trabalho têm se ocupado em analisar o relato da construção das vivências subjetivas do cotidiano laboral (MENDES, 2007).

O conjunto de elementos de ordem burocrática, estrutural e hierárquica convencional e institucionalizados nos ambientes laborais, é o conceito chave utilizado pela Psicodinâmica do Trabalho para definir a organização do trabalho. Esta definição assume importância, na medida em que a organização do trabalho é o elemento central no entendimento da dinâmica do prazer e sofrimento no trabalho. Dentro desse conceito, estão inclusos: a divisão do trabalho, o relacionamento dos trabalhadores com as chefias, as posições de mando e



hierarquias, a flexibilidade ou rigor encontrados pelo trabalhador no exercício de suas funções, as possibilidades de negociação e outros (DEJOURS, 1992).

Neste sentido, Aersa (2013), ao comentar sobre a Psicodinâmica do Trabalho, destaca que um dos aspectos mais sonantes dos textos de Dejours é a distinção entre trabalho prescrito e trabalho real. O trabalho prescrito é a forma como a entidade empregadora concebe e organiza a realização do trabalho, recebendo a designação de tarefa/coordenação, partindo de um cenário imaginado/idealizado. Sendo que, por mais que se organize o trabalho, nunca se conseguirá prever todas as circunstâncias que a sua realização prática pode implicar.

O trabalho real representa a realidade da experiência laboral, caracterizada pelas situações inesperadas que exigem do indivíduo tomada de decisões e condutas (DEJOURS, 2004). Por isso, Dejours o denomina como atividade/cooperação, sendo que os “desvios do trabalho prescrito” não são somente uma forma de resistir à autoridade hierárquica, mas uma necessidade imperativa para o sucesso na realização do trabalho. Assim, os trabalhadores, mediados pelo seu funcionamento cognitivo, se mobilizam para o enfrentamento das dificuldades do cotidiano, recriando seu trabalho (AEROSA, 2013).

O processo de organização do trabalho é também influenciado pelas relações sociais do ambiente de trabalho, sujeitas às questões de ordem social, histórica e temporal. Segundo Ferreira (2007, p. 97), a organização do trabalho:

(.....) extrapola os aspectos físicos, alcança a subjetividade individual, as relações interpessoais e a sutil rede intersubjetiva mobilizada pelas situações de trabalho. A organização do trabalho pode levar a vivências de sofrimento e de violência, mais ou menos explícitas, e levar o trabalho ao limite do impossível de ser realizado pelas pessoas.

Entende-se que a organização do trabalho é o elemento central na compreensão da dinâmica do prazer e do sofrimento no trabalho. Organizações mais rígidas, inflexíveis e dominadoras estão relacionadas à ocorrência de sofrimento e mesmo adoecimento no trabalho; enquanto que organizações mais maleáveis e que permitam ao trabalhador maior liberdade e possibilidade de autorregulação e criatividade estão relacionadas ao sofrimento criativo e à saúde (DEJOURS, 1992).

O sofrimento é resultado do confronto entre os desejos e fantasias construídos pelo ser humano acerca do trabalho e o seu real, refletindo uma experiência de frustração (MENDES; ARAUJO, 2012). Nesse sentido, a Psicodinâmica do Trabalho analisa a dinâmica psíquica do trabalhador, mobilizada pelo enfrentamento com a realidade do trabalho, e os conflitos advindos do embate entre o trabalhador, possuidor de uma singularidade e história de vida própria, e uma realidade do trabalho que está posta, independentemente de sua vontade (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

O sofrimento advindo do trabalho é caracterizado por uma dupla potencialidade: pode conduzir à doença ou à criatividade (SELIGMANN; SILVA, 1994). O sofrimento patogênico (o que conduz à doença) desenvolve-se, quando o trabalhador não é capaz de encontrar meios de enfrentar e conciliar a organização do trabalho com suas demandas e características pessoais. O sofrimento criativo ocorre, quando existe mobilização do sujeito, em busca de soluções para as situações impostas pela realidade e pela organização do trabalho (DEJOURS, 1992; 2011a).

O sofrimento, antes passivo, provoca toda uma gama de sentimentos: surpresa, estupefação, decepção, irritação, contrariedade, ira, cólera, indo até as raízes da depressão. Depois, o sofrimento que se condensa na subjetividade transmuta-se em exigência psíquica. O sofrimento exige consolo, clama por alívio, precisa ser transformado, para ser superado. Em outros termos, de passivo no início, o sofrimento provocado pela relação com o real converte-se em “pretensão” para o mundo em busca de solução (DEJOURS, 2007, p. 18).

Percebe-se, então, que a Psicodinâmica do Trabalho não considera o sofrimento como uma tragédia com danos irreversíveis, ele pode permitir também a resignificação do trabalho e o encontro de soluções para minimizá-lo ou aboli-lo. Assim, a determinação da dinâmica saúde/doença está atrelada à capacidade do trabalhador de lidar com o sofrimento, presente em todas as organizações de trabalho. Para Dejours, o trabalho pode produzir também sentimento de prazer, advindo, principalmente, do reconhecimento, da motivação, do sentir-se útil e da satisfação com o produto do trabalho. O sofrimento pode tornar-se criativo e mobilizar o trabalhador para a busca de solução; ou patológico, quando o trabalhador não encontra meios de enfrentamento, podendo evoluir para o adoecimento (DEJOURS, 1992; 2006; 2011).

Assim, as organizações rígidas, inflexíveis e dominadoras estão relacionadas a episódios de sofrimento e/ou adoecimento no trabalho. Por outro lado, organizações maleáveis que dão maior liberdade ao trabalhador, permitindo a autorregulação e o desenvolvimento da criatividade, promovem o sofrimento criativo e/ou saúde (DEJOURS, 1992).

A interferência na dinâmica saúde/doença, para a Psicodinâmica do Trabalho, agrega-se ao conceito de cargas de trabalho, consideradas interdependentes, articulando e potencializando-se no jogo da organização do trabalho (DEJOURS, 1992; SELIGMANN; SILVA, 1994). Ferreira; Freire, (2001) realizaram estudo de revisão, apontando para o fato de que o conceito de carga de trabalho é permeado por controvérsias, ambiguidades e imprecisões. Para tanto, sugerem a utilização de um conceito geral, elaborado por Laurell; Noriega (1989), que dizem que ela é composta de um conjunto de variáveis na dinâmica de

trabalho que atuam sobre o operador, exigindo esforço contínuo de regulação e de adaptação para a obtenção dos resultados da produção.

Seligmann; Silva (1994, p. 58) conceituam cargas de trabalho como “o conjunto de esforços desenvolvido para atender as exigências das tarefas”, abrangendo os esforços físicos, os cognitivos e os psicoafetivos/emocionais. Para Dejours (2011a), as cargas de trabalho são compreendidas a partir da articulação de três conjuntos de cargas: as físicas (as quais resultam na relação entre o trabalho e o corpo físico do trabalhador), as cognitivas (resultados dos processos cognitivos mobilizados durante a atividade laboral) e as psicoafetivas ou psíquicas (desencadeadas pelo sofrimento psíquico gerado ou agravado pela organização do trabalho).

Neste sentido, Oliveira (2001) enfatiza que a análise das cargas pode ser realizada separadamente, mas, na concretude do processo de trabalho, elas interagem entre si e com o corpo do trabalhador. Assim, as três modalidades de cargas de trabalho articulam-se, de maneira que uma poderá produzir manifestações de sobrecarga nas outras duas.

Trierweiller; et al (2007) destacam que a cognição é um recurso indispensável para operacionalizar as exigências das tarefas. O trabalhador, a partir do seu aparato cognitivo, planeja o que e como deve realizá-lo. O funcionamento cognitivo depende da experiência, conhecimentos, características do contexto sócio técnico e dos meios de trabalho disponibilizados. Assim, a utilização dos recursos cognitivos requer a construção de representações mentais adequadas ao processo de trabalho, utilizando o conhecimento dos objetos da realidade externa, dirigindo-os para o diagnóstico e tomada de decisões no cotidiano do trabalho. Destacam, ainda, que:

São as estratégias operatórias elaboradas pelos trabalhadores que os ajudarão a lidar com tais variabilidades e, conforme sua margem de autonomia, suas experiências, habilidades e competências conseguirão ser mais ou menos eficazes no controle dos efeitos da discrepância entre o prescrito e o real e na minimização do desgaste e do custo humano inerentes ao meio organizacional (TRIERWEILLER; et al, 2007, p.111).

Dejours (2011a) destaca que a carga psíquica no trabalho está ligada à retenção de energia psíquica pulsional proveniente do sobre ou subemprego de aptidões psíquicas ou psicomotoras. Para o autor, estas situações, aliadas à insatisfação do trabalhador com a tarefa realizada e à impossibilidade de expressão de si no trabalho, ocasionam um processo de retenção e aprisionamento da energia psíquica pulsional (carga psíquica), resultando em processos de adoecimento. A partir da tensão existente no trabalho, o sujeito pode reagir de três maneiras: através de representações mentais (descarga de tensões através da formação de fantasmas agressivos); por meio de descargas psicomotoras (fuga, raiva motora, agressividade, violência) ou utilização da via visceral (processo de somatização, mediado pelo sistema nervoso autônomo e pelas funções somáticas), sendo que essa descarga de tensões

poderá variar, dependendo da flexibilidade dos mecanismos de defesa do trabalhador e do grau de evolução de sua personalidade.

A partir do sofrimento, o trabalhador elabora estratégias de mediação e ressignificação das suas emoções, precavendo-se do adoecimento (ROCHA; MENDES; MORRONE, 2012). As estratégias defensivas são mecanismos encontrados pelos trabalhadores, individual ou coletivamente, para neutralizarem vivências de sofrimento e adaptarem-se à realidade do trabalho (MACÊDO; FLEURY, 2012).

O trabalho pode gerar medos e ansiedades diversas, relacionadas tanto ao ambiente físico (riscos de acidentes e danos à saúde), como ao ritmo de trabalho e às relações humanas, o que exige o desenvolvimento de estratégias defensivas na tentativa de preservar a saúde mental e garantir a produtividade (MEDEIROS; MENDES, 2013, p. 29).

Aerosa, (2013) destaca que a solução oferecida por Dejours para as questões do sofrimento no mundo do trabalho é a de que os trabalhadores encontrem estratégias (individuais e/ou coletivas) para se protegerem da violência emanada das formas atuais em que se encontram as relações laborais e a organização do trabalho. Neste contexto, o conceito de sublimação assume importância, entendendo-o como um mecanismo de defesa contra as energias/impulsos psíquicos negativos, transformados em algo positivo e socialmente valorizado. Assim, o sofrimento provocado pelo trabalho pode ser metamorfoseado pela sublimação, tornando-se prazer.

As estratégias defensivas cumprem o papel de modificar, transformar e/ou eufemizar o modo como o trabalhador percebe e vivencia o sofrimento (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011). Dentro deste constructo, cabe destacar a diferenciação entre estratégias defensivas/estratégias de mobilização coletiva. Ferreira, (2007) destaca que os eventos desgastantes do cotidiano laboral podem produzir estratégias defensivas capazes de “anestesiá-lo” o trabalhador e imobilizá-lo. Por outro lado, defende como mais eficazes no enfrentamento e resistência do trabalhador, as estratégias de mobilização coletiva que são estabelecidas, através do uso da fala, da escuta e da cooperação entre os trabalhadores.

Corroborando com esta defesa, Dejours; Abdoucheli; Jayet, (2011) apresentam que as estratégias individuais são interiorizadas e permanecem sem a presença física do objeto. As estratégias coletivas, por sua vez, dependem da presença de condições externas, por isso, são capazes de se sustentar no consenso de um grupo de trabalhadores, transformar o contexto de produção e promover vivências de prazer, por meio da criação de espaço de discussão, cooperação e confiança mútua dos trabalhadores, no ambiente de trabalho. Ancoradas nas bases da teoria psicanalítica, pode-se dizer, então, que as estratégias defensivas representam rotas de fuga do sofrimento, em que são elencadas, além da fuga, a banalização, a

racionalização e a minimização do sofrimento como comportamentos presentes, no modo como os indivíduos enfrentam situações geradoras de sofrimento no trabalho.

Neste sentido, Aersa, (2013) destaca que o conceito de trabalho é polissêmico e multifacetado, apesar de conter algumas regularidades no âmbito da organização social, abarca também a construção de identidades (individuais e sociais), as resistências e conflitos, afetividades e emoções, formas de poder e dominação. Por isso, é capaz de gerar tanto a coesão e emancipação, como descompensações e mal-estar.

Em síntese, observa-se que o trabalho representa uma ação complexa e dinâmica, mobilizando o sujeito por inteiro. O trabalho, na medida em que provoca vivências de prazer e sofrimento, exige do trabalhador adaptações necessárias, a fim de atender suas exigências e demandas, bem como das situações causadoras de sofrimento. O adoecimento no trabalho é uma condição que envolve uma grande conjuntura de fatores, entre eles a precarização do trabalho, as relações de poder nos serviços, a subjetividade do trabalhador, as exigências, a pressão, o ritmo do ambiente laboral e a carência de assistência à saúde do trabalhador. Para Dejours, (2011a), o trabalhador não deve ser visto como um “motor humano”, ou seja, como uma máquina ou objeto de produtividade; isso se deve ao fato de que o trabalhador é constantemente estimulado por um conjunto de fatores endógenos e exógenos ao seu ser, o que faz dele um sujeito dinâmico e singular.

O trabalhador não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais (DEJOURS, 2011a, p. 24).

Diante destas considerações, percebe-se que o campo da Saúde do Trabalhador exige um prisma abrangente para que se compreendam as demandas de saúde da população, em especial, as cargas de trabalho a que os indivíduos estão submetidos em seus cotidianos laborais. Sob este prisma, a Psicodinâmica do Trabalho representa a possibilidade de se compreender a dinâmica saúde/doença de maneira integral, levando em consideração as inter-relações entre o trabalho e o aparelho psíquico do trabalhador, o que permite uma atuação pré-patogênica, o resgate da abordagem integral do ser humano e da visão multicausal do processo saúde-doença.

A seguir, será apresentada a Fig. 2, ilustração criada pela pesquisadora, para identificar e sintetizar conceitos chave: organização do trabalho; prazer e sofrimento no trabalho; cargas de trabalho; estratégias defensivas.

FIGURA 2 - Ilustração do Referencial da Psicodinâmica do Trabalho.



### 2.3 Assistência de enfermagem na saúde do trabalhador

Pensar em saúde e bem-estar no trabalho perpassa a compreensão do trabalhador como sujeito/ator de sua vida, permeada pelas relações sociais, que busca, permanentemente, o conhecimento e luta para construir melhores condições de trabalho, qualidade de vida e de saúde. Neste sentido, o campo de estudos da saúde do trabalhador, busca compreender as relações de nexos causais entre o trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores. A assistência prestada se reflete na possibilidade/necessidade de mudança dos processos e das condições dos ambientes, em direção da transformação da realidade laboral e da humanização do trabalho.

Mendes; Dias, (1991) conceituam saúde do trabalhador como um processo de saúde/doença de grupos humanos, em sua relação com o trabalho, representando um esforço de compreensão desse processo, como e por que ocorre, e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica. A assistência em saúde do trabalhador exige atenção multidisciplinar e a efetiva participação do trabalhador. Sob esta compreensão, a enfermagem do trabalho vem se consolidando em sua tarefa assistencial a trabalhadores, sendo definida como uma ciência especializada, que planeja e executa serviços de saúde aos trabalhadores. Essa prática alicerça-se nos diferentes níveis de prevenção e proteção da saúde e é essencial para que se promova saúde de qualidade, nos diversos ramos de atuação (BEVILACQUA, 2014).

Conforme a Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho, os enfermeiros possuem diversas atribuições, entre elas: o estudo das condições de segurança e periculosidade, identificando as necessidades de segurança, higiene e melhoria do trabalho; a elaboração, execução e avaliação de planos e programas de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e não profissionais e de educação sanitária; elaboração, execução e avaliação das atividades de assistência de enfermagem aos trabalhadores, estimulando a aquisição de hábitos sadios, prevenindo doenças ocupacionais, e melhorias das condições de saúde do trabalhador (ANENT, 2016).

Bevilacqua, (2014) considera a enfermagem do trabalho como uma vertente da Saúde Pública e de seu conjunto de ações educativo-assistenciais, tendo como objetivo a interferência no processo trabalho-saúde. Para tanto, compreende um conjunto de ações sistematizadas e não fragmentadas aplicadas aos trabalhadores, em relação ao meio em que estão inseridos, para protegê-los de danos relacionados ao trabalho.

A assistência de enfermagem no campo da saúde do trabalhador está inserida no processo de cuidado. O desenvolvimento das ações de saúde devem levar em conta a importância do trabalho na vida do sujeito e a identificação do nexo causal do processo saúde doença nos ambientes laborais. Assim, o planejamento do cuidado de enfermagem na área de saúde do trabalhador envolve a análise crítica do cenário laboral, a identificação das influências deste na saúde do sujeito bem como o estabelecimento de ações necessárias para o cuidado integral.

Sobre o processo histórico do atendimento à saúde do trabalhador, Mendes (1991) chama a atenção sobre o deslocamento da vocação da saúde ocupacional, que passa a se preocupar com a promoção da saúde, tendo como estratégia principal a modificação do comportamento pessoal e do estilo de vida, através de um processo de educação. A educação para a saúde no ambiente de trabalho é entendida por Cazón; et al (2007) como uma oportunidade para o trabalhador refletir sobre sua saúde, de forma ampla e contextualizada.

Corroborando com esta linha de pensamento Silva Júnior; et al, (2013) diz que é necessário compreender a educação como um processo social e histórico que acompanha o sujeito ao longo de sua vida. Assim, a aprendizagem acompanha também todo o processo do fazer no trabalho. Para tanto, os processos educativos que permeiam as práticas sociais de saúde devem considerar as especificidades dos diferentes grupos sociais, dos distintos processos de vida, trabalho e adoecimento.

Para Freire, (1995) educar não significa adestrar; exige um processo de apreensão da realidade, buscando a transformação, intervenção e recriação da mesma. Segundo o autor, a atividade criadora dos trabalhadores perpassa a reflexão de sua prática em um movimento de

melhorá-la, transformando a si mesmos, através de uma atitude crítica, reflexiva e curiosa (FREIRE, 1997).

Assim, o enfermeiro precisa compreender a educação em saúde como parte integrante do processo de cuidar, assumindo um posicionamento ético e humanizado na relação educativa, buscando a troca de saberes e práticas, utilizando metodologias participativas que propiciem a autonomia e cidadania das pessoas, respeitando a individualidade dos sujeitos e a colaboração mútua (SILVA JUNIOR; et al., 2013, p.163).

Azambuja; et al (2010) destaca que a produção do conhecimento em enfermagem do trabalho tem contribuído para melhorar as práticas de trabalho e a promoção da saúde dos trabalhadores. Neste sentido, considera-se que a realização de estudos na área de saúde do trabalhador, especialmente os direcionados à assistência, pode produzir efeitos imediatos para uma determinada população, estendendo-se também para outros contextos.

Os benefícios envolvem a construção de melhores condições de trabalho, a divulgação da práxis do enfermeiro do trabalho e dos modos de influenciar a promoção da saúde no ambiente laboral. A partir do marco teórico de referência, considerando que esta é uma pesquisa convergente assistencial, conclui-se que a educação em saúde, envolvendo uma reflexão crítica sobre a organização e as cargas de trabalho, bem como a construção de estratégias de mobilização coletiva parece ideal para promover a saúde dos ACS.

### **3 MÉTODO**

Neste capítulo, apresenta-se a descrição metodológica da pesquisa, incluindo o tipo de estudo, a trajetória de construção das suas diversas fases e as explicações sobre os aspectos éticos.

#### **3.1 Tipo do estudo**

O referencial metodológico deste estudo foi a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), mediante a qual foi possível o encontro entre a investigação científica e a prática assistencial. Este tipo de pesquisa emergiu da experiência profissional de enfermeiras, que constataram um persistente distanciamento entre a pesquisa científica e o cenário assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004). Assim, destina-se a ser aplicada nos cenários físicos e temporais de assistência, onde os pesquisadores desenvolvem, ao mesmo tempo, pesquisa e assistência em saúde, com o objetivo de provocar mudanças que qualifiquem a assistência prestada (PAIM; et al., 2008). Pode ser utilizada para a construção de modelos pautados na lógica



indutivo-dedutiva, oferecendo abertura para a construção de concepções teóricas para a sustentação da prática assistencial, com vistas à renovação e inovação. Desse modo, sua relevância está no desafio de construir um modelo, a partir da realidade, articulando o pragmatismo e cientificismo, durante todo o seu processo de elaboração (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

Na presente pesquisa, os momentos de convergência são representados pela justaposição da pesquisa com a prática assistencial, assumida e delineada como construção central, em torno das quais vários conceitos foram nomeados, definidos e interconectados (ELSEN, 2014). Para tanto, seguiu-se a sua proposta de trajetória metodológica constituída por cinco fases: Concepção, Instrumentação, Perscrutação, Análise e Interpretação (TRENTINI; PAIM, 1999).

## **3.2 Trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial**

### **3.2.1 Fase de Concepção**

Conforme o proposto por Trentini; Paim (2004), nesta fase, a pesquisadora examinou suas experiências profissionais, realizou leituras e formulou os problemas de pesquisa. Ou seja, foi nessa fase de concepção, que foi definido o tema de pesquisa, formuladas as questões pesquisáveis que consistiram no seu fio norteador. Destaca-se que o interesse em desenvolver a presente tese emergiu da vivência da pesquisadora como enfermeira supervisora dos ACS, onde conviveu e compartilhou com estes trabalhadores um cotidiano laboral complexo e, muitas vezes, prejudicial à saúde.

Também, foi motivado porque, durante a realização do curso de mestrado, a pesquisadora identificou várias situações geradoras de sofrimento, bem como as estratégias defensivas utilizadas pelos ACS, as quais, normalmente, tinham caráter individual, não tendo sido percebidas como eficazes na minimização do sofrimento no trabalho. Esta percepção foi entendida como uma lacuna do conhecimento, sinalizando para a realização de uma nova pesquisa que incluísse a assistência de enfermagem, levando em conta a organização do trabalho e as cargas de trabalho como elementos-chave no processo saúde/doença do trabalhador, visando à promoção da sua saúde.

Dando continuidade a esta fase, seguindo a orientação das autoras, a pesquisadora buscou apoio, através de revisões de literatura, definindo o referencial teórico e a base conceitual que sustentou o estudo, levando em consideração as recomendações de que:

O pesquisador necessita ancorar suas ações de assistência desenvolvidas durante o processo investigativo em um referencial teórico. Para isso precisa buscar com profundidade, na literatura apoio teórico para sustentar a prática

profissional em harmonia com a PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.33).

Assim, inicialmente, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de conhecer evidências sobre a influência do trabalho na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde. Os resultados foram reveladores e ajudam a justificar este estudo. Constituindo-se, desse modo, o marco teórico de referência, apresentado em três subcapítulos: a organização do trabalho; a saúde no trabalho e a assistência de enfermagem na saúde do trabalhador.

A partir desse marco teórico, a pesquisadora elaborou uma ilustração para identificar como foi concebida e sustentada teoricamente a presente tese (figura 1, p.21). Ainda, como parte desse marco teórico, a pesquisadora criou outra ilustração (figura 2, p. 36) para, sinteticamente apresentar os conceitos chave da Psicodinâmica do Trabalho, quais sejam: organização do trabalho; prazer e sofrimento no trabalho; cargas de trabalho; estratégias defensivas.

Assim, foi considerado para esta pesquisa o referencial da Psicodinâmica do Trabalho, para realizar a investigação acerca da organizado o trabalho e das cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral relacionando-as com o prazer e sofrimento vivenciado pelo trabalhador. Na assistência de enfermagem à saúde do trabalhador, respondendo ao questionamento de como o trabalho do ACS pode se tornar mais saudável, a pesquisadora partiu da premissa que a educação em saúde, envolvendo uma reflexão crítica sobre a organização e as cargas de trabalho, bem como a construção de estratégias de mobilização coletiva mostrou-se adequada para promover a saúde dos ACS.

O próximo passo, então, foi planejar os momentos de convergência entre a pesquisa e a prática assistencial. Neste momento, a pesquisadora assumiu e delineou a assistência à saúde do ACS como construção central do estudo, planejando a intencionalidade assistencial, a partir de um processo pedagógico de educação em saúde que permeou todo o processo de coleta de dados.

Para tanto, utilizou-se o referencial de Paulo Freire, com a intenção de problematizar o cotidiano do trabalho junto aos Agentes Comunitários de Saúde, com vistas à reflexão crítica da organização do seu trabalho, o reconhecimento das cargas de afazeres presentes no cotidiano laboral e a elaboração de estratégias grupais para minimizar os efeitos das cargas sobre a saúde destes trabalhadores, resgatando o valor/direito de um trabalho digno e saudável.

Neste sentido, empregou-se o método proposto por Freire (2014), que pode ser dividido em etapas, não estanques, que compreendem a investigação, tematização e a

problematização; relacionando-os ao fazer da enfermagem enquanto trabalho coletivo em saúde, onde as ações educativas possuem caráter ético/ político, na busca do desvelamento crítico que capacita para a intervenção/ mudança da realidade.

A partir disso, a pesquisadora elaborou um plano de ação (APÊNDICE E), contemplando os espaços de convergência entre pesquisa e assistência de enfermagem à saúde do trabalhador.

### **3.2.2 Fase de Instrumentação**

Consistiu no momento em que a pesquisadora reavaliou as questões de pesquisa e o propósito do estudo, a fim de traçar os procedimentos metodológicos, envolvendo a escolha do cenário do estudo (espaço físico) e dos participantes e dos métodos e técnicas de produção de dados (TRENTINI; PAIM, 2004). Desse modo, foram traçados os procedimentos metodológicos descritos a seguir.

#### **3.2.2.1 Tipo de estudo**

Optou-se pela realização de pesquisa qualitativa. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa busca a exteriorização dos pontos de vista dos atores sociais; utilizada para responder questões de pesquisa muito específicas, trabalhando com uma realidade que não pode ser apenas quantificada, refletindo um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2003).

Foi considerado, então, que a PCA convergia com a realização desse estudo, consistindo em promover uma pesquisa interventiva, junto a ACS de equipes da ESF de Unidades Básicas de Saúde, para que refletissem sobre seu cotidiano laboral, elaborando estratégias de enfrentamento para os problemas, a fim de melhorar seu ambiente laboral, interferindo positivamente para a melhoria do modo de realização e resultados de seu trabalho e, conseqüentemente, promovendo a saúde e a qualidade de vida tanto sua quanto dos usuários.

Por isso, considerou-se pertinente a utilização desse tipo de estudo, já que objetiva compreender o processo de trabalho do ACS, a partir de suas percepções, vivências, opiniões e sentimentos. Em relação ao referencial metodológico da PCA, destaca-se que ele pretende harmonizar a pesquisa com a assistência. Neste sentido, Trentini e Paim (2004, p. 72), recomendam:

Lembre-se de que estamos nos referindo à pesquisa convergente-assistencial; devido a sua propriedade de ‘dança’ com a prática, este tipo de pesquisa não

se compatibiliza com todos os desenhos de pesquisa de padrão tradicional, tanto de pesquisa qualitativa como de pesquisa quantitativa.

### 3.2.2.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no município de Santa Maria, localizado na região central do Rio Grande do sul, Brasil. Na área da saúde, esse município é sede da microrregião, sendo referência em várias especialidades, inclusive, na alta e média complexidade. No âmbito municipal, possui gestão plena da atenção básica. Para tanto, dispõe de trinta Unidades Básicas de Saúde, incluindo centro de apoio diagnóstico e pronto atendimento. Atualmente, conta com vinte e três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no território urbano e rural, pulverizadas nas diversas regiões sanitárias.

Os membros dessas equipes de ESF são contratados, mediante aprovação e classificação em concurso público. São compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e de até seis Agentes Comunitários de Saúde. Desenvolvem o trabalho em unidades de saúde da prefeitura e/ou locadas e adaptadas. O regime de trabalho é de quarenta horas semanais.

O Núcleo de Educação Permanente da Saúde (NEPES), da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS, para este estudo, autorizou a realização da produção de dados em duas Unidades Básicas de Saúde, onde atuam três equipes de Estratégia de Saúde da Família. A seleção levou em conta a singularidade destas unidades, que abrigam, no mesmo espaço físico, dois modelos de atenção à saúde: o tradicional e o da estratégia de saúde da família. Destaca-se que, no município estudado, somente estas duas unidades trabalham sob esta modalidade.

### 3.2.2.3 Participantes do estudo

A escolha dos participantes é essencial para a PCA, para tanto Trentini; Paim, (2004, p.74) afirmam que:

Nesse tipo de pesquisa, a escolha da amostra(...) valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações. (...) [A amostra] deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre estes, os que têm mais condições de contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo.

Neste sentido, Foram convidados para participar desta pesquisa, Agentes Comunitários de Saúde, vinculados às três equipes de ESF das Unidades Básicas de Saúde

indicadas, onde trabalham 18 ACS. A partir disso, aplicaram-se os critérios de inclusão/exclusão. Para a inclusão, definiu-se o critério de estar atuando, há pelo menos um ano na função e manifestar interesse em participar do estudo. A exclusão incluiu os afastamentos do trabalho, durante o período da produção de dados, por qualquer motivo (licença-saúde, licença-maternidade, férias, ou qualquer outro tipo de afastamento).

Neste sentido, foram convidados para participar desta pesquisa, Agentes Comunitários de Saúde, vinculados às três equipes de ESF das Unidades Básicas de Saúde indicadas, onde trabalham 18 ACS. A partir disso, aplicaram-se os critérios de inclusão/exclusão. Para a inclusão, definiu-se o critério de estar atuando, há pelo menos um ano na função e manifestar interesse em participar do estudo. A exclusão incluiu os afastamentos do trabalho, durante o período da produção de dados, por qualquer motivo (licença-saúde, licença-maternidade, férias, ou qualquer outro tipo de afastamento).

Destaca-se que todos os ACS atendiam ao critério de inclusão. Entretanto, quatro ACS estavam em licença-saúde e afastados do trabalho durante a realização da pesquisa, atendendo aos critérios de exclusão. Assim, quatorze Agentes Comunitários de Saúde participaram deste estudo.

### **3.2.3 Fase de Perscrutação**

A fase de perscrutação correspondeu aos momentos em que a pesquisadora aplicou as técnicas de produção de dados para desenvolver a pesquisa-intervenção. Na PCA, conforme preconizado, os instrumentos de produção dos dados foram compatibilizados, priorizando a triangulação de técnicas de produção de dados (TRENTINI; PAIM, 2004). Assim, levando-se em consideração os objetivos, o objeto e o referencial metodológico, foram empregadas as seguintes técnicas: entrevista semifechada, questionário, grupo focal e grupo de convergência.

#### **3.2.3.1 Entrevista semifechada**

Mediante entrevistas semifechadas foi iniciada a coleta dos dados deste estudo, que foram realizadas individualmente, no espaço da Unidade Básica de Saúde de referência, garantindo tanto a privacidade como o conforto. O roteiro para a entrevista semifechada foi elaborado pela pesquisadora, composto de perguntas abertas sobre aspectos da organização do trabalho (APÊNDICE B). Foram selecionados, através de sorteio, dois ACS de cada equipe de ESF, assim, foram realizadas seis entrevistas, obtendo-se a saturação dos dados. As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador digital, e tiveram uma duração média de uma hora.

A técnica da entrevista semifechada permitiu conhecer diferentes fenômenos. A interação entrevistador/entrevistado possibilitou o desvendamento do tema, em sua máxima horizontalidade e profundidade. Assim, foi guiada por tópicos relacionados ao tema de pesquisa, que foram aprofundados, à medida que o diálogo progrediu. O roteiro da entrevista semifechada não foi estanque, necessitando ser adaptado, de acordo com a linguagem e singularidade do participante, levando em conta o nível de interação estabelecido com o entrevistador (TRENTINI; PAIM, 2004).

### 3.2.3.2 Questionário

O questionário, também chamado de *survey* (pesquisa ampla), é um dos procedimentos técnicos mais utilizados para obter informações. Apresenta as mesmas questões para todas as pessoas participantes, garante o anonimato e pode conter questões para atender a finalidades específicas de uma pesquisa. Pode ser desenvolvido para medir atitudes, opiniões, comportamentos, circunstâncias da vida do cidadão e outras questões. Pode incluir questões abertas, fechadas, de múltipla escolha, de resposta numérica ou do tipo sim ou não (BARBOSA, 2008).

Dessa forma, o questionário foi elaborado pela pesquisadora, composto por questões fechadas e abertas; referentes à caracterização sócio demográfica e a preparação do ACS para o trabalho (APÊNDICE A). O instrumento foi entregue pelo pesquisador aos quatorze ACS, durante visita realizada na Unidade de Saúde, juntamente com o convite para participação na pesquisa. Três ACS não responderam o questionário. Obteve-se retorno de onze questionários devidamente respondidos pelos ACS.

### 3.2.3.3 Grupo Focal

A técnica de grupo focal representa uma estratégia metodológica para as pesquisas qualitativas, que possibilita investigar novos saberes, ressignificar as posturas profissionais, aproximar a pesquisa dos cenários de prática e vice-versa (BACKES; et al., 2011). Consiste em colher dados, a partir de reuniões com um grupo de pessoas que representam o objeto de estudo (LERVORINO; PELICIONI, 2001). Portanto, seu objetivo principal é obter informações e realizar constatações, deixando emergir as diferentes visões dos participantes sobre o assunto (RESSEL; GUALDA; GONZALES, 2000).

A técnica de grupo focal desenvolve-se em uma perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns e seus participantes procuram abordá-los, trabalhando como uma equipe. Assim, essa técnica é desenvolvida a partir de uma intencionalidade, expressa na

sensibilização dos participantes para operar na transformação da realidade, de modo crítico e criativo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Tendo em vista estes pressupostos, foram realizados quatro encontros de grupo focal, com a participação de todos os quatorze ACS pesquisados. Para tanto, a pesquisadora utilizou o espaço do NEPES, que possui estrutura física adequada e de localização central, facilitando o deslocamento dos ACS. Os encontros foram realizados durante dois dias consecutivos, no período manhã/ tarde, com intervalos para lanche e almoço. As refeições e lanches foram providenciados pela pesquisadora e servidos no local.

Durante a realização dos encontros de grupo focal, a pesquisadora guiou-se por questões norteadoras e temáticas pré-estabelecidas, durante o planejamento da pesquisa. Assim, refletiu-se sobre: a organização do trabalho; as cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral; as competências técnicas, éticas e políticas que envolvem o trabalho do ACS; e o pensamento estratégico.

Os encontros tiveram duração média de três horas e trinta minutos. Foram realizados no mês de outubro de 2016, foram gravados e transcritos. Contaram com a participação de três observadores, duas acadêmicas de enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e uma enfermeira da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/RS (UFSM) que realizaram anotações, em um diário. Destaca-se que as observadoras tiveram acesso prévio ao projeto de pesquisa, reunindo-se com a pesquisadora para tirar dúvidas e planejar sua participação.

Sob a coordenação da pesquisadora, os encontros de grupo focal, contaram também com a participação de uma pedagoga, que auxiliou na elaboração do plano pedagógico, na confecção da roda do trabalho, na realização das dinâmicas de grupo, acompanhando o desenvolvimento de todos os encontros de grupo focal.

#### 3.2.3.4 Grupo de convergência

A PCA está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado. No caso deste estudo a melhoria buscada refere-se à assistência de enfermagem na saúde do trabalhador considerando-se que ela está incluída no processo de pesquisa. Neste sentido, seguindo a recomendação de Trentini; Paim; Silva, (2014), considerou-se apropriada à utilização de técnica assistencial em grupo.

Assim, dando continuidade ao processo da pesquisa, optou-se pela utilização da técnica do Grupo de Convergência (GCG), que vem sendo utilizada, especialmente pela enfermagem, com o intuito de implementar projetos de prática assistencial participativa,

realizando abstrações da mesma, com a intenção de construir conhecimentos acerca de temas emergentes no grupo (TRENTINI; GONÇALVES, 2000, p. 72).

Neste sentido, a partir do interesse dos sujeitos desta pesquisa em continuar participando do estudo, pactuou-se a realização de grupos de GCG, definindo datas e horários dos encontros. Levando em conta a UBS de referência, as características singulares de cada equipe de ESF e os objetivos do estudo, os informantes foram divididos em dois grupos. Integraram o Grupo 1, seis ACS de uma equipe de ESF, lotados em uma UBS de referência. O Grupo 2 foi composto por oito ACS, integrantes de duas equipes de ESF, lotados em uma UBS de referência localizada em outra região do município. Para facilitar o acesso/participação dos ACS os encontros passaram a ser realizados em local próximo de seu trabalho/moradia. Assim o grupo 1 optou por realizar os encontros em uma igreja da comunidade. O grupo 2 utilizou a sala de reuniões existente na UBS de referência. Ambos os locais garantiram privacidade e conforto.

Desta forma, realizou-se seis encontros com cada grupo, com a intencionalidade pedagógica/assistencial de elaboração de estratégias coletivas visando a (re) organização do trabalho, com vistas à diminuição dos efeitos das cargas sobre os trabalhadores mobilizando-os na busca de ambiente de trabalho mais saudável.

Os encontros de GCG tiveram duração média de três horas e trinta minutos. Nos encontros do G1, três ACS faltaram a um encontro por compromissos profissionais/particulares. Os ACS do G2 participaram de todos os encontros. Foram realizados nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2016. Os encontros foram gravados e transcritos. Sob a coordenação da pesquisadora, contaram com a participação de uma pedagoga, que auxiliou especialmente na implementação das dinâmicas de grupo, acompanhando o desenvolvimento dos encontros de grupo focal. Acompanharam também a realização dos grupos GCG duas estagiárias do curso de psicologia.

Durante a realização dos encontros de grupo focal e de convergência, a pesquisadora atuou como coordenadora, realizando o esclarecimento sobre a dinâmica de discussões, dos aspectos éticos vinculados ao estudo e ao processo interativo. No sentido de estimular o debate, realizou acertos e combinações, elaborando a síntese dos encontros, avaliando e planejando ajustes na condução da pesquisa.

No decurso dos encontros dos grupos focais, os ACS foram estimulados a refletir sobre seu processo de trabalho e nas cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral, identificando situações que originavam prazer e sofrimento, bem como suas influências na sua saúde; ponderar sobre as competências técnicas, éticas e políticas necessárias ao



desenvolvimento de um trabalho humanizado; e desenvolver o pensamento estratégico como forma de aperfeiçoar seu trabalho.

Dando continuidade ao processo de pesquisa/ação, durante os encontros de GCG, num processo dialógico, os ACS foram estimulados a construir uma unidade grupal com vistas a resgatar sua identidade profissional, a autoestima, o espírito de cooperação e a autonomia; refletir sobre a importância social do seu trabalho e a sua responsabilidade de atuar na promoção da saúde dos comunitários. Num processo contínuo de olhar para o outro, envolvendo as relações humanas estabelecidas com os pares, equipe e comunidade, foram estimulados a criar estratégias grupais para organizar o trabalho, visando à diminuição dos efeitos das cargas sobre si e a mobilização para a busca de um ambiente de trabalho mais saudável e prazeroso.

Encerrando esta fase de produção de dados, que na PCA possuía a intencionalidade de aliar atividades de pesquisa a prática assistencial, destaca-se que o plano de ação norteou todas as etapas de produção dos dados e que os debates foram conduzidos pela pesquisadora, por meio de perguntas que instigaram a discussão/reflexão; num processo educativo participativo. Ou seja, a pesquisadora atuou como mediadora da construção de uma nova práxis dos ACS. A descrição sobre a condução dos grupos focais e de convergências está relacionada no APÊNDICE F.

Para finalizar a fase de coleta de dados, realizou-se um encontro avaliativo e de confraternização, reunindo todos os participantes desta pesquisa, no espaço do NEPES.

### **3.2.4 Fase de Análise**

Na PCA, os processos de produção e análise dos dados são simultâneos proporcionando a imersão gradativa do pesquisador. Tendo em vista a sistematização desse processo, Trentini; Paim; Silva (2014) propõe um método organizado em etapas.

#### **3.2.4.1 Processo de Apreensão**

É o primeiro passo do método na fase de análise, correspondendo à organização das informações (TRENTINI; PAIM, SILVA, 2014). Os questionários respondidos pelos ACS foram transcritos e agrupados por questão. Transcreveram-se também as falas gravadas, durante a realização das entrevistas, grupos focais e grupo de convergência, bem como os apontamentos realizados pelas observadoras. A fim de organizar as informações, utilizaram-se os seguintes códigos: E (entrevista), GF (grupo focal), GC (grupo convergência), O (observadoras).

A partir daí, realizou-se a leitura aprofundada do material codificado e os pronunciamentos foram analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desenvolvido por Lefèvre e Lefèvre (2003). Segundo os autores, o método consta de quatro figuras elencadas a seguir:

- Expressões chave (ECH): são trechos substanciais das falas literais dos sujeitos extraídas do conjunto de dados, que definem o conteúdo e a sequência do discurso elaborado em torno de uma ideia central.
- Ideia central (IC): consiste de uma expressão linguística sintética, afirmando e traduzindo o “cerne” do conteúdo discursivo verbalizado nos depoimentos. Assim, distingue cada conjunto de expressões chave que produzirão o discurso coletivo.
- Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um discurso-síntese das partes essenciais dos discursos de cada participante do estudo, construído a partir de um conjunto de expressões chave que refletem a ideia central. Ele é redigido na primeira pessoa do singular, mas representa as expressões homogêneas de vários sujeitos.
- Ancoragem (AC) apresenta em que corrente filosófica e/ou teoria/ideologia o discurso está fundamentado.

Para este estudo, a análise do DSC seguiu os seguintes passos: leitura de cada fala; extração das expressões chave de cada fala; agrupamento das expressões chave homogêneas; extração da ideia central de cada agrupamento; composição dos discursos do sujeito coletivo, utilizando as ideias centrais dos agrupamentos.

### **3.2.5 Fase de Interpretação**

Nesta fase, as categorias originadas na fase de análise (apreensão) foram sistematizadas e interpretadas. A fase de interpretação seguiu a orientação de Trentini; Paim, (2004) tendo sido subdividida em três momentos: síntese, teorização e transferência.

#### **3.2.5.1 Síntese**

Na síntese, foi realizada a análise subjetiva das informações sistematizadas durante a fase de apreensão, num processo de imersão da pesquisadora, a fim de reunir elementos diferentes e fundi-los num todo coerente, mostrando os dados essenciais para o desvelamento do fenômeno (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Mediante a síntese, a pesquisadora analisou

os resultados, articulando-os em categorias que responderam aos objetivos da pesquisa referentes à formação, à organização do trabalho e às cargas de trabalho do ACS.

#### 3.2.5.2 Teorização

Conforme Trentini; Paim, (2004) a *teorização* envolve o descobrimento de valores e sentidos embutidos nos dados coletados, formulação de pressupostos e teorias. No processo de teorização, a pesquisadora buscou descobrir os valores e sentidos embutidos nos dados observados, confrontando-os com o referencial teórico que sustentou a pesquisa, formulando pressupostos e teorias. Assim, as informações foram confrontadas com o referencial teórico, resultando na edificação de novos conceitos e conclusões do estudo. Convergindo para a elaboração de três artigos intitulados: “A formação do Agente comunitário de saúde”; “A organização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: do prescrito ao real”; e” Cargas de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: uma pesquisa convergente assistencial”.

#### 3.2.5.3 Transferência

A última fase da interpretação envolve a *transferência*, na qual o pesquisador, a partir das conclusões realizadas no processo de teorização, busca contextualizar os resultados em situações similares, na perspectiva de que adaptações possam ser feitas em outros cenários (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Tendo em vistas essas considerações, na fase da transferência, a autora buscou refletir acerca da aplicabilidade dos resultados e conclusões encontrados para a prática profissional do enfermeiro, destacando as possibilidades de intervenção na área de saúde do trabalhador.

### 3.3 Aspectos éticos

Visando ao compromisso com os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, conforme determina a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), todos os participantes tiveram acesso às informações necessárias, em relação aos direitos à participação voluntária, isenção de custos, sigilo, anonimato e seu direito à desistência, em qualquer etapa da pesquisa.

Inicialmente, realizou-se contato com o Núcleo de Educação Permanente da Saúde, da Secretaria de Município da Saúde, a fim de apresentar a proposta da pesquisa, realizando combinações sobre o desenvolvimento da pesquisa. Após o exame de qualificação do projeto

e aprovação, entregou-se o projeto impresso para análise. Após a aprovação, a instituição emitiu uma declaração de interesse em participar da pesquisa (ANEXO A).

A partir disso, o projeto foi registrado no sistema Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP/FURG). Após obtenção da carta de aprovação do CEP/FURG (ANEXO B), reiniciou-se o contato com o NEPES, que selecionou e indicou as equipes que participaram do estudo, pactuando as datas de uso das salas do serviço. A partir disso, de posse de documento de apresentação, a pesquisadora visitou as UBS indicadas, convidando os ACS para participarem da pesquisa e informando as chefias sobre a sua realização.

O processo de produção de dados foi realizado somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C), o qual foi assinado em duas vias, uma ficando em posse do participante e outra, em posse da pesquisadora. Os ACS selecionados para as entrevistas leram e assinaram o TCLE, antes do início das mesmas. Para os demais, o documento foi apresentado no primeiro encontro de grupo focal. Após a leitura e assinatura, iniciou-se o grupo e coletaram-se os questionários respondidos.

A pesquisadora comprometeu-se com o sigilo e prudência, em relação aos dados dos sujeitos, mediante assinatura do Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (APÊNDICE D). O material coletado, após conclusão da pesquisa, será armazenado pela pesquisadora que, depois de decorridos cinco anos, serão incinerados/destruídos.

Em relação aos riscos, destaca-se que a pesquisa foi realizada em locais seguros, preservando a integridade de todas as pessoas envolvidas. Destaca-se que durante o desenvolvimento da pesquisa a pesquisadora, em conjunto com os participantes, acolheu respeitosamente todas as manifestações dos informantes, assegurando a livre expressão, integração, acolhimento, escuta, reflexão e valorização.

Os resultados finais desta pesquisa serão socializados e compartilhados com a comunidade acadêmica, por meio de publicação em periódicos e apresentações em eventos científicos. A pesquisadora se comprometeu a socializar os resultados da pesquisa com os ACS, bem como fornecer a versão final da tese para o NEPES. Disponibilizando-se também para replicar a assistência para os demais ACS vinculados à Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo, são apresentados quatro artigos que compreendem os resultados desta Tese e suas respectivas discussões, elaboradas contemplando-se o objetivo geral da Tese.

## **ARTIGO 1 – A influência do trabalho na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa da literatura**

### **RESUMO**

Atualmente, o primeiro contato que os indivíduos, famílias e comunidades têm com o Sistema Único de Saúde no Brasil é a atenção básica à saúde. A Estratégia de Saúde da família prevê a atuação de equipe multiprofissional na assistência à saúde da população. Neste contexto, destaca-se a importância da assistência de enfermagem à saúde dos trabalhadores, em especial, a saúde dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Com o objetivo de conhecer as evidências sobre a influência do trabalho na saúde destes trabalhadores, realizou-se uma revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, BDENF, BVS, e na biblioteca eletrônica SciELO. Foram selecionados e analisados dezessete estudos. Os resultados apontam para influências positivas no trabalho do ACS associadas ao respeito/valorização do trabalho, na integração social na organização; no equilíbrio entre a o trabalho e a vida social; na afinidade com a profissão; na satisfação dos usuários com a assistência recebida; no trabalho em equipe; no vínculo entre profissionais e usuários. As influências negativas foram relacionadas à organização do trabalho/condições de trabalho; à presença de cargas físicas, mecânicas, químicas, orgânicas e emocionais. Conclui-se que a compreensão dos elementos intervenientes na saúde dos trabalhadores pode contribuir para a assistência de enfermagem na área de saúde ocupacional.

Descritores: Pessoal de Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Saúde do trabalhador.

### **INTRODUÇÃO**

A Constituição de 1988 preconiza que a saúde é um direito do cidadão e um dever do estado. Para cumprir esta determinação, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, em 1990, foram elaboradas e aprovadas as Leis Complementares, dentre elas a Lei 8.080 (que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços), as quais apontam para a reestruturação do modelo de saúde no Brasil. (BRASIL, 1990).

Dentro deste sistema complexo de atendimento à saúde da população brasileira, destaca-se a atenção primária em saúde, atualmente, considerada o primeiro nível de contato que os indivíduos, famílias e comunidades têm com o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1996, o Ministério da Saúde (MS) criou a Norma Operacional Básica do SUS-NOB/96, a qual contempla os Programas de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para operacionalizar as mudanças do modelo de atenção em

saúde (BRASIL, 1996). Em 2004, estes programas passaram a denominar-se de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF prevê que a assistência à saúde seja realizada por uma equipe multiprofissional de saúde com composição mínima de médico (01), enfermeiro (01), técnico e/ou auxiliar de enfermagem (01) e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que o número desses profissionais varia de acordo com a população da área de cobertura ou abrangência (BRASIL, 1996). Portanto, a atuação das equipes é baseada em territorialização com área de abrangência definida, ficando responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da sua população adscrita.

Neste contexto, destaca-se o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que executa atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde, realizadas nos domicílios ou junto à coletividade. (BRASIL, 1994). Portanto, o ACS figura como importante elo de interlocução entre a equipe de saúde e os usuários (BRASIL, 1996); além disso, é o único profissional da equipe cujo contrato prevê que deva residir, obrigatoriamente, na área de abrangência do território em que desempenha seu trabalho. Por sua vez, o fato de ser também membro dessa mesma comunidade intensifica seu envolvimento pessoal com os problemas que, direta ou indiretamente, o afetam (BRASIL, 2009).

Assim, as características do trabalho destes profissionais de saúde chamam a atenção para a interlocução entre o trabalho e o processo saúde-doença. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) foi adicionada ao conjunto de políticas de saúde do SUS; em que é considerada a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (BRASIL, 2012, p. 1).

Portanto, o trabalho mostra-se como elemento central nos determinantes de saúde e de adoecimento da população, exercendo impactos nas esferas da vida pessoal e profissional do trabalhador (BRASIL, 2012). Para tanto, se reflete sobre a assistência de enfermagem à saúde dos ACS que atuam na ESF. Desse modo, o planejamento de ações necessárias e suficientes adquire importância adicional por se tratarem de trabalhadores que, embora, atuem na base, interferem em todo o sistema de saúde, necessitando desfrutar de boas condições de trabalho e, principalmente, de saúde, a fim de oferecer assistência de qualidade à população.

A partir de reflexões e por considerar-se importante compreender quais são os elementos que interferem na saúde destes profissionais, elegeu-se como ponto de partida uma revisão integrativa embasada na pergunta: qual a influência do trabalho na saúde dos

ACS que atuam na ESF? Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi o de conhecer evidências na literatura científica referentes à influência do trabalho na saúde dos ACS que atuam na Estratégia de Saúde da Família.

## MÉTODO

O presente estudo utilizou como método de produção de dados a revisão integrativa da literatura, por meio da qual se reuniram e sintetizaram-se resultados de diferentes estudos e pesquisas sobre o tema, em conformidade com a questão de pesquisa e os objetivos propostos. Foram seguidas as seguintes etapas: identificação da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas (categorização dos estudos); avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento (MENDES; et al, 2008).

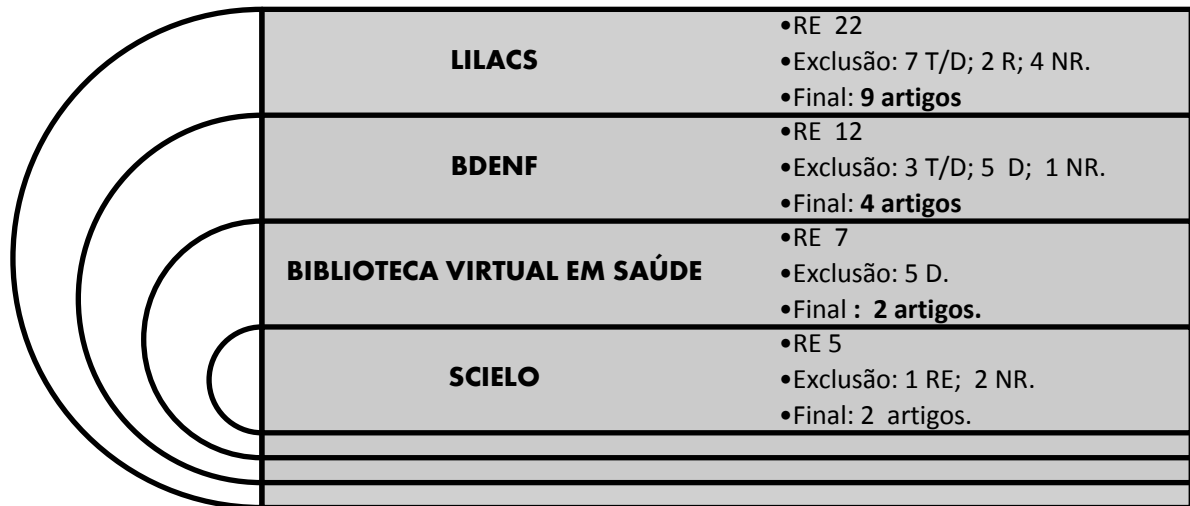
Quanto ao recorte temporal, apesar do programa ter sido lançado em 2006, optou-se por trabalhos mais recentes, justificado pelas constantes mudanças no contexto do trabalho na ESF. Elegeram-se como critérios de inclusão: artigos de pesquisa disponíveis online, na íntegra, dos últimos 10 anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão foram definidos: artigos duplicados (permanecendo somente o primeiro registro); artigos de revisão e/ou reflexão; teses e/ou dissertações; e artigos que não respondessem à questão de pesquisa.

A fim de organizar a produção dos dados, criou-se uma planilha contemplando os itens: base; título; critérios de inclusão com subdivisões e critérios de exclusão com subdivisões; onde foram sendo registrados os resultados da busca. Como forma de identificar os elementos constitutivos da pesquisa, utilizou-se a Estratégia PICO, sigla que representa um acrônimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e “**O**utcomes” (desfecho). Assim sendo, os elementos constitutivos desta pesquisa foram identificados da seguinte forma: P- Agentes Comunitários de Saúde; I- Saúde do trabalhador; C- não se aplica; O- influência positiva e/ou negativa do trabalho na saúde do trabalhador (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Realizou-se, então, a busca das publicações indexadas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados em Enfermagem (BDENF); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), realizadas nos dias 23/06/2015 e 30/06/2015, utilizando os operadores booleanos, representados pelos termos conectores *AND*, *OR* e *NOT*. Estabeleceu-se um formato de pesquisa, em que foram utilizados: *Pessoal de Saúde or Agentes Comunitários de Saúde [descriptor de assunto] and Saúde do Trabalhador or Saúde*

dos Trabalhadores [palavras]. Assim, os resultados da busca foram registrados, encerrando com a avaliação dos resumos. A síntese da busca está expressa na figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da seleção e captura de artigos nas bases de dados



\*RE: referências encontradas.

Crítérios de exclusão: **T/D** teses/dissertações; **R** artigos de revisão; **RE** artigos de reflexão; **NR** não responde a questão; **D** duplicado.

O corpus da pesquisa constituiu-se de dezessete artigos, lidos na íntegra, analisados e organizados sob os aspectos da influência positiva e/ou negativa do trabalho na saúde do trabalhador. Para analisar e interpretar os dados coletados utilizou-se a técnica da análise temática de conteúdo, desenvolvida em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados e interpretação (BARDIN, 2011). Os artigos foram selecionados conforme apresentados, no Quadro 1.

Quadro 1 – Numeração e referências dos artigos selecionados no estudo

N	REFERÊNCIA
1	SANTOS; VARGAS; REIS, 2014.
2	CIPRIANO; et al, 2013.
3	CIPRIANO; FERREIRA, 2011.
4	LIMA, A.G; et al, 2010.
5	WAI; CARVALHO, 2009.
6	TRINDADE; et al, 2007.
7	TELLES; PIMENTA, 2009.
8	NASCIMENTO; DAVID, 2008.



9	SILVA; MENEZES, 2008.
10	SANTOS; DAVID, 2011.
11	JORGE; et al, 2015.
12	FIGUEIREDO; et al, 2009.
13	VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008..
14	BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010.
15	TOMASI; et al., 2008.
16	CEZAR-VAZ; et al, 2009. .
17	MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto aos desenhos metodológicos destaca-se o predomínio de pesquisas quantitativas (10), seguidas de pesquisas qualitativas (06) e uma (01) pesquisa convergente assistencial, sendo que algumas pesquisas quantitativas utilizaram instrumentos validados, entre eles: *Self Reporting Questionnaire*; *Maslach Burnout Inventory*; *The Medical Outcomes Study 36-SF-36* (qualidade de vida); *Self Reporting Questionnaire, SRQ-20*, e também a escala de percepção de Walton sobre qualidade de vida no trabalho.

Sobre a amostra utilizada nos estudos, encontrou-se desde estudos com N de 7 até 244 ACS, perfazendo um total de 1.087 participantes, em 15 estudos. Os outros dois estudos selecionados contaram com outros profissionais da equipe de saúde da ESF, mesmo assim, o número de ACS, foco do estudo, é expressivo. Em um dos estudos, o N foi de 4.749 e a maioria dos respondentes era ACS (28%), equivalendo a 1.329 ACS. O outro estudo, com N de 48 contou com 13 ACS. Apesar da diversidade das amostras, considerou-se o número de ACS pesquisados como significativo, já que a soma dos pesquisados, nestes estudos, foi de 2.429.

Quanto ao local de realização, 07 estudos foram realizados em municípios do estado de São Paulo; 03 em Minas Gerais; 02 no Rio Grande do Sul; 02 no Rio de Janeiro; 01 no Maranhão e 01 em Sergipe. Uma pesquisa extrapolou a instância municipal; incluindo dois (02) estados do Sul e cinco (05) estados do Nordeste. Assim, considera-se que as diferenças regionais Brasileiras foram contempladas.

Vários estudos pesquisaram o perfil sócio demográfico dos trabalhadores da ESF, com destaque a predominância de trabalhadores do sexo feminino (1, 2, 3, 7, 11, 13, 15, 16,17). Gama (2012) destaca que, apesar da inserção maciça da mulher no mercado de trabalho, permanece, ainda, a divisão sexual do trabalho. Assim, considera-se essencial apreciar-se o trabalho do ACS da ESF como feminino, atentando-se para sua singularidade

social, econômica e cultural. Aspecto que deve ser considerado na assistência à saúde destes trabalhadores.

Percebe-se também que a dinâmica saúde-doença relacionada ao trabalho feminino apresenta uma conformação singular. Santos; Siqueira; Mendes, (2011) destacam que pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revelam elevados índices de adoecimento relacionados ao trabalho da mulher, sendo que, muitas vezes, é superior, se comparado ao masculino.

Corroborando com este estudo, destaca-se pesquisa realizada por Oliveira; Camargo; Iwamoto, (2013) com o objetivo de descrever a violência relacionada ao trabalho na equipe de ESF. Aponta que as mulheres são as maiores vítimas da violência, sendo as mais vulneráveis aquelas que são ACS e/ou membros da equipe de enfermagem, ocupações predominantemente femininas.

A realidade emergente na sociedade pós-moderna e as discussões acerca da saúde do trabalhador remetem para a abordagem integral do ser humano e da visão de que o processo saúde-doença é um fenômeno multicausal, influenciado por um amplo conjunto de fatores. Isto remete para a importância de levar-se em conta a precarização do trabalho feminino no contexto do capitalismo que, conforme Nascimento, (2014) se apropria e aprofunda as desigualdades sociais e históricas entre os sexos e a divisão sexual do trabalho. De forma discriminatória, consolida as formas de vida e de inserção feminina no mundo do trabalho que desqualificam e inviabilizam as experiências das mulheres.

Cabe destacar, também, aspectos da realidade vivenciada pelo ACS, ancorado no tripé que o caracteriza como morador, trabalhador e usuário do serviço que oferta. Neste sentido, os resultados apontados por Menegussi; Ogata; Rosalini, (2014) destacam para os diferentes papéis do ACS, requisitados tanto pela equipe quanto pelos usuários; o fato de morar na área de abrangência do território em que trabalha acarreta dificuldades adicionais, entre elas, a perda da sua privacidade, contaminação do seu tempo de não trabalho, confusão do usuário entre a amizade e o trabalho e o constrangimento de não ser atendido como usuário.

Os autores apontam também para a incorporação da multifuncionalidade na prática profissional, envolvendo a flexibilização do trabalho e a sobreposição de atividades. Isso faz com que o ACS se autodefinha como um “faz tudo”, defensor do atendimento das necessidades dos usuários, responsável pela solução dos problemas da comunidade e, por consequência, assumindo a culpa pelas deficiências do serviço de saúde (MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014).

Outro fato revelado pela literatura ressalta também o sentimento de impotência descrito pelo ACS, frente aos problemas econômicos e sociais da comunidade, quando muito pouco ou quase nada pode fazer. Estes sentimentos podem exprimir uma expectativa desproporcional sobre a profissão e de sua capacidade de resolução; o que reflete também na incompreensão dos limites de sua profissão (MAIA; SILVA; MENDES, 2011). Estas constatações iniciais preocupam pelo fato de refletir o contexto laboral de um modelo assistencial concebido para melhorar a assistência em saúde no Brasil, em que se acredita que os trabalhadores possam ter um ambiente de trabalho saudável para, assim, promover as mudanças necessárias.

Por meio da análise de conteúdo dos resultados dos artigos selecionados para este estudo, foi possível identificar categorias que apresentam diversos aspectos que influenciam, positivamente ou negativamente, o trabalho do ACS. A fim de caracterizar o corpus da pesquisa, as fontes são identificadas, conforme numeração relativa aos diferentes artigos, anteriormente apresentadas, no Quadro 1.

### **Influência positiva do trabalho na saúde dos ACS.**

Elencaram-se os aspectos que os ACS relacionaram como positivos no cotidiano de trabalho, trazendo sentimentos de satisfação e prazer.

- **A integração social na organização** permeada pela ausência de preconceito institucional, habilidade social e valores comunitários. (12).
- **O equilíbrio entre a vida social/vida no trabalho** através do exercício da liberdade de expressão, horários de trabalho previsíveis e preservação da vida pessoal (12).
- **A afinidade com a profissão**, expressa em gostar do que faz; a satisfação dos usuários com a assistência recebida; o trabalho em equipe; os vínculos estabelecidos com profissionais e usuários (15).
- **O respeito, valorização e elogios** recebidos pelo trabalho realizado (7).

### **Influência negativa do trabalho na saúde dos ACS.**

Para explicitar a influência negativa no trabalho do ACS, foram criadas as categorias: organização do trabalho/condições de trabalho; cargas físicas e mecânicas; cargas químicas e orgânicas; cargas emocionais; e problemas de saúde reais ou imaginários.

- **Organização do trabalho/Condições de trabalho:**

São relatados: ritmos excessivos e prazos curtos, inúmeras tarefas das atribuições do ACS, horários incertos e impróprios para realização das visitas domiciliares; atribuições além da competência; excesso de famílias sob sua responsabilidade (15,10).

Jornada em turno integral, considerada prolongada; aumento do tempo de confinamento e da convivência com problemas dos usuários (2, 15, 16,). Aliado à baixa remuneração; não recebimento de horas extras; poucas oportunidades de crescimento na carreira e a falta de segurança no emprego (5 11,12).

Execução de tarefas superpostas e sem planejamento cronológico; interrupções e intervenções constantes; dificuldade de determinar prioridades, por parte da equipe de saúde. Realização de atividades de valor estatístico, burocráticas e repetitivas, com pouca participação no planejamento e avaliação; falhas na divulgação de informações sobre decisões organizacionais; cobrança de produtividade por metas e dificuldade para cumpri-las; dificuldades de supervisão pela enfermeira (5 10,11).

Falta de liberdade no desenvolvimento de novos projetos e para tomar iniciativas de organização do trabalho; trabalho não valorizado; e o fato de assumir responsabilidades sem preparo adequado (16). Foi citado também o despreparo da chefia para a função, expresso através da liderança autoritária; discriminação e /ou favoritismo; o estado de constante estresse (1,11).

- **Cargas físicas e mecânicas:**

Nesta categoria, foram elencados a inadequação do ambiente físico e o déficit nos instrumentos, equipamentos e materiais para a realização do trabalho (15,16). As longas caminhadas; temperaturas extremas; exposição aos raios solares (muito tempo e em horários críticos) e à umidade; falta de local para sentar e beber água, durante as visitas domiciliares; cansaço físico e uso intensivo da voz (2, 3, 4,6, 8, 16,17).

Outro fator refere-se às características socioambientais do território como presença de cercas elétricas, cachorros, cavalos, animais peçonhentos. Falta de saneamento básico; odores de esgoto, de animais domésticos, de lixo e da falta de higiene nos domicílios. Estradas com grande tráfego, áreas com ausência de pavimentação, calçadas estreitas e sem proteção. Acessos úmidos e escorregadios, moradias em locais com riscos de desabamento e no meio do mato (2, 6, 8,16).

- **Cargas químicas e orgânico-biológicas:**

Exposição ao pó das ruas não pavimentadas. Também à fumaça da queima de lixo, fogões à lenha, tabaco e fumaça proveniente do escapamento de automóveis. (6,8). Contato com fungos, bactérias e parasitas. Dentre eles pediculose, escabiose, bicho-do-pé, carrapato e doenças parasitárias em geral. Contato com ratos, baratas e formigas (6 8,16). Exposição a

peças com infecção respiratória e portadoras de doenças de transmissão respiratória, em especial a tuberculose não tratada (3, 6, 8,16).

- **Cargas emocionais:**

As cargas emocionais aparecem no escopo desta pesquisa, associadas à redução da realização pessoal no trabalho, insatisfação, estresse, desgaste emocional e trabalho perigoso (2, 6, 7, 16). Estudos apontam para o desgaste emocional provocado pela grande demanda de trabalho, das necessidades de saúde da comunidade e das deficiências na organização do trabalho. A falta de resolutividade do serviço de saúde limita o trabalho dos ACS; que é cobrado por produtividade, pouco reconhecido em seu trabalho tanto por colegas de trabalho quanto pela população atendida (10,16).

O ACS, no cotidiano de trabalho, convive com problemas graves de saúde, situações de morte de usuários e com o risco de agressão de comunitários (5,6). Outro desgaste registrado é a questão do sigilo profissional, fazendo com que o ACS mantenha atenção permanente no contato com os usuários. O risco de violência física e moral, cujos elementos condicionantes estão ancorados nas características sócio comportamentais dos grupos sociais das comunidades adstritas e na insatisfação dos usuários, em relação ao serviço de saúde. (6,16)

Os danos são ocasionados também pelas características do trabalho do ACS, que no cotidiano laboral, estabelece vínculo com os usuários expostos a condições precárias de vida; miséria, adoecimento e degradação humana. A convivência com a situação de violência na comunidade (uso de armas, drogas, tiroteio) e intra domiciliar (agressão entre os familiares). Observar a negligência dos pais com os filhos; uso e abuso de drogas ilícitas; desemprego e falta de recursos financeiros para se alimentar ou se manter. Contato com animais bravos criados na comunidade (5, 6, 8, 10, 16).

Por atuarem na comunidade onde moram, estão sujeitos a um envolvimento emocional diferenciado, que envolve a convivência com pessoas com quem possuem atritos; presenciar situações de violência no trabalho; encarando o risco de represálias pelo cumprimento da função, entre elas a necessidade de denunciar a violência doméstica. Neste contexto, fora do horário de trabalho, os ACS recebem solicitações dos usuários, revelando a contaminação do tempo de não trabalho, bem como a falta de privacidade e liberdade dentro do bairro (2, 5, 6,8).

A identificação do ACS como representante da comunidade no serviço de saúde cria a expectativa de atendimento das necessidades dos usuários. Promovendo um envolvimento maior com a micro área de atuação e situações que extrapolam sua capacidades de dar

respostas. Assim, a pressão emocional é adicionada à insatisfação do usuário que, por vezes, culmina em agressões. Esta resistência/incompreensão dos usuários gera sentimentos de angústia, inutilidade e frustração (5,8,10).

- **Problemas de saúde referidos**

Diante das cargas de trabalho a que estão submetidos os ACS, destacam-se estudos que apontam para os problemas na saúde destes trabalhadores. Dentre eles, encontra-se a alarmante referência de problemas de saúde em 42% dos trabalhadores da rede de atenção básica (15). Quando se pesquisa somente o ACS, encontra-se que 28,1% consideravam seu estado de saúde como ruim ou muito ruim (13). Sob este aspecto, autores relatam que o ACS está submetido a demandas psicológicas elevadas, propiciando o desenvolvimento de estresse, com relatos de depressão e uso de drogas psicoativas (7, 9,10), além da ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (14).

Dentro das manifestações psíquicas e físicas do estresse, são relatados: tensão, ansiedade insônia, cansaço excessivo, irritabilidade; sensação de desgaste; tensão muscular; problemas de coluna (13,8). Sintomas gerais apontados pelos ACS, em diversos estudos, envolvem: cefaleia, distúrbios de voz (rouquidão, falha na voz, voz grossa e variação de voz); garganta seca; cansaço ao falar; ardor na garganta; falta de ar; e sangramento nasal. Queixas auditivas, envolvendo incômodo a sons ou ruídos, zumbido e dificuldade para ouvir. Problema de pele, em decorrência da exposição solar. Dores gerais no corpo, nos membros inferiores e na coluna (2, 3, 4, 8,13).

Afecções relatadas pelos ACS: doenças do aparelho circulatório, hipertensão; doenças do sistema osteomuscular (especialmente, na coluna) e doenças do aparelho digestivo (diarreia, parasitoses/verminoses, gastrite, úlcera gástrica e duodenal). Relatos também de diabetes, infecções e alergias respiratórias, rinite, escabiose, pediculose (3, 8,10, 15). Outro dado importante é o uso de medicamentos, informado por cerca de um quarto dos trabalhadores da atenção básica, sendo que 20% recorrem à automedicação (15).

Diante dos resultados apresentados, destaca-se que a função de elo da equipe com a comunidade, aproxima física e emocionalmente o ACS da população. Este contato direto com os problemas do território pode ser considerado como potenciais fontes de sofrimento e adoecimento do trabalhador. Por outro lado, percebe-se que grande parte das dificuldades pode ser modificada e/ou evitadas, uma vez que se constituem aspectos essenciais à atuação desse profissional.

Neste sentido, Murta, (2005) na sua investigação sobre programas de manejo de estresse ocupacional, destaca que existem evidências consistentes de que a utilização de

intervenções focadas no indivíduo (sessões de relaxamento, fornecimento de informações a respeito de causas e consequências de estresse, treino em solução de problemas etc.) produz efeitos benéficos para a sua saúde. Por outro lado, Trindade; et al, (2007) sugerem a instituição de programas de apoio social; estímulo e melhoramento do trabalho em equipe, planejamento participativo das ações e serviços, visando a promover o crescimento profissional e individual, melhorando também a assistência prestada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente revisão, buscou-se discutir aspectos apresentados na literatura sobre a influência do trabalho na saúde do ACS, em que foram encontradas várias evidências, dentre elas, a de que o trabalho do ACS é, predominantemente, feminino e sujeito à divisão sexual do trabalho que, historicamente, está ligado à precarização do trabalho feminino, o que se observa na categorização das cargas de trabalho apresentadas nos artigos analisados. Assim, considera-se essencial apreciar-se o trabalho do ACS como feminino, atentando-se para sua singularidade social, econômica, cultural e familiar. Aspectos que devem ser considerados para uma atenção individualizada à mulher trabalhadora e, em especial, quando trabalha como ACS.

A realidade vivenciada pelo ACS, no cotidiano do trabalho, está ancorada no tripé que o caracteriza como morador, trabalhador e usuário do serviço que oferta. Esta característica traz algumas dificuldades, entre elas: a multiplicidade de papéis, os quais são requisitados tanto pela equipe quanto pelos usuários; a contaminação do seu tempo de não trabalho; a perda da sua privacidade; a confusão do usuário entre o trabalho e o relacionamento pessoal com o ACS; o constrangimento de não ser atendido como usuário; e a convivência diária com os problemas sociais que, na maior parte das vezes, não pode resolver.

A percepção distorcida da imagem do ACS como alguém “sempre disposto a ajudar” reflete, por vezes, a incompreensão do próprio ACS sobre os limites da sua profissão; levando-o a exercer atividades que extrapolam suas funções. Aliado a isto, os próprios ACS se auto definem como um “faz tudo”, incorporando a multifuncionalidade, que envolve a flexibilização do trabalho e a sobreposição de atividades, podendo levar à exaustão.

Nos resultados deste estudo, a influência positiva no trabalho do ACS está associada ao respeito/valorização do trabalho, na integração social na organização; no equilíbrio entre a o trabalho e a vida social; na afinidade com a profissão; na satisfação dos usuários com a assistência recebida; no trabalho em equipe; no vínculo entre profissionais e usuários.

Sobre a influência negativa no trabalho do ACS foram criadas as seguintes categorias: aspectos da organização do trabalho/condições de trabalho; cargas físicas e mecânicas; cargas

químicas e orgânicas; cargas emocionais; e problemas de saúde reais ou imaginários. Foram relatados, entre outros, ritmos excessivos de trabalho; baixa remuneração e poucas oportunidades de crescimento na carreira. Ambiente físico inadequado; exposição ao frio/calor/sol/pó/fumaça. Contato com fungos, bactérias, parasitas e doenças infectocontagiosas. Vários estudos apontam para as cargas emocionais do ACS, ligadas à redução da realização pessoal no trabalho, insatisfação, estresse, desgaste emocional e percepções de perigo.

Diante das cargas de trabalho a que estão submetidos, os ACS estudados apontaram para problemas na saúde, dentre eles: o desenvolvimento de estresse/depressão/TMC; distúrbios auditivos e de voz; problemas na pele; dores no corpo, especialmente, nos membros inferiores e na coluna. Doenças do aparelho circulatório; do sistema osteomuscular (especialmente, na coluna) e do aparelho digestivo.

Considera-se que o presente estudo contribuiu tanto para reunir e apontar algumas das relações já estabelecidas entre o trabalho e a saúde do ACS nos artigos específicos sobre o tema quanto para discutir outros possíveis pontos de encontro entre estes dois temas, destacando que a atuação cotidiana desses ACS está permeada pela exposição às diversas cargas de trabalho que podem afetar a sua saúde.

A inserção do ACS no trabalho da equipe de saúde, além de trazer benefícios para a saúde dos usuários, pode representar a inserção no mundo do trabalho de um profissional, promovendo seu bem-estar e sua saúde física, psíquica e social. Para que isso se transforme em realidade, é necessário o desenvolvimento de ações que humanizem os ambientes e os processos de trabalho, criando possibilidades para o exercício de um trabalho digno e seguro, também, sob o ponto de vista da saúde do trabalhador.

## BIBLIOGRAFIA

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal, Geográfica Editora, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8080/90, de 19 set. 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996). Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em 05/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2009,84 p.(Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. **Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília: MS. 1994. Disponível em: <<http://dtr2004.Saude.gov.br/dab/legislacao.php>>>. Acesso em 20/06/2015.



BRASIL. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 20/06/2015.

GAMA, A.S. **O conflito entre trabalho e responsabilidades familiares no Brasil** – reflexões sobre os direitos do trabalho e a Política de Educação Infantil. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro. 2012.

MAIA, L.D. G; SILVA, N.D.; MENDES, P.H.C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde: aspectos de sua formação e prática. **Rev. bras. saúde ocup**, São Paulo; v.36, n.123, 2011.

MENDES, K.D. S; SILVEIRA, R.C.C. P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p. 758-64,2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em 19/07/2016.

MENEGUSSI, J.M; OGATA, M.N; ROSALINI, M.H.P. O Agente Comunitário de Saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab. educ. saúde**; v.12, n.1, p. 87-106, 2014.

MURTA, S.G. Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v.18, n.2, p.283-291,2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27480.pdf>. Acesso em 10/02/2016

NASCIMENTO, S.D. Precarização do trabalho feminino: a realidade das mulheres no mundo do trabalho. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 2014.

OLIVEIRA, L.P; CAMARGO, F.C; IWAMOTO, H.H. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. **REAS [Internet]**, v.2, n.2 (n.esp), p. 46-56, 2013.

SANTOS, C.M. C; PIMENTA, C.A. M; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. ISSN 1518-8345. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2463>>. Acesso em 25/05/2016.

SANTOS, M.A.F.; SIQUEIRA, M.V.S.; MENDES, A.M. Sofrimento no trabalho e imaginário organizacional: ideia suicida de trabalhadora bancária. **Psicologia & Sociedade**, v.23, n.2, p.359-368, 2011.

TRINDADE, L.L; et al. Cargas de trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Gaúcha Enfermagem**; v.28, n.4, p.473-479, 2007.

## ARTIGO 2 – A formação do Agente Comunitário de Saúde

### RESUMO

Estudo qualitativo, com abordagem convergente assistencial. Teve como objetivos caracterizar sócio demograficamente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e identificar o processo de preparação para o trabalho. O cenário foi composto por Unidades Básicas de Saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram ACS vinculados a três equipes de Estratégia de Saúde da Família. Os dados foram produzidos por meio de questionário, num total de 11 respondentes. Os resultados identificam como perfil predominante trabalhadores do sexo feminino, com um nível de escolaridade acima da exigida para a função. Durante o processo de formação, todos os ACS realizaram o curso introdutório e vêm participando de atividades de educação permanente, mas é necessário um planejamento da institucionalização da formação introdutória e educação permanente, contemplando o desenvolvimento de competências necessárias para a realização do trabalho, especialmente na área de prevenção/promoção da saúde dos comunitários. A prática assistencial de enfermagem foi construída a partir da educação em saúde, promovendo uma reflexão crítica sobre sua inserção no trabalho, colaborando na mobilização para uma prática profissional mais saudável e prazerosa.

**Descritores:** Agentes Comunitários de Saúde; Enfermagem; Educação; Estratégia de Saúde da Família.

### 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro, em sua organização, prevê responsabilidades específicas para cada uma das esferas administrativas públicas. Dentre as responsabilidades da esfera municipal, destaca-se a Atenção Primária em Saúde (APS), compreendendo um “conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde, vigilância, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, destinadas a avaliar e intervir sobre os determinantes de saúde” (BRASIL, 2006 a, p. 10).

Assim, os governos locais são responsáveis pela assistência ao usuário, envolvendo ações em saúde, que contemplam o âmbito individual/coletivo, realizadas por equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para expandir e qualificar esse atendimento, o Ministério da Saúde criou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando-a como prioritária para a reorganização da APS no Brasil (BRASIL, 2011).

Para tanto, o gestor local, dependendo das necessidades da população, planeja a implantação das equipes de ESF. Cada equipe é responsável por um número máximo de quatro mil pessoas constituído por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo estes últimos os responsáveis

pela maioria das ações da assistência à saúde da população adstrita, em determinado território, o qual é subdividido em micro áreas, sendo que cada micro área é assistida por apenas um ACS. (BRASIL, 2012b).

A profissão de ACS foi criada através da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. A Portaria nº 648-GM, no seu Anexo I, especifica suas atribuições. Destaca-se que o ACS deve desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância em saúde; cadastrar as famílias de sua micro área; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; bem como a prevenção e o controle da malária e da dengue (BRASIL, 2006 a; Brasil, 2006b).

Portanto, as características do trabalho do ACS o tornam o principal responsável da equipe de saúde por levar a atenção à saúde para o ambiente domiciliar. Entretanto, suas funções exigem preparação para realização de afazeres técnicos e o enfrentamento de uma diversidade de problemas da comunidade, onde se depara com situações precárias de saúde e vida, diferentes formas de desigualdade social, cujas aptidões são difíceis de adquirir (FERREIRA; et al, 2009; TELLES; PIMENTA, 2009).

Neste sentido, destaca-se que não existe uma preparação formal para o exercício da função de ACS. Seu trabalho está restrito à atuação no SUS e o próprio serviço é o responsável pela sua formação profissional. Segundo a Portaria nº 648-GM, de 28 de março de 2006, o gestor local é o responsável pela promoção e viabilização da realização do curso introdutório (BRASIL, 2006a). É recomendada, também, a educação permanente, por meio de módulos direcionados às necessidades levantadas pelos próprios profissionais e pela comunidade atendida (BRASIL, 2000a).

Desse modo, sua formação é realizada no interior do próprio serviço de saúde, a partir da corresponsabilização do gestor local e do enfermeiro instrutor/supervisor. Portanto, são estes os responsáveis pela promoção e concretização do curso introdutório e da educação permanente e, por consequência, por instrumentalizar o ACS para o desempenho de suas funções. Esta preparação perpassa todo o processo de trabalho do ACS, interferindo diretamente na forma como este profissional organiza e desempenha suas funções. Por isso, merece atenção especial, no sentido de construir-se com espaços de educação conectados aos processos de trabalho.

A formação para o trabalho visa a instrumentalizar o ACS no enfrentamento das dificuldades do cotidiano laboral, na organização do trabalho, influenciando no prazer e/ou sofrimento vivenciado e, conseqüentemente, na sua saúde. Neste contexto, destaca-se a importância do enfermeiro instrutor/supervisor que possui diversas atribuições, entre elas:

planejar e coordenar a capacitação e educação permanente dos ACS; coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar periódica e sistematicamente o trabalho por eles realizado (BRASIL, 1997).

Dessa forma, a supervisão do trabalho dos ACS realizada pelo enfermeiro visa a permitir a percepção das eventuais falhas e carências na formação, para auxiliá-los a lidar com as adversidades do trabalho. Diante do exposto, destaca-se a importância do trabalho do ACS, que possui funções específicas dentro da equipe de ESF e seu trabalho está inserido em uma estratégia de mudança do modelo assistencial brasileiro.

Tendo em vista essas considerações, propôs-se este estudo delineado a partir da indagação: como os ACS vêm sendo preparados para o desenvolvimento de seu trabalho. Assim, o presente estudo teve por objetivos: caracterizar sócio demograficamente os ACS; e identificar o processo de preparação desses profissionais para o trabalho.

## 2 MÉTODO

Pesquisa qualitativa, do tipo convergente-assistencial, realizada com ACS de três equipes de saúde referenciadas a duas UBS, que atuavam no modelo assistencial de Estratégia de Saúde da Família, da Secretaria de Município da Saúde de um município da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. A produção de dados deu-se em outubro de 2016. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário, elaborado pela pesquisadora, incluindo questões abertas e fechadas referentes à caracterização sócio demográfica e a preparação do ACS para o trabalho. O instrumento foi entregue pelo pesquisador aos quatorze ACS, durante visita realizada na Unidade de Saúde. Três ACS não responderam o questionário. Obteve-se retorno de onze questionários devidamente respondidos pelos ACS.

A partir do retorno dos questionários, as respostas foram transcritas através de editor de textos Microsoft Word 2010 e integraram o *corpus* da análise, em que se utilizou o método do discurso do sujeito coletivo (DSC), desenvolvido por Lefèvre e Lefèvre, (2003). Os DSC constituíram-se de discursos-síntese das partes essenciais dos discursos de cada participante do estudo, construídos a partir de um conjunto de expressões chave que refletiam a ideia central. Os textos foram redigidos na primeira pessoa do singular, mas representam as expressões homogêneas de vários sujeitos.

Para este estudo, a análise do DSC seguiu os seguintes passos: leitura de cada pronunciamento; extração das expressões chave de cada um; agrupamento das expressões chave homogêneas; extração da ideia central de cada agrupamento (conforme as perguntas do questionário); composição dos discursos do sujeito coletivo, utilizando as ideias centrais dos agrupamentos. Assim, cada questão do questionário originou um discurso coletivo.

Nesta e em qualquer pesquisa Convergente-Assistencial, a estratégia de produção de dados possui dupla intencionalidade: produzir construções científicas para a pesquisa e realizar a assistência de enfermagem à saúde dos informantes (TRENTINI; PAIM, 2004, p.76). A prática assistencial foi construída a partir do referencial da Psicodinâmica do Trabalho, entendendo-se a organização do trabalho como elemento central na compreensão da dinâmica do prazer/sofrimento no trabalho, que, no caso do ACS, é influenciado pelo processo de formação/ educação permanente.

Neste sentido, a intencionalidade pedagógica/assistencial foi construída a partir da educação em saúde, em que os ACS foram convidados a realizar uma reflexão crítica sobre seu processo de formação, buscando desencadear a necessária motivação para originar mudanças na prática profissional e, conseqüentemente, na dinâmica prazer/sofrimento no trabalho.

O presente artigo é parte dos resultados da tese de doutorado intitulada “A organização do trabalho e as cargas de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma abordagem convergente assistencial” (LOPES, 2017), cujo projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP/FURG), e aprovado através do CAAE número 58331416.1.0000.5324. Sua concretização foi em conformidade com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012 a).

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na construção dos resultados, utilizou-se a sequência das perguntas do questionário, assim, formaram-se as categorias: **Perfil sócio demográfico dos ACS**, o **Curso introdutório** e a **Educação permanente**. Para caracterizar os discursos do sujeito coletivo (DSC) produzidos, utilizou-se a formatação em itálico.

#### **3.1 Perfil sócio demográfico dos ACS**

Em relação ao perfil sócio demográfico dos ACS, nove participantes são do sexo feminino, com idade média de 41 anos, sete convivem com companheiro e tem filhos, destes seis tem somente um filho. Ao ingressarem no serviço, todos os respondentes não possuíam experiência como ACS. Os relatos de atuações anteriores envolveram o trabalho realizado como donas de casa e, também, em empregos formais ligados a trabalhos domésticos, comércio, transportes, educação.

A predominância do sexo feminino na população estudada converge com os resultados de outros estudos realizados com ACS, em vários estados do Brasil, entre eles São Paulo (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016), Santa Catarina (LINO, et al; 2012), Paraíba

(FREITAS; et al, 2015), Rio Grande do Sul (VOGT, 2012). Além disso, destaca-se, também, a predominância de mulheres casadas e com filhos.

Ao avaliar os aspectos apresentados, constata-se a construção histórica e o surgimento de uma profissão feminina, que iniciou a partir de uma experiência ocorrida em 1987, no Ceará, cujo objetivo foi criar oportunidades de emprego e renda para as mulheres pobres na área da seca e, ao mesmo tempo, realizar ações de saúde da mulher e da criança (AVILA, 2011). Esta experiência bem sucedida levou o Ministério da Saúde a institucionalizar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família, como uma política nacional de organização da APS.

Com o passar do tempo, as mulheres ainda continuam a constituir-se na maior força de trabalho da profissão de ACS. Durão; Menezes, (2016), ao analisarem a profissionalização desses profissionais sob a perspectiva de gênero, destacam que a contratação de mulheres permitiu a construção de uma identidade e "certo" reconhecimento social. Mas, com o passar do tempo, o espaço comunitário das relações comunitárias humanizadas desenvolvidas pelos ACS passou a ser secundarizado, desvalorizando habilidades que foram culturalmente construídas como atributo feminino.

No entanto, destaca-se a real importância desse trabalho comunitário para a ampliação do Sistema Único de Saúde, na expectativa que estas habilidades deixem de apenas ser entendidas como inatas à natureza feminina e, como tal, reconhecidas pontualmente, expressando-se em melhores condições de trabalho, formação e remuneração (DURÃO; MENEZES, 2016, p.371).

Indagou-se também sobre o exercício de conciliar o trabalho de ACS com o convívio familiar e as atividades domésticas, sendo que os relatos dos respondentes convergiram e originaram o seguinte DSC:

*Eu divido com o marido e filhos. Organizo para que cada um faça sua parte. A complexidade do trabalho exige bem mais que a carga horária, por isso, é muito difícil separar a vida pessoal do trabalho. Assim, muitas vezes, chamo marido, filhos e mãe para me ajudar nas tarefas domésticas. Eu me esforço para conciliar o trabalho com a função de mãe, esposa e dona de casa. Eu faço o trabalho, em casa, à noite e nos finais de semana. Na realidade, eu tenho que me desdobrar em duas: um pouco ACS, um pouco mãe, esposa e dona de casa.*

Estes relatos expressam a contaminação do tempo de não trabalho; a existência da dupla jornada de trabalho produzida pela realização de atividades domésticas e a consequente sobrecarga do Agente Comunitário de Saúde. No contexto histórico do trabalho, a mulher, inicialmente cuidadora, a partir da revolução industrial, foi absorvida como força de trabalho

e inserida no mercado de trabalho. Na cena atual, conforme Silva; Lima, (2012) a mulher encontra-se em “um novo *topos*” onde se vislumbra a flexibilização de sua ocupação em várias esferas, agregando uma série de tarefas e funções. Por outro lado, permanecem as velhas formas de desigualdades entre os gêneros e a cultura de organização familiar matrifocal, cujas atividades estão centradas na figura da mulher, produzindo sobrecargas.

Sobre o nível de escolaridade, oito possuem ensino médio completo; dois têm curso superior completo e um superior incompleto. Ao investigar outras formações deste grupo, somente quatro, não possuem outra formação, destaca-se que cinco realizaram curso técnico de enfermagem. Sobre a continuidade dos estudos, um dos respondentes relatou estar cursando a graduação em enfermagem e outro o curso técnico de análises clínicas.

Portanto, constatou-se que a grande maioria dos ACS possui ensino médio completo, cujo nível exigido para o cargo é o ensino fundamental (BRASIL, 2006b). Além disso, há um índice expressivo desses trabalhadores cursando ou tendo concluído o ensino superior e quase a metade dos participantes possuía outra formação, com destaque para o curso de técnico de enfermagem.

Diante deste quadro, pode-se inferir que as dificuldades vivenciadas pelos ACS podem ter motivado a realização de cursos que lhes pudessem dar sustentação teórica para o desenvolvimento da função, como no caso do curso técnico de enfermagem. Segundo Marzari; et al, (2011) a busca de formação técnica confirma a visão ilusória de que, através dos conhecimentos biomédicos, os ACS estariam mais capacitados para resolver os problemas da comunidade, denotando contradição com aquilo que é característico do agente, o saber popular em saúde e o conhecimento da dinâmica social da comunidade.

Por outro lado, a busca da educação formal, poderia também refletir uma necessidade de ascensão social e financeira. Na busca de explicação do fenômeno, Mota; David, (2010) especulam que a convivência com outros profissionais da equipe e o acesso a determinado saber técnico-científico pode vir a contribuir para que os ACS busquem alternativas de profissionalização, dizendo que “parece haver um desejo” de mudança de função, embora querendo ainda permanecer na área da saúde.

Corroborando com isso, vários estudos vêm apontando para a ampliação do nível de escolaridade dos ACS, bem como a procura de cursos de aperfeiçoamento na área de saúde (MOTA; DAVID, 2010; FREITAS; et al, 2015; MARZARI, et al, 2011), indicando o interesse de melhorar seu desempenho profissional num sistema de saúde que defende a integralidade do cuidado. De qualquer forma, independentemente de como e do por que, a maior escolaridade pode contribuir para a construção da identidade deste profissional, melhorando sua atuação.

Sobre o tempo de atuação na função, grande parte dos ACS que participou deste estudo possui cerca de treze anos de experiência. O menor tempo é de quatro anos, no relato de somente um deles. Estes dados apontam para uma baixa rotatividade do ACS; considerou-se, também, que os ACS participantes desta pesquisa vêm desenvolvendo o trabalho a tempo suficiente para realizar uma análise crítica sobre sua formação para o trabalho, identificando as dificuldades encontradas na sua trajetória profissional e as deficiências no processo de sua formação.

### 3.2 O curso introdutório

Sobre **quando e o tempo de duração do curso introdutório**, os ACS relataram que realizaram o curso introdutório imediatamente após o ingresso no serviço, mas o tempo despendido para sua realização foi diferente, variando conforme o período de ingresso, originando os seguintes DSC.

*Realizei o curso introdutório, antes de começar a atuar, que durou uma semana.*

*O introdutório durou seis meses. O curso foi realizado intercalado com o trabalho: um turno no trabalho e outro na capacitação.*

Destaca-se que todos os ACS, ao ingressarem nos respectivos serviços, realizaram imediatamente o curso introdutório. Parece que cada serviço se organizou, antecipadamente, para acolhê-los e ministrar o curso introdutório, conforme preconizado na Portaria nº 648 (BRASIL, 2006a), o que constituiu um ponto positivo para a inserção do ACS no trabalho. Por outro lado, percebe-se que houve uma oferta desigual de capacitação para os diferentes grupos, dando mostras de que ainda não existe uma conduta padrão institucionalizada sobre a realização do curso introdutório.

O Ministério da Saúde recomenda que, no curso introdutório, sejam tratados os seguintes assuntos: princípios e diretrizes da ESF e do SUS; diagnóstico sociocultural e demográfico da comunidade; sistemas de informação em saúde; noções de trabalho em equipe e intersetorialidade (BRASIL, 2000b). No relato dos participantes, no curso introdutório, foram abordadas diversas **temáticas**, envolvendo o conhecimento das funções dos ACS e do processo saúde doença, com destaque para as doenças crônicas e transmissíveis, originando os seguintes DSC, de acordo com a sua duração: se de uma semana ou de seis meses, respectivamente.

*No curso introdutório, foram abordadas as temáticas: saúde da mulher, da gestante, da criança, cartão da criança e vacinas. O acompanhamento de diabéticos e hipertensos; portadores de Tuberculose e hanseníase. Foram abordados, também, sobre a atuação*



*específica que envolveu: atribuições e funções do ACS; visita domiciliar; mapeamento da área, cadastro das famílias e ficha A.*

*Foram tratados: cadastro familiar e visita domiciliar; saúde da criança, adolescente, mulher, do homem e do idoso; aleitamento materno, imunizações, calendário básico de vacina; hipertensão, diabetes, DST, HIV/AIDS, tuberculose e hanseníase, relações humanas e ética.*

Alerta-se que o excesso de informações, em curto espaço de tempo, pode gerar um estresse desnecessário. Neste sentido, levando em conta que para ser um ACS não havia a exigência de possuir formação prévia neste tipo de trabalho, seria mais apropriado ter sido seguida a recomendação do Ministério da Saúde, que prevê o conhecimento das bases teóricas do SUS e do sistema de informação em saúde; destacando o lócus comunitário do trabalho; localizando-o como membro de uma equipe de saúde que se relaciona com outros setores da sociedade.

A partir de tais conteúdos, considera-se que o ACS seria capaz de identificar sua real função, no contexto do SUS, auxiliando-o durante sua inserção na equipe de saúde local, bem como no contato, durante a visita domiciliar, com as famílias adscritas à micro área sob sua responsabilidade. Entretanto, Lima; Corrêa; Oliveira, (2012) apontam para a desestruturação e fragmentação do processo de qualificação do ACS, considerando-o insuficiente para desenvolver competências necessárias e suficientes para o desempenho adequado de suas funções.

Desse modo, entende-se que a maioria das temáticas desenvolvidas durante o curso introdutório poderia ter sido integrada ao planejamento e execução da educação permanente. Neste sentido, destaca-se que o grupo de ACS que teve mais tempo de curso, apesar do excesso de temáticas abordadas, contemplou-se com a inclusão de assuntos importantes para melhor realizar o seu trabalho, tais como relações humanas e ética. Assim, pareceu estarem melhores preparados e mais instrumentalizados para o desenvolvimento do seu trabalho.

A **avaliação dos sentimentos** vivenciados pelos ACS durante o curso introdutório originou o seguinte DSC:

*Eu fiquei muito animado. Me senti tranquilo. Já tinha experiências de trabalhar na área, mas fiquei apreensivo sobre a aceitação do meu trabalho na comunidade.*

Por sua vez, a avaliação geral do curso introdutório deu origem aos seguintes DSC, conforme sua duração, se de uma semana ou de seis meses, respectivamente:

*O curso introdutório foi bom. Foi apresentado, superficialmente, o básico. Ajudou a nortear o início do trabalho, apesar do conteúdo ter sido apresentado muito sintetizado.*

*Pouco tempo. Aí, apresentaram muita teoria, ficou cansativo, deixando a desejar, principalmente, sobre a importância do papel do ACS na comunidade.*

*O curso foi muito bom, os temas foram bem explicados. Lemos o material, dialogamos, debatemos os assuntos. Simulamos a pesagem e marcação no cartão, utilizamos o espelho do cartão da criança. Foram usados vídeos, material didático e a boneca Gertrudes. Os enfermeiros convidaram excelentes palestrantes, psicólogos, médicos e outros para participar dos encontros.*

O primeiro DSC mostra a relativa superficialidade do curso introdutório e o cansaço produzido nos ACS pela velocidade e excesso de informações transmitidas. Percebe-se que o DSC referente aos ACS que realizaram o curso introdutório estendido é característico de melhor avaliação do curso, destacando a utilização de métodos criativos para facilitar o aprendizado.

Enfatiza-se que o processo de aprendizagem é individual, mas acontece no coletivo. Por isso, a utilização de mediações pedagógicas num ambiente colaborativo de construção de conhecimento é um objetivo desafiador que contempla a produção do saber (KOSSOWSKI, 2009). Assim, o processo educativo de formação do ACS faz parte de uma parceria consciente de construção correlata entre ensino-aprendizagem com vistas a poder instrumentalizar o ACS para a lida cotidiana profissional, levando em conta que o educador, ao ensinar qualquer disciplina ou conteúdo, cria também a possibilidade do educando desenvolver sua capacidade de dominar estruturas, que são usadas para construir o pensar, agir e sistematizar suas ações (RIOS, 2011, p. 83). Neste sentido, Anastasiou, (2015, p. 07) manifesta-se sobre o processo que denomina de ensinagem.

Pela proposta atual, no processo de ensinagem, a ação de ensinar está diretamente ligada à ação de apreender, tendo como meta a apropriação tanto do conteúdo quanto do processo. As orientações pedagógicas não se referem mais a passos a serem seguidos, mas a momentos a serem construídos pelos sujeitos em ação, respeitando sempre o movimento do pensamento. Diferentemente dos passos, que devem acontecer um após o outro, os momentos não ocorrem de forma estanque, fazendo parte do processo de pensamento.

A satisfação com o processo educativo durante o curso introdutório também foi observada nas respostas às questões abertas do questionário. Delas, emergiu o seguinte DSC:

*O curso introdutório foi fundamental. Auxiliou a conhecer o trabalho, dando um norte para a abordagem das famílias e o trabalho de prevenção de saúde. Mas, para poder trabalhar mesmo, precisa ter continuidade para poder enfrentar todos os problemas da comunidade.*

Constatou-se, assim, que os ACS valorizam o curso introdutório, mas deixam claro que se constituiu somente em um primeiro passo. A continuidade do processo formativo é

percebida como determinante para o adequado desempenho da função. Sobre as temáticas que poderiam ter sido abordadas durante o curso introdutório, os ACS sugerem a adição de conhecimentos técnicos e apoio na integração com outros profissionais da equipe como pode ser percebido, mediante a leitura do DSC apresentado a seguir.

*Acho que precisa um tempo maior de curso introdutório, permitindo uma abordagem melhor e acompanhando as dificuldades do ACS. Ajudando na integração com a UBS de referência, inclusive orientando a equipe sobre as atribuições do ACS. Poderiam ter sido abordados conteúdos, contemplando: saúde do idoso, saúde do adolescente, saúde mental, cânceres mais comuns e tratamentos, doenças crônicas e degenerativas.*

Os participantes perceberam as deficiências do curso introdutório, solicitando um tempo maior de acompanhamento, na fase inicial do aprendizado sobre o seu trabalho. Consideraram que precisam de apoio no processo de integração com os outros profissionais, que parecem ainda não entender suficientemente o papel do ACS na equipe. Por outro lado, elencam a adição de temas ligados a conhecimentos técnicos, especialmente, sobre doenças. Este fato pode refletir um fazer direcionado para um modelo de atenção centrado na doença, em detrimento de ações de prevenção e de promoção da saúde.

No entanto, o processo de profissionalização do ACS deve estar pautado na realidade da comunidade e envolver toda a equipe de saúde. Portanto, buscam a aquisição de um conhecimento técnico, muitas vezes, por falta de consciência do seu real papel social na comunidade e da legitimação do conhecimento da cultura comunitária (MARZARI; et al, 2011).

O próximo questionamento tratou da percepção do ACS sobre sua aptidão para o desempenho das respectivas funções de ACS, a partir do curso introdutório. Consideraram-se aptos a desempenhar suas funções sete dos respondentes, originando o seguinte DSC:

*Aprendi o básico para começar, continuei sempre procurando aprender e me aperfeiçoar.*

Por outro lado, quatro perceberam-se não aptos, conforme caracteriza o DSC apresentado a seguir:

*Foi muito pouco tempo, muito superficial, deixou a desejar na parte técnica e, também, como abordar as famílias durante a visita domiciliar. Faltaram muitos temas para a prática do dia a dia. Insegurança total, medo de não conseguir alcançar as metas.*

Ambos os discursos refletem condições de sofrimento dos ACS que iniciam, quando do seu ingresso no serviço: a insegurança e a falta de identificação da real função a ser desempenhada.

### 3.3. Educação permanente

Todos os respondentes deste estudo reconheceram a importância da educação permanente, e que participaram de vários encontros nos anos de 2015/2016. Com frequência bastante variável, alguns simplesmente disseram que *ocorreram com frequência*, outros relataram *encontros bimestrais* e ainda *encontros mensais com duração de dois dias*.

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) ampliou o papel do ACS, passando a abranger o cuidado à família e comunidade; o que exige o desenvolvimento de novas competências no campo político, social e no seu processo de formação (FREITAS; et al, 2015) que somente poderão ser desenvolvidas, a partir de um processo de educação permanente.

Segundo os ACS, neste período, os encontros de educação permanente trataram dos temas contemplados no DSC apresentado a seguir:

*Hipertensão e diabetes; tuberculose e hanseníase, câncer de mama e próstata; HIV/AIDS. Saúde do trabalhador, saúde das mulheres, do homem, idosos. Vacinas, dengue, combate aos Aedes Aegypti. Fichas do PSF, cartão de vacina, carteira de gestantes. Programas: amamenta alimenta, caminhos do cuidado (álcool / drogas), primeira infância melhor. Planejamento da atenção básica, territorialização, funcionamento do SUS (redes), informatização, cronograma da UBS, sistema de classificação de risco.*

Num período de dois anos, os ACS tiveram uma agenda intensa de educação permanente, revelando a preocupação do gestor local em instrumentalizar o ACS para o desempenho de suas funções. Por outro lado, percebe-se a falta de investimentos formativos que abordem o trabalho comunitário do ACS, especialmente, no campo das práticas educativas. Neste contexto, uma boa preparação para o trabalho pode vir a auxiliar o ACS no enfrentamento das dificuldades do cotidiano laboral, qualificando seu trabalho.

Apesar de necessário, autores vêm alertando sobre a insuficiência e/ou inexistência de educação permanente para este segmento (ALVES; et al. 2014); e que o processo de formação “deixa a desejar,” principalmente, na área de conhecimentos humanísticos, durante a preparação do ACS (MAIA; SILVA; MENDES, 2011). Assim, a formação do ACS precisa envolver não apenas conhecimentos básicos sobre o processo de saúde-doença, mas estratégias educativas individuais e coletivas que valorizem a troca de saberes, experiências e autonomia dos usuários (FREITAS; et al 2015).

Neste sentido, perguntou-se aos ACS, quem costumava planejar e desenvolver a educação permanente, originando na elaboração do seguinte DSC:

*Normalmente, quem realiza a educação permanente é a Secretaria de Saúde, através do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) e as próprias equipes de ESF.*

*Também a UNIFRA (Centro Universitário Franciscano), FISMA (Faculdade Integrada de Santa Maria). Eventualmente, a Secretaria de Saúde do Estado.*

Destaca-se, aqui, a iniciativa positiva deste município em criar um serviço para planejar e executar a educação permanente, o que não exclui a responsabilidade das próprias equipes. Dentro de cada equipe, foi destacado que o enfermeiro instrutor/supervisor é o principal responsável pelo acompanhamento do trabalho dos ACS, uma vez que tem o compromisso legal e ético na formação destes profissionais, conforme o DSC a seguir apresentado.

*O profissional que mais realiza a educação continuada é o enfermeiro. Por outro lado, o ACS é o profissional da equipe que mais participa de capacitações.*

Outro ponto positivo é a integração com instituições formadoras, elementos essenciais na efetivação das políticas públicas em saúde. Neste caso, percebe-se que, ao colaborarem com a formação do ACS, sinalizam em direção ao compromisso com a mudança de modelo assistencial em saúde proposto pelo SUS. Os alunos, especialmente do curso de enfermagem formados nesta perspectiva, com certeza vão estar melhores preparados para o desenvolvimento de ações conectadas com a estrutura organizativa do SUS, pautada nos princípios universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população.

Neste contexto, destaca-se a importância do enfermeiro, percebido como um mediador e líder, constituindo-se num elemento significativo na rede de relações e interações do ACS com a comunidade e equipe (LANZONI; MEIRELLES, 2013). A supervisão do trabalho possibilita ao enfermeiro a percepção de eventuais falhas na formação, e a realização de ações que auxiliem os ACS a lidar com as adversidades do trabalho.

Questionados sobre sugestões sobre frequência da realização de educação permanente, sete dos respondentes sugerem que seja realizada uma vez ao mês e quatro trimestral. Sobre as temáticas a serem desenvolvidas, os ACS sugerem os temas contemplados no DSC apresentado a seguir:

*Temas atuais que fazem parte do cotidiano de trabalho na saúde, dando ênfase para as atualizações, como por exemplo, o calendário vacinal, que muda muito. Saúde mental e do trabalhador. Medicamentos. A grande demanda, no momento, é sanar as dificuldades de manejo no sistema de informatização implantado. Previdência social e cidadania. Também, sobre as formas de enfrentamento para os casos mais chocantes como o câncer, que afetam psicologicamente a todos. Acredito que os temas devem ser discutidos com as equipes, abordando o que apresentar maior dificuldade, no momento. Acho que deveria ser formulada e implementada uma cartilha do ACS, que poderia ser elaborada pelo NEPEs, contendo a realidade do nosso município.*

Percebe-se que o ACS sente a necessidade de atualizações sobre as mudanças constantes do setor, seu desempenho depende de informações atualizadas para que possa realizar seu trabalho e informar corretamente a população. Falar a “mesma língua” traduz a unidade da equipe e confere credibilidade ao trabalho do ACS junto à população.

Além das dificuldades no manejo do sistema de informatização, outro fato que chama a atenção envolve os aspectos subjetivos do trabalho do ACS. Os pedidos de tratar sobre saúde mental e saúde do trabalhador parecem caracterizar um possível pedido de ajuda, no enfrentamento de situações que produzem sofrimento no trabalho, especialmente, pela convivência com doenças graves e morte; o que pode estar afetando a sua saúde mental.

Assim, destaca-se que a educação permanente não pode acontecer de forma isolada e descontextualizada do cotidiano de trabalho. É necessário sintonizar e mediar às ofertas educativas com o momento e contexto das equipes, a fim de dar sentido, valor de uso e efetividade para o conhecimento adquirido (BRASIL, 2012). A vivência de situações comunitárias reais necessita de uma formação/educação que aborde, além dos temas específicos, o relacionamento humano, a liderança, autonomia e questões psicológicas relacionadas ao trabalho (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008), sendo que esta carência pode privar o ACS dos conhecimentos necessários para o correto enfrentamento das situações de estresse no cotidiano de trabalho, especialmente ligadas às relações sociais estabelecidas (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

Neste sentido, os ACS que participaram desse estudo sugerem que a educação permanente seja realizada de maneira participativa, a partir das dificuldades vivenciadas no cotidiano laboral. Assim, destaca-se a necessidade de considerar o ACS como protagonista na produção do conhecimento em saúde, valorizando a articulação entre o conhecimento teórico e o conhecimento aplicado da prática como forma de instrumentalizá-los para uma assistência de qualidade, promovendo, também, um espaço laboral saudável.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A singularidade do trabalho do ACS, profissional exclusivo do SUS, cuja formação acontece no interior do próprio serviço depende do desenvolvimento do curso introdutório e da educação permanente que aborde as várias nuances do trabalho. Estes atores ocupam uma posição privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação do modelo assistencial centrado na promoção da saúde; seu potencial transformador das práticas de saúde leva à defesa de uma formação de qualidade e do direito a um trabalho digno.

Neste sentido, destaca-se a necessidade de um planejamento institucionalizado envolvendo a realização do curso introdutório e da educação permanente que contemplem o

desenvolvimento de competências necessárias para a realização do trabalho de prevenção/promoção da saúde dos comunitários. Cabe auxílio técnico para instrumentalizar o ACS para o desempenho de seu papel, consolidando sua identidade profissional. Para tanto, é imprescindível o planejamento/criação de espaços de compartilhamento de saberes e experiências dos ACS, instrumentalizando-os com a necessária e suficiente proficiência para o trabalho.

A adoção de formas abrangentes e organizadas de formação, com propostas educativas críticas capazes de pautarem-se na realidade das práticas e nas transformações científicas, tecnológicas e políticas do campo da saúde podem assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho das funções do ACS. A inserção do ACS no trabalho da equipe de saúde, além dos benefícios para a saúde dos usuários, precisa representar a inserção, no mundo do trabalho, de um profissional/sujeito, assim como promover também seu bem-estar e saúde.

A intencionalidade assistencial desta fase da pesquisa envolveu a realização de uma ação de educação em saúde, com o objetivo de promover uma reflexão crítica sobre sua inserção no trabalho. A relevância desta atividade consistiu no fato que o processo de formação perpassa todo o processo de trabalho do ACS, interferindo diretamente na forma como organiza e desempenha suas funções, interferindo inclusive na sua saúde. A ação de enfermagem permitiu que os ACS realizassem um resgate histórico de seu processo de formação inicial e permanente, analisando os pontos positivos e negativos, refletindo sobre a importância da educação permanente, indicando e sugerindo pontos a serem desenvolvidos. Para tanto, esse processo colaborou para mobilizá-los para uma prática profissional mais saudável e prazerosa.

A contribuição desta pesquisa para a práxis da enfermagem está relacionada ao desenvolvimento da dimensão gerencial do enfermeiro, que é responsável pela assistência segura e de qualidade. A gestão do trabalho do ACS, a partir de sua participação no processo formativo, dando suporte para a realização de suas funções, potencializa a qualificação do serviço, promove a interdisciplinaridade e a saúde do trabalhador.

## 5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.S; BAPTISTA, P.C.P; SILVA, A. Workloads and strain process in Community Health Agents. **Rev. Esc. Enferma. USP**, v.50, n.1, p. 93-100, 2016.

ALVES, M.R. et al. Educação permanente para os Agentes Comunitários de Saúde em um município do norte de Minas Gerais. **J.res.: fundam. care**. Online, v. 6, n.3, p. 882-888, 2014.

ANASTASIOU, L.G.C. **Ensinar, Aprender, Aprender e Processos de Ensino**. 2015.

Disponível em <http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Oficina-3-Desafios-do-trabalho-docente-na-avaliacao-processual-Conteudo-utilizado-1.pdf>. Acesso em 13/12/2016.

AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, vol.16, n.1, pp.349-360, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/citedSciELO.php?pid=S1413-81232011000100037&lang=en>. Acesso em 27/10/2016.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 51-60, 2008.

BARBOSA, E.F. **Ser Professor Universitário / Instrumentos de coleta de dados em pesquisas educacionais**. 2008. Disponível em [http://www.inf.ufsc.br/~verav/Ensino\\_2013\\_2/Instrumento\\_Coleta\\_Dados\\_Pesquisas\\_Educacionais.pdf](http://www.inf.ufsc.br/~verav/Ensino_2013_2/Instrumento_Coleta_Dados_Pesquisas_Educacionais.pdf). Acesso em 06/04/2016.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006**. Dispõe sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. Brasília, v. 143, n. 193, 2006b. Seção 1, p.1-2. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm). Acesso em 15/06/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.110p Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso 07/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Treinamento Introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. **Portaria n.º 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 18 dez.1997. Disponível em [www.saude.pr.gov.br/arquivos/.../PortGM1882](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/.../PortGM1882). Acesso em 09/10/2015.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Disponível em [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 10/07/2016.

BRASIL. **Portaria nº 648-GM, 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 para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 28 mar. 2006 a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> Acesso em: 28/02/2016.

BRASIL. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012 a. 12 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 10/08/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. Brasília, 2006.

DEJOURS. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.



- DURAO, A. V. R.; MENEZES, C. A. F. Na esteira de E.P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no município do Rio de Janeiro. **Trab. educ. saúde [online]**, vol.14, n.2, p.355-76,2016.
- FERREIRA, C. P; et al. **Modelos de gestão**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.
- FREITAS, L.M; et al. Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Altamira (PA), Brasil. **ABCS Health Sci**, v 40, n.3, p. 171-77, 2015.
- KOSSOWSKI, L. **Estratégias de ensino aplicadas para a produção e gestão do conhecimento e aprendizagem**. 2009. Disponível em <http://www.opet.com.br/faculdade/revista-cc-adm/pdf/n6/estrat%c3%89gias%20de%20ensino%20aplicadas-para-a-producao-e-gestao-do-conhecimento-e-aprendizagem.pdf>. Acesso em 1/11/2016.
- LANZONI, G.M. M; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. bras. enferm**, v. 66, n.4, 2013.
- LEFÈVRE, F, LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2003.
- LIMA, A.P; CORRÊA, A.C. P; OLIVEIRA, Q.C. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. **Rev. Bras. Enferm**, v. 65, n1, p 121-27, 2012.
- LINO, M.M.; et al. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enferm**; v.17, n.1, p. 57-64, 2012.
- MAIA, L.D. G; SILVA, N.D; MENDES, P.H.C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde: aspectos de sua formação e prática. **Rev. bras. Saúde ocup.** , v. 36, n.123, p. 93-102, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a09v36n123.pdf>. Acesso em 15/12/2016.
- MARZARI, C.K; et al. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 16(Supl. 1), p.873-880,2011.
- MOTA, R.R. A; DAVID, H.M.S.L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trab. Educ. Saúde**, v. 8 n. 2, p. 229-248,2010.
- RIOS, T.Z. **Dimensão ética da aula ou o que nós fazemos com eles**. CAP. 3. In VEIGA, Ilma Passos Alencastro (Org.) *Aula: gênese, Dimensões, Princípios E Práticas*. 2º ed. Campinas: Papirus; 2011.
- SILVA, D.M; LIMA, A.O. Mulher, trabalho e família na cena contemporânea. **Contextos Clínicos**; vol. 5, n. 1,2012.
- TELLES, S. H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de burnout em ACS e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**; v. 18, n. 3, p. 467-478,2009.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2º ed. revisada e ampliada. Florianópolis: Insular, 2004.
- VOGT, M.S; et al. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enferm**; v.17, n.2, p. 297-303,2012.

### **ARTIGO 3 – A organização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: do prescrito ao real**

#### **RESUMO**

O trabalho é um elemento central na vida do homem, por isso, tem o poder de proporcionar tanto saúde e bem estar quanto causar adoecimento. Por isso, a área que trata da Saúde do Trabalhador tem se preocupado em compreender as relações entre o trabalho e a dinâmica saúde-doença, buscando intervir nesses processos. A partir do referencial da Psicodinâmica do Trabalho que estuda as relações entre a organização do trabalho e a saúde do trabalhador este estudo tem como objetivo identificar a percepção dos ACS acerca da organização do seu processo de trabalho. A pesquisa é qualitativa com abordagem Convergente-Assistencial. O cenário foi composto por Unidades Básicas de Saúde, que atuam no modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de um município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Participaram do estudo Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados a três equipes. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semifechada, grupo focal e grupo de convergência. Foram entrevistados seis ACS. Participaram dos encontros de grupo focal e de convergências quatorze ACS. Para sintetizar e organizar os dados utilizou-se o Discurso do sujeito coletivo (DSC). A análise dos dados seguiu a orientação de Trentini e Paim, e foi subdividida em três momentos: Síntese, Teorização e Transferência. Resultados apontam para diferenças entre o trabalho prescrito e o real, provocando sobrecarga e sofrimento nos ACS. A convergência com a prática foi realizada por meio de ações educativas em saúde envolvendo uma reflexão crítica sobre a organização do trabalho, bem como a construção de estratégias de mobilização coletiva para promover a saúde dos ACS. Concluiu-se que a assistência de enfermagem na área de saúde do trabalhador contribuiu para melhorar a organização do trabalho do ACS, promovendo sua saúde.

**Descritores:** Processo de trabalho e tecnologias em saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Saúde do trabalhador.

#### **1 INTRODUÇÃO**

As relações de vida e trabalho são permeadas, dentre outras, pelas necessidades biológicas, psicológicas, sociais, ambientais, econômicas, políticas e culturais. Para tanto, é fundamental considerar o trabalho como central na vida do homem. Através dele o homem desenvolve suas habilidades; aprende a conhecer suas forças e limitações; altera sua visão de si e do mundo, inova e contribui com o desenvolvimento social (OLETO; MELO; LOPES, 2013).

Diante da complexa relação homem/trabalho, a área que trata da Saúde do Trabalhador tem se preocupado em compreender as relações entre organização do trabalho e dinâmica saúde-doença, buscando intervir nesses processos (AZANBUJA; et al; 2010).

Nesse sentido, o campo da Psicodinâmica do Trabalho, fundado pelo psiquiatra francês Christophe Dejours, tem avançado, no intuito de compreender a articulação desses elementos com a saúde dos trabalhadores. Esta corrente compreende o trabalho como uma ação dinâmica, envolvendo a mobilização pessoal para atender as demandas, implicando tanto o engajamento do corpo quanto da inteligência, no refletir, interpretar e reagir às situações (DEJOURS, 2004).

O conjunto de elementos de ordem burocrática, estrutural e hierárquicos convencionados e institucionalizados nos ambientes laborais é o conceito chave utilizado pela Psicodinâmica do Trabalho para definir a organização do trabalho. Esta definição assume importância, na medida em que a organização do trabalho é o elemento central no entendimento da dinâmica tanto do prazer quanto do sofrimento no trabalho (DEJOURS, 1992).

Neste sentido, Aersa, (2013) ao comentar sobre a psicodinâmica do trabalho, destaca que um dos aspectos mais sonantes dos textos de Dejours é a distinção entre trabalho prescrito e trabalho real. O trabalho prescrito é a forma como a entidade empregadora concebe e organiza a realização do trabalho, partindo de um cenário imaginado/idealizado, sendo assim, por mais que se organize o trabalho, não se consegue prever todas as circunstâncias que a sua realização prática pode implicar.

O trabalho real representa a realidade da experiência laboral, caracterizada pelas situações inesperadas que exigem do indivíduo tomada de decisões e condutas (DEJOURS, 2004). Conforme o autor, o trabalhador, durante a realização do trabalho, é impelido a utilizar os “desvios do trabalho prescrito” como forma de obter sucesso. Assim, os trabalhadores, mediados pelo seu funcionamento cognitivo, se mobilizam para o enfrentamento das dificuldades do cotidiano, recriando seu trabalho (AEROSA, 2013).

A determinação da dinâmica saúde/doença, conforme a Psicodinâmica do Trabalho está atrelada à capacidade do trabalhador de lidar com o sofrimento, presente em todas as organizações de trabalho. A partir do sofrimento, o trabalhador elabora estratégias de mediação e ressignificação das suas emoções, precavendo-se do adoecimento (ROCHA; MENDES; MORRONE, 2012). As estratégias defensivas são mecanismos encontrados pelos trabalhadores, individual ou coletivamente, para neutralizarem vivências de sofrimento e adaptarem-se à realidade do trabalho (MACÊDO; FLEURY, 2012).

Neste sentido, a Psicodinâmica do Trabalho representa a possibilidade de se compreender a dinâmica saúde/doença de maneira integral, levando em consideração as inter-relações entre o trabalho e o aparelho psíquico do trabalhador, o que permite uma atuação pré-

patogênica, o resgate da abordagem integral do ser humano e da visão multicausal do processo saúde-doença.

Os trabalhadores do SUS, especialmente os da atenção primária em saúde, estão cercados de um conjunto de elementos singulares que possibilitam, em alguns casos, vivências de sofrimento no cotidiano laboral. Dentre os grupos potencialmente expostos a esse sofrimento, salienta-se o dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), membros das Equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família(ESF), criadas pelo Ministério da Saúde para prestarem assistência à saúde da população.

No cotidiano laboral, o ACS desenvolve a função de elo entre a equipe de saúde e a população. Coopera no planejamento e execução de ações de prevenção e promoção da saúde, atuando de maneira diagnóstica e preventiva. A Lei nº 11.350 regulamentou a profissão dos agentes comunitários de saúde, fixando as suas atribuições, prevendo que sua atuação está restrita ao SUS e estabelecendo a obrigatoriedade de residir na área de atuação. Portanto, os ACS são os únicos membros das equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família que devem residir na comunidade onde atuam (BRASIL, 2006 b).

O ACS tem um papel fundamental para a consolidação da ESF. Por outro lado, muitas vezes, seu trabalho é exaustivo, permeado por fatores que podem afetar tanto sua saúde física quanto psíquica. A supervisão do trabalho dos ACS é realizada pelo enfermeiro, que é percebido como um elemento significativo na rede de relações e interações do ACS com a comunidade, atuando como mediador e líder, promovendo a interlocução e agindo como um facilitador do trabalho em equipe, na promoção da saúde da comunidade (WAI; CARVALHO, 2009; LANZONI; MEIRELLES, 2013).

A assistência em saúde do trabalhador exige atenção multidisciplinar e a efetiva participação do trabalhador. Sob esta compreensão, a enfermagem do trabalho vem se consolidando em sua tarefa assistencial a trabalhadores, sendo definida como uma ciência especializada que planeja e executa serviços de saúde aos trabalhadores. Essa prática alicerça-se nos diferentes níveis de prevenção e proteção da saúde e é essencial para que se promova saúde de qualidade, nos diversos ramos de atuação (BEVILACQUA, 2014). Sob este aspecto, a assistência de enfermagem à saúde do ACS pode auxiliar na construção de condições de trabalhos mais favoráveis a esse trabalhador.

Assim propôs-se a realização deste estudo, utilizando este método interventivo focado na organização do trabalho do ACS, considerado elemento-chave do processo saúde/doença dos trabalhadores. Tendo em vista essas considerações, este estudo foi delineado a partir das seguintes indagações: Quais são as percepções dos ACS acerca da organização do seu

trabalho? Quais ações de enfermagem podem ser realizadas em conjunto com os ACS, relacionadas à organização do trabalho que promovam a saúde destes trabalhadores?

Assim, o presente estudo teve por objetivo: Identificar a percepção dos ACS acerca da organização do seu processo de trabalho.

## 2 MÉTODO

Pesquisa realizada em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), de um município no interior do Rio Grande do Sul, onde estão lotados dezoito Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Utilizou-se como critério de inclusão : estar trabalhando nas equipes a mais de um ano e aceitar participar do estudo. Adotou-se como critério de exclusão afastamentos do trabalho, por qualquer motivo, durante a coleta dos dados. Assim, participaram da pesquisa quatorze ACS que trabalham nas equipes selecionadas. Quatro trabalhadores não participaram por estarem afastados (licença-saúde) durante o período de coleta de dados.

Trata-se de uma Pesquisa qualitativa do tipo Convergente-Assistencial (PCA), que prevê a construção de um espaço de intersecção entre a pesquisa e a assistência. Assim, a etapa de produção de dados é caracterizada pela dupla intencionalidade: a de produzir construções científicas para a pesquisa e realizar a assistência de enfermagem à saúde dos informantes (TRENTINI; PAIM, 2004, p.76).

Neste sentido, a prática assistencial foi construída a partir do referencial da Psicodinâmica do Trabalho, que entende a organização como elemento central na compreensão da dinâmica do prazer e do sofrimento no trabalho (DEJOURS, 1992). Neste contexto, a organização do trabalho do ACS está diretamente ligada ao processo saúde /doença dos trabalhadores.

A intencionalidade pedagógica/assistencial foi construída a partir da educação em saúde, utilizando o método de Paulo Freire constituído a partir de etapas, não estanques, que incluem a investigação; tematização e a problematização (FREIRE, 2014). Neste contexto, encarou-se a problematização como uma etapa do processo educativo onde o pesquisador desafia e inspira os trabalhadores (ACS) a superar a visão acrítica do seu processo de trabalho, para uma postura conscientizada; buscando o desvelamento crítico capacitando-o para intervir na realidade e muda-la; a partir de movimentos de ação-reflexão-ação.

Neste estudo, a pesquisa e a pratica assistencial foram articulados durante a coleta dos dados, utilizando como instrumentos a entrevista semifechada, a realização de grupo focal e grupo de convergência.

Iniciou-se a pesquisa com a realização das entrevistas, que seguiram um roteiro, elaborado pela pesquisadora, com perguntas abertas sobre a organização do trabalho. Foram entrevistados seis ACS, dois de cada equipe, selecionados através de sorteio. As entrevistas foram gravadas/ transcritas e sintetizadas. Os resultados subsidiaram a elaboração de um Power point, utilizado pela pesquisadora como recurso didático para nortear a discussão do primeiro encontro de grupo focal, onde foi desenvolvida a temática “organização do trabalho”.

Dando continuidade ao processo de pesquisa, realizaram-se quatro encontros de grupo focal. A primeira temática versou sobre a organização do trabalho, onde ACS foram convidados a refletir sobre sua realidade laboral, identificando o trabalho prescrito e o real, e os aspectos que geram vivências de prazer/ sofrimento no trabalho. Dando sequência, utilizando o lúdico, tratou-se sobre as relações humanas no trabalho, os valores e o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e políticas para o trabalho humanizado; bem como os desdobramentos do pensamento estratégico. Os encontros contaram com a participação de 14 ACS.

Na sequência, utilizou-se a técnica de grupo de convergência (GCG). Levando em conta a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, e os objetivos do estudo, os informantes foram divididos em dois grupos. O G1 contou com a participação de seis ACS integrantes de uma equipe de ESF. Participaram do G 2, oito ACS de duas equipes de ESF. A intencionalidade pedagógica/ assistencial desta fase constituiu-se na elaboração de estratégias coletivas. Cada grupo participou de seis encontros de grupo de convergência.

Para finalizar a fase de coleta de dados, realizou-se encontro avaliativo e de confraternização, no espaço do NEPES, com a participação de todos os ACS. Para nortear a avaliação individual dos informantes, o pesquisador elaborou as indagações: Como foi para você participar desta pesquisa? Que tipos de mudanças aconteceram no cotidiano de trabalho? Estas mudanças influenciaram na sua saúde/bem estar?

Tanto os encontros de grupo focal quanto os de grupo de convergência tiveram duração média de três horas e trinta minutos. A coleta de dados aconteceu no período de outubro a dezembro de 2016. A pesquisadora coordenou os debates, utilizando a problematização, instigando a discussão e a reflexão crítica, atuando como mediadora da construção de uma nova práxis dos ACS. Auxiliaram durante os encontros uma pedagoga, três observadoras (encontros de grupo focal) e duas estagiárias do curso de psicologia (nos encontros de grupo de convergência).

Os depoimentos obtidos durante as entrevistas, os encontros de grupo focal e de convergência foram gravados, transcritos e analisados pelo método do Discurso do Sujeito

Coletivo (DSC) desenvolvido por Lefèvre e Lefèvre (2003) que permite a elaboração de um discurso-síntese composto por um conjunto de expressões chave cujo conteúdo reflete a ideia central, contendo as expressões homogêneas de vários sujeitos. Para este estudo a análise seguiu os seguintes passos: 1) leitura de cada depoimento; 2) Extração das expressões chave de cada depoimento 3) Agrupamento das expressões chave homogêneas; 4) Extração da ideia central de cada agrupamento das expressões chave; 5) Composição dos discursos do sujeito coletivo correspondentes a cada ideia central. A fase de Interpretação seguiu a orientação de Trentini; Paim, (2004), e foi subdividida em três momentos: Síntese, Teorização e Transferência.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa de doutorado intitulada “A organização do trabalho e as cargas de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma abordagem convergente assistencial” (LOPES, 2017). A pesquisa teve início após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande (CEP/FURG), sob o número do CAAE 58331416.1.0000.5324. Todos os participantes assinaram o TCE antes do início da pesquisa, que esteve em conformidade com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012 a).

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da análise dos dados, formaram-se duas categorias: o trabalho prescrito do ACS e o trabalho real do ACS. Para melhor compreensão do leitor, os discursos do sujeito coletivo (DSC) produzidos nesta pesquisa foram identificados através da formatação em itálico.

#### **3.1 O trabalho prescrito do ACS**

Nesta categoria foram elencados os resultados sobre a percepção dos ACS do objeto, objetivos, funções, organização, hierarquia, obrigações e direitos que os respondentes consideram como institucionalizados.

Na percepção dos ACS pesquisados, o objeto do trabalho é *a comunidade (pessoas) dentro de um território determinado*. O objetivo do trabalho é *a promoção de saúde, a mobilização da comunidade, divulgação de campanhas de saúde, ações coletivas de saúde, promoção e prevenção de saúde; e também de ser o elo entre a comunidade e a equipe de ESF*.

Os depoimentos apontam que a percepção do ACS sobre estes itens refletem consonância com as orientações do Ministério da Saúde sobre as características do processo de trabalho da ESF, bem como as atribuições dos ACS (BRASIL, 2012b).

Quando questionados sobre as orientações institucionais sobre suas funções os ACS relacionaram:

*Trabalhar em uma área (território), com um número x de famílias. Realizar mapeamento da área e cadastrar as famílias. Realizar o diagnóstico da comunidade; realizar visitas domiciliares; atender as prioridades de saúde; realizar orientações de saúde individual e coletiva; atuar na prevenção em saúde.*

Destaca-se que as funções elencadas pelos ACS estão em consonância com a lei 11.320 (BRASIL, 2006 b) que determina as atividades dos ACS; e a portaria n 648 GM que em seu anexo I, que especifica suas atribuições (BRASIL, 2006 a). Com exceção do atendimento de prioridades, que foram normatizadas pelo gestor municipal, com base legal na política nacional de atenção básica (BRASIL, 2012b).

Sobre as orientações institucionais sobre como deveriam organizar seu trabalho, os ACS explicam:

*Orientaram-nos para realizar o cadastro e, a partir disso, acompanhar as famílias da área. Atender as prioridades como crianças até dois anos, gestantes, hipertensos e diabéticos, idosos. Levar para a unidade casos para serem discutidos nas reuniões de equipe. Realizar de oito a dez visitas domiciliares (VD) por dia, inicialmente nas prioridades.*

Os ACS deste estudo elencam como suas obrigações: *Cumprir carga horária; realizar VD; trabalhar com as prioridades; passar relatórios para a enfermeira; trabalhar com ética.* Sobre os direitos, relacionam: *Receber salário e leis sociais; estabilidade pelo concurso e o direito que foi conquistado de ser atendida (o) pela equipe da Unidade de Saúde.*

Diante do exposto, vale ressaltar que a prescrição do trabalho dos ACS é determinada, pela normatização do Ministério da Saúde. A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, descreve que as atribuições dos ACS, indicando que lhe cabe: o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; fazer o acompanhamento das famílias em base geográfica definida, a micro área; realizar o cadastro de todas as pessoas de sua micro área, atualizando-os constantemente; orientar as 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, e atuar em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue (BRASIL, 2006a).



Corroborando com os depoimentos acima, Gomes; et al, (2011) destacam que o trabalho prescrito é um elemento que baliza a ação dos ACS, contudo, não dá conta da complexidade do cotidiano de trabalho, sendo necessário à elaboração de estratégias interventivas durante o trabalho real. Neste sentido os autores avultam que tanto a prescrição como o trabalho real são fundamentais, devendo ser entendidos como elementos que dialogam, se complementam e se transformam.

### **3.2 O trabalho real do ACS**

Nesta categoria elencam-se inicialmente, as discussões realizadas sobre o trabalho prescrito dos ACS. A partir disso apresentam-se os resultados e reflexões sobre o trabalho prescrito; os meios e condições oferecidos para desenvolver o trabalho; o processo de trabalho e a percepção dos ACS sobre seu trabalho na equipe.

#### **3.2.1 Discutindo o trabalho prescrito do ACS**

Abre-se um parêntese dentro desta categoria para relatar as discussões realizadas durante a realização do encontro de grupo focal que tratou do trabalho prescrito.

Na reflexão sobre o direito legal de atendimento de saúde pela equipe de ESF, os depoimentos apontam que este direito está atrelado a interpretação de cada equipe, o que se percebe nas verbalizações:

*É um direito conquistado só por alguns. Antigamente éramos atendidos pela equipe, agora não. Procuro os médicos da UBS tradicional. Eu não me sinto atendido pela equipe como cidadão comum. Fui ser atendido pelo médico da minha equipe ele estranhou, ele disse ironicamente vocês também? Na nossa não temos problemas, o atendimento clínico/acompanhamento faço com a equipe.*

Destaca-se que o ACS é o único profissional da equipe que tem a obrigação legal de residir no território da ESF, por outro lado a equipe tem a função de prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita (BRASIL, 2006 b; BRASIL, 2012b). Portanto o ACS não precisa “conquistar” esse direito. Isto reflete também o descaso da equipe com o atendimento à saúde de seus trabalhadores. Por outro lado, avulta-se que, apesar de existirem políticas públicas e leis que regulamentam a área de saúde do trabalhador, este estudo apresenta as deficiências do próprio serviço público de saúde.

Na discussão sobre as obrigações, elencadas pelos ACS como institucionalizadas, os ACS expressaram descontentamento com a quantidade de obrigações e a falta de contrapartida do serviço aos seus anseios, bem como a delegação do recebimento do relatório do seu trabalho a outro profissional, gerando resistência. Para tanto verbalizam:

*Na realidade, temos muitas obrigações. Acho que ultimamente temos só obrigações. A obrigação é passar o relatório para a enfermeira, ultimamente quem está recebendo é a técnica de enfermagem; ela fica ditando regras. Eu disse que não vou passar relatório para ela.*

Dentre as atribuições específicas do enfermeiro da ESF, destaca-se a de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS (BRASIL, 2012b). Neste sentido o relatório das atividades constitui-se em uma ferramenta para acompanhamento do trabalho, permitindo a avaliação sistemática das ações implementadas bem como realizar as readequações necessárias no processo de trabalho, interferindo na assistência da equipe como um todo. Além disto, promove um espaço de aproximação /acolhimento e vínculo promovendo a integração da equipe bem como o desenvolvimento de relações humanizadas, extremamente necessárias para diminuir o sofrimento no trabalho.

Estudo realizado Baralhas; Pereira, (2013) aponta que a falta de supervisão do trabalho do ACS pelo enfermeiro não pode ser justificada, mas é atribuída pelos próprios ACS pelo excesso de atribuições deste profissional, que acumula a função assistencial e gerencial na UBS.

Durante as discussões sobre o trabalho prescrito, os ACS elencaram como obrigação a realização de um trabalho ético. Para aprofundar o tema, indagou-se sobre a percepção de ética no trabalho. Os informantes relacionam a ética com o comprometimento no atendimento às famílias; o sigilo profissional; o bom senso e o respeito. Segundo os respondentes, este sentimento não é compartilhado pelos profissionais da equipe. Para tanto se expressam da seguinte forma:

*É o sigilo profissional. Agente convive com a intimidade das famílias, muitas vezes temos que avaliar e decidir o que fazer. Agente tem que pesar os prós e contras, avaliar até que ponto devemos contar o que ouvimos ou presenciamos. É difícil porque envolve muita coisa. Inclusive coloca agente em risco, como é o caso de fazer denúncias. Procuramos usar o bom senso, negociar com a família, orientá-los e convencê-los de sair daquela situação. Eles precisam de nós, temos o compromisso de ajudar de maneira ética, respeitando as pessoas e lutando pelo seu bem estar. A ética não deve ser só do ACS, muitas vezes “eles” não entendem a situação da família e tratam mal. Comentam sobre as reuniões e situações da comunidade na frente dos pacientes, que ficam constrangidos.*

Este depoimento revela o compromisso ético com a defesa dos comunitários; buscado tecer, criativamente, uma prática com base em valores solidários e de cuidado com as pessoas e famílias sob sua responsabilidade (BORNSTEIN; DAVID, 2014), mesmo sob o risco represálias.

Os ACS relatam que existem interpretações conflitantes sobre a realização do trabalho, defendendo o atendimento baseado nas prioridades, como única forma de garantir a realização e a qualidade no trabalho.

*A enfermeira diz que tem que cadastrar todo mundo e visitar, não tem prioridades. Mas para fazer isso precisamos mais do que oito horas de trabalho, não participar de educação permanente, reuniões de equipe, outras atividades. Não adianta, tu não consegue visitar todos mensalmente, pode até atender, mas sem qualidade.*

Destaca-se que certamente a enfermeira baseou-se na Política Nacional de Atenção Básica que estabelece, nas atribuições do ACS, a obrigatoriedade de realizar VD em todas as famílias de sua área; determinando também que as famílias mais vulneráveis devem ser visitadas mais vezes (BRASIL, 2012b). A contradição entre a orientação institucional/enfermeiro supervisor, revela a falta de planejamento conjunto dos diversos níveis da gestão, bem como deficiências de comunicação.

Por outro lado, os ACS relatam que receberam orientações institucionais de como devem organizar o atendimento das prioridades, ilustradas no pronunciamento:

*Orientaram para fazer um novo mapa, marcando nas ruas as famílias onde tem prioridades. Agente tem que visita-las. Se sobrar tempo, durante o mês, visitamos as outras. Por isso tem famílias que faz muito tempo que não visito.*

Para finalizar as discussões, indagou-se sobre a viabilidade, a partir das orientações institucionais, da execução do trabalho. Os ACS avaliam que a realização do trabalho prescrito está atrelada ao planejamento do território e ao provimento de meios e condições para realizarem o trabalho, o que não vem ocorrendo, conforme os depoimentos:

*Se levar em conta o que é dito dá para trabalhar sim. Mas nossa realidade de hoje não dá. Precisa ter um número fechadinho de famílias para que possa visitar todas. Precisa ter uma estrutura para agente trabalhar, falta muita coisa. .*

### **3.2.2 Meios e condições para a realização do trabalho**

#### **Estrutura física da Unidade Básica de Saúde**

Destaca-se que os ACS deste estudo estão referendados a duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde estão lotados tanto os profissionais de unidade tradicional como os da equipe de ESF. Para melhor compreensão, optou-se por identifica-las numericamente.

A estrutura física das UBS é percebida pelos ACS de maneira diversa entre os dois grupos. A convergência acontece na falta de um espaço físico exclusivo para a equipe de ESF bem como a inexistência de sala/computadores para o trabalho do ACS (para alimentação do sistema de informação). São relatados também uso de computadores pessoais para realização

do trabalho; deficiências do sistema de internet; falta de privacidade; uso comum de salas; e ambientes insalubres. Conforme os pronunciamentos:

**UBS 1** – *Fizeram uma reforma, melhorou, mas não tem salas específicas para a equipe de ESF, muito menos para o ACS. É tudo junto, inclusive recepção. Lutamos para conseguir a instalação dos computadores na sala dos enfermeiros e médico, daí quando não está ocupada usamos para digitar nossas coisas. Normalmente agente leva o computador pessoal e usa a internet da unidade, que é muito ruim.*

**UBS 2** – *A unidade é muito ruim. É um salão grande onde foram feitas divisórias para acomodar as salas, deixaram um espaço de circulação no centro. Não tem forro, frio no inverno e calor no verão, além disso, trabalhamos no meio das pombas. Têm poucas salas, os profissionais trabalham misturados, escuta-se tudo o que falam. A sala de curativos não tem pia. Não temos sala, usamos o computador da sala de triagem para alimentar o sistema e tivemos que montar escala para ocupa-la.*

Apesar das diferenças, destaca-se que nenhuma das UBS oferece um local específico para o trabalho do ACS, indicando que durante o planejamento da disposição das salas, dá-se prioridade para outros profissionais e serviços. Pode-se inferir também a percepção do locus laboral do ACS limitado à comunidade. Destaca-se que é de responsabilidade do gestor municipal a garantia da estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas (BRASIL, 2012b).

Os problemas na estrutura física são recorrentes nas UBS brasileiras, vários estudos vêm apontando um quadro preocupante de precariedade das instalações; problemas no tamanho e disposição de salas; falta de conservação e ventilação; trazendo prejuízos no atendimento à população (NORA; JUNGES 2013).

Segundo os ACS, estes aspectos influenciam negativamente no seu trabalho e na assistência da equipe de ESF ao usuário. O que se constata nas falas:

*Agente não tem lugar para trabalhar na unidade. Estamos digitando e ouvindo a triagem. É constrangedor. A internet toda hora cai daí tu perde tudo. É insalubre. É muito difícil para os usuários entender a diferença entre UBS tradicional e ESF. Os usuários não identificam a equipe e preferem ser atendido pelos médicos do posto. Somos pressionados para dizer que os da nossa área só podem ser atendidos pela equipe de ESF. Só dá confusão. Eu oriento minhas famílias que eles têm direito de ser atendidos pelos outros profissionais, pois são moradores da área do posto, isso dá muita briga. Como não tem pia na sala, não mando ninguém ir lá fazer curativo.*

Os ACS descrevem a interferência da estrutura física na efetivação da política pública de atenção básica de saúde no Brasil. A ESF, eleita pelo Ministério da Saúde, como estratégia

de mudança do modelo assistencial, prevê uma assistência baseada principalmente no acolhimento do usuário e o estabelecimento de vínculo (BRASIL, 2012b). As falas acima apontam que, uma das causas da falta de identificação do usuário com a equipe, é o compartilhamento da área física com a UBS tradicional.

Por outro lado, percebe-se também que os ACS estão sob fogo cruzado, entre o modelo tradicional/ ESF/ comunitários; adotando relações conflituosas. Na realidade os próprios ACS não se identificam com o modelo assistencial da ESF. Acredita-se que isto se dê principalmente pelas condições de estrutura física da UBS.

Diante do exposto, podem-se relacionar as condições precárias da estrutura física à contaminação do tempo de não trabalho e a sobrecarga/ sofrimento dos ACS; podendo comprometer a qualidade dos serviços prestados (NORA; JUNGES, 2013).

### **Estrutura física do território:**

No relato da estrutura física, os ACS descrevem também os aspectos sociais e culturais da comunidade, destacando as conquistas sociais da comunidade e a participação dos ACS neste contexto.

*Em geral a comunidade é boa. O pessoal é receptivo, esclarecido. Antigamente eram consideradas áreas de risco, hoje as condições melhoraram. Nós participamos disso, tivemos várias conquistas, as escolas ajudaram, trabalhamos com o empoderamento das mulheres, encaminhamos para o programas bolsa família, de geração de trabalho e renda, da erradicação do analfabetismo. Hoje as pessoas se inseriram no mercado de trabalho, melhoraram as casas e sua alimentação. Não existe mais a pobreza absoluta, a miséria.*

Os relatos destacam uma das características do trabalho do ACS, a atuação inter setorial e a mobilização da comunidade (Brasil, 2009). Neste caso expressa no encaminhamento dos comunitários a programas sociais, e ações que promovem o auto cuidado e a autoestima dos comunitários. Observou-se que os resultados destas ações trazem satisfação aos ACS. Corroborando com este resultado destaca-se que, para Dejours, é possível o trabalhador sentir prazer no trabalho, e que este normalmente vem através da satisfação com o produto do trabalho, do sentir-se útil, do reconhecimento e da motivação (DEJOURS, 1992; 2006; 2011).

A partir da melhoria das condições econômicas e sociais da comunidade, os ACS passaram a se preocupar com aspectos ligados a violência, drogas, o sofrimento mental dos comunitários, que exigem novas abordagens afetando sua saúde mental, expressa no depoimento:

*Hoje considero que tenho área de risco por causa da violência, tem muito usuário de droga. Não sei como lidar muitas vezes. Os problemas mentais são comuns também, eu não sei como chegar (emociona-se). Na saúde mental me incluo como usuária.*

Estudo realizado por Camargo; Iwamoto, (2013) evidencia que os ACS são os profissionais da equipe mais vulneráveis as ocorrências de exposição à violência, e as maiores vítimas também, levando a perda da satisfação pelo trabalho. Aliado a isso, observa-se que os ACS têm dificuldades para lidar com os problemas psíquicos apresentados pelos comunitários, revelando que o exercício da função vem prejudicando sua saúde.

### **Materiais para a realização do trabalho**

Os ACS elencam os materiais que utilizam no dia a dia de trabalho, e a disponibilidade dos mesmos, nos depoimentos:

*Usamos caneta, caderno, lápis, borracha, caneta, prancheta. De vez em quando tem de vez em quando não. Daí agente compra. O uniforme que temos é de má qualidade e está velho. A mochila que recebemos é desconfortável e ninguém usa. Quase não recebemos protetor solar. O último que recebemos vencia no mês.*

Os ACS relatam que não existe um planejamento em relação à provisão de materiais simples utilizados no dia a dia. A confecção de uniformes e mochilas não leva em conta a qualidade e conforto necessário, e o protetor solar, considerado um EPI, raramente é fornecido. Observou-se que a insuficiência destes materiais interfere na qualidade do atendimento, gerando condições de trabalho desfavoráveis, podendo prejudicar a saúde dos ACS.

Os ACS relatam a falta de provisão de materiais para utilizar nos grupos de educação em saúde, defendendo que estes são muito importantes para o atendimento coletivo, nos depoimentos:

*Precisamos de material educativo. Material simples para fazer cartazes, lembrancinhas, convites, imprimir orientações. Presentinhos para as datas festivas. Agente não pode ficar estagnado, nas VD agente fica repetindo sempre a mesma coisa. Tem que investir nos grupos, o trabalho fica melhor, alcança mais gente, eles aprendem sem sentir. Precisamos torna-los dinâmicos e criativos, daí o pessoal participa agente aproveita para falar na prevenção de doenças, hábitos saudáveis. Isso é saúde mental, as pessoas se sentem bem, saem de casa, socializam, fazem amizade daí tá feita a nossa função.*

Diante dos depoimentos, considera-se que estes materiais constituem-se como ferramentas de trabalho do ACS, necessárias para a realização de um dos mais importantes papéis deste profissional que é a promoção/ educação em saúde. A recomendação da

realização de atividade educativa pelos ACS está expressa na Portaria 1.886/1997 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), mas observa-se que estas são pouco valorizadas pelos gestores.

Na busca de explicações, avulta-se que este descaso pode ter origem no próprio do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB), que avalia a produtividade a partir de ações individuais e indicadores de saúde. A falta de detalhamento do trabalho coletivo transforma-o invisível, tanto para os gestores como para todo o sistema de informações de saúde do SUS (BORNSTEIN; STOTZ, 2009).

Por outro lado, os ACS defendem a atuação em grupos de educação em saúde como forma de quebrar a monotonia da assistência individual, principalmente dos usuários portadores de doenças crônicas, melhorando sua qualidade de vida. Observou-se também que a participação nos grupos beneficia tanto dos usuários como dos ACS, criando um espaço de convívio social onde se promove a saúde de maneira mais efetiva, proporcionando espaço de acolhimento e estabelecimento de vínculos, onde o ACS pode desenvolver sua autonomia, permitindo o reconhecimento do trabalho pelos comunitários, empoderando-os.

Diante desta realidade, os ACS acabam trazendo para si a responsabilidade de adquirir os materiais para a realização do atendimento nos grupos de educação em saúde, causando descontentamento, conforme o pronunciamento:

*Agente não recebe nada, acabamos juntando nosso dinheiro e compramos. Apesar de pagar para trabalhar, esta é a parte do trabalho que mais gosto.*

Para encerrar, destaca-se estudo realizado por Carvalho; et al, (2013) onde relacionam o excesso de demanda, a carga horária excessiva, estrutura precária e o déficit de instrumentos de trabalho com o aumento das cargas de trabalho, prejudicando a saúde do trabalhador. Carvalho; Dias, (2012) apontam que os resultados dos programas de Promoção da Saúde em locais de trabalho apresentam melhores resultados quando investem também na melhoria das condições, organização e ambiente do trabalho, combatendo o trabalho inseguro e estressante; limitando a demanda de trabalho e do esforço exigido; reconhecendo o bom desempenho e inovações apresentadas pelos trabalhadores e recompensas justas. Por outro lado, Lima; et al, (2014) apontam que uma das formas de contribuição na redução das cargas, vem justamente da proposta da ESF, que preconiza o estabelecimento de vínculo; sendo que estes podem contribuir para diminuir o sofrimento no trabalho do ACS.

### 3.2.3 O Processo de trabalho do trabalho do ACS

#### Rotina de trabalho

Sobre o dia a dia de trabalho, os ACS explicam que sua rotina de trabalho é muito variável. Normalmente os ACS têm compromissos mensais fixos, ligados ao trabalho em equipe, entre eles:

*Tem uma organização mensal fixa com datas e horários, como: reunião de equipe, grupos comunitários, escala de cartão SUS, de digitação na unidade e de acompanhamento de profissionais.*

O planejamento e execução das visitas domiciliares são de responsabilidade pessoal, por isso variam muito. Os ACS relatam a dificuldade de organizar o trabalho para dar conta das visitas domiciliares, pela sobrecarga de trabalho e as constantes interrupções. Neste sentido, destacam-se os relatos:

*O organizar é complicado. Me organizo por dia. Eu saio de casa organizada para fazer VD em uma rua, dobro a esquina telefone toca, ó tem uma coisa aqui no posto. Daí já foi. Saio de casa com plano A e plano B, surge alguma coisa, tenho que atender ou não acho as pessoas em casa. Tem famílias que tenho que ir várias vezes no mês, outros só uma e alguns que nem vou. Agora tem ainda a planificação, estamos cheio de coisas A verdade é que fazer sequência por rua não existe, apago os incêndios de cada rua. Não sei mais por onde começar. É bem isso, não sei se vou pra cá ou vou pra lá, quase e nunca consigo fazer o que queria. Isso dá um cansaço.*

Dentre as solicitações da equipe, os ACS destacam a entrega de encaminhamentos para consulta com especialistas como dificultador do trabalho e fonte de sofrimento, conforme explicam abaixo:

*Tem encaminhamentos para especialistas demoram até dois anos. Quando vem e não conseguem avisar, pedem para nós. Agente faz tudo para o paciente não perder. Na nossa micro área é tranquilo, mas muitas vezes tem que ir em áreas descobertas (sem ACS), daí complica, de vez em quando o paciente já morreu daí nos chingam.*

Corroborando com este estudo, Gomes; et al, (2011) sinalizam para a inexistência de um planejamento efetivo do cronograma de visitas domiciliares; levando a uma parcela importante de ACS realizarem VD apenas em parte das famílias de sua micro área (COSTA; et al, 2013). Outro agravante é o aumento de funções desenvolvidas no trabalho real do ACS, a sobreposição de atividades, interrupções e intervenções constantes e a incorporação da multifuncionalidade na prática profissional, provocando sobrecarga de trabalho e a falta de tempo para a realização de visitas domiciliares (GOMES; et al, 2011; FURUKAWA; CUNHA, 2010; JORGE; et al, 2015.).



### **O território da ESF**

Os ACS relatam dificuldades de dividirem território com a UBS tradicional. Além disso, a área de responsabilidade da ESF não tem continuidade ou estão sem ACS trabalhando, provocando sobrecarga.

*Nossa equipe está dentro de uma região grande, então uma parte é atendida pela ESF e grande parte pela UBS tradicional. Nossas micro áreas estão espalhadas dentro deste território, então tem um ACS aqui e outro lá do outro lado. Para complicar ainda tem micro áreas da ESF descobertas. Eu não tenho condições de dar conta do trabalho de dois. A população só aumenta, formam novas equipes e não contratam novos ACS.*

O quadro apresentado pelos informantes reflete as falhas no mapeamento do território de atuação da equipe de ESF. Conforme o Ministério da Saúde, o território da ESF é formado por um conjunto de micro áreas, em uma área geográfica específica, que delimita a área de atuação e a população atendida (BRASIL, 2012b). Esta definição assume importância por constituir-se no espaço concreto da ação assistencial, caracterizando-se como o lugar onde os indivíduos vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham e cultivam suas crenças e cultura (BRASIL, 2008 p. 11).

Neste contexto, este cenário provoca conflito entre os ACS e os comunitários, conforme os depoimentos:

*As famílias queixam-se que existem áreas descobertas, e cobram do ACS visitas. Não adianta explicar, acham que tu não quer trabalhar. Acham que somos responsáveis por tudo, procuram agente para atendê-los através das redes sociais, abordam agente em casa, telefonam. As pessoas pensam que somos super-heróis, não somos pau pra toda obra. De vez em quando agente se solidariza e acaba indo trabalhar em áreas descobertas*

Corroborando com os resultados apresentados, Baralhas; Pereira, (2013) destacam que os ACS, por estarem mais próximos às famílias, estão mais predispostos ao enfrentamento das reclamações em relação ao serviço, onde assumem a posição de mediadores para o destemperamento nas relações população/equipe. Assim a lacuna entre o trabalho que o ACS consegue realizar e o que se espera dele, é fonte de desgaste e sofrimento.

Queirós; Lima, (2012) consideram que os ACS, ao se integrarem a equipe, são considerados pela comunidade como representantes do serviço na comunidade, apresentando-se como articuladores na solução dos problemas, aquele capaz de encaminhar as reivindicações populares. A busca pela solução dos problemas da comunidade faz com que os ACS se confrontem com a carência de ações resolutivas, causando tensionamento com comunitários/ equipe (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Para finalizar, destaca-se que as falhas no planejamento do território destas equipes vêm emperrando o processo de mudança do modelo assistencial, interferindo no estabelecimento de vínculo entre profissionais/ equipe/comunitários, bem como o estabelecimento de relações humanas saudáveis.

### **Avaliação de desempenho**

Os ACS expressam que o enfermeiro não tem realizado a avaliação do seu trabalho, sentindo-se saudosos deste espaço de contato.

*Ultimamente não somos avaliados. Antigamente, agente sentava com a enfermeira, passava todos os dados da micro área. Ela dizia o que estava bom, orientava para o que deveríamos melhorar, ajudava e participava do atendimento na área. Agora não é feito mais isso, não se conversa, no dia 20 do mês, agente passa o número de VD e terminou.*

Observa-se que os ACS consideram a avaliação do desempenho essencial para o desenvolvimento do trabalho. Neste sentido a avaliação do enfermeiro é desejada, e percebida pelo ACS como um espaço de construção de conhecimento e o estabelecimento de parceria para a realização do trabalho. Corroborando com este estudo, Baralhas; Pereira, (2013) relatam que os ACS sentem a necessidade de um maior contato de supervisão do enfermeiro, destacando, como “digno de nota”, a percepção do ACS sobre a atuação do enfermeiro considerando-o como um facilitador que articula as relações dos usuários com os demais membros da equipe da UBS e até com os próprios ACS. Segundo Wai; Carvalho, (2009) a falta de supervisão do enfermeiro acaba por agravar a sobrecarga do trabalho do ACS.

Neste sentido, Furukawa; Cunha, (2010) destacam que a excelência do trabalho gerencial do enfermeiro envolve a capacidade de articular o processo organizativo ao desenvolvimento de competências individuais/ grupais, oferecendo condições concretas para o desenvolvimento de potencialidades, que no caso do ACS envolve a avaliação/ acompanhamento do trabalho e o planejamento da educação permanente.

### **3.2.4 Percepções do ACS sobre o trabalho em equipe**

Nesta categoria foram elencadas as dificuldades percebidas pelos ACS referentes à sua participação na equipe de ESF

A mudança constante dos profissionais da equipe, principalmente o enfermeiro, exige uma readaptação do ACS e favorece a ocorrência de conflitos, conforme as falas abaixo:

*A equipe muda com frequência é muito difícil a adaptação. Cada um que chega quer mudar tudo. Nossa equipe tinha um vínculo com a enfermeira, daí trocou. Nós não a recebemos bem, ficamos perdidas, não aceitamos.*

Os ACS percebem que não existe integração no trabalho da equipe, expressa nas seguintes falas:

*Não sei, tem coisas que gostaria que fosse diferente. Muitas vezes me sinto só. Tem vezes que sou equipe, e às vezes não. Para a equipe funcionar, tem que sentar e planejar, organizar, sistematizar, ver uma melhor maneira de fazer as coisas. Agente não conversa, é tudo pronto. Ultimamente na reunião de equipe são os ACS, e a odonto. Não temos voz e quando agente fala, não ouvem.*

O planejamento coletivo das ações é essencial para a efetivação da ESF. Observa-se neste estudo que as reuniões de equipe não estão oportunizando momentos de integração, discussão e planificação coletiva; fazendo com que o ACS não se perceba como integrante da equipe, o que favorece a fragmentação do processo de trabalho (LUNARDI; et al, 2010).

Neste sentido, concorda-se com Costa; et al, (2013) quando destacam a importância de incluir os ACS nas reuniões de equipe na ESF, incentivando sua participação no planejamento, execução e avaliação das atividades. Além disso, oferecem um espaço de aproximação entre as pessoas, permitindo trocas e a mobilização para o desenvolvimento do trabalho.

Outra dificuldade elencada pelos ACS é a falta de comunicação da equipe e entre os próprios ACS

*“Elas” largam as atividades no whats, sem explicar nada, a gente trabalha sob pressão. Falta integração, combina-se uma coisa e depois faz outra. O que eu sinto é a falta de comunicação, lá tem 8 ACS, mas tu conta com 4, daí tu vai te retraindo e se distanciado.*

Estes relatos refletem um cenário de sofrimento no trabalho, onde a equipe não se dá conta da sobrecarga de trabalho do ACS, do quanto suas constantes solicitações atrapalham o trabalho do ACS e dificultam sua produção. Corroborando com isso, Gomes; et al, (2011) descrevem um cenário penoso no trabalho dos ACS, ilustrando o ambiente de trabalho como um território de disputas, tensões, controle, relações de conflito e sentimentos de solidão.

Neste contexto, os ACS sentem falta de relações humanizadas no trabalho, elencadas no depoimento:

*Agente passa por situações de perdas (de familiares) ninguém dá bola para o sofrimento. Estava de aniversário ninguém lembrou.*

Por outro lado os ACS elencam como positivo o apoio dos colegas nos momentos de dificuldades.

*Entre nós (ACS), se alguém não está bem agente percebe. Conhecemos só de olhar. Além do coleguismo, temos respeito. A amizade nos dá vontade de trabalhar, um cuida do outro.*

Para finalizar, destaca-se que os ACS percebem que as dificuldades do trabalho tem influenciado negativamente sua saúde, conforme o depoimento:

*Acho que hoje todo mundo está adoecido. Eu sou uma pessoa que já tive muito prazer em trabalhar, hoje não tenho mais. Meu prazer está só lá no meu trabalho na comunidade com os usuários. Tu sente que cada dia tu perde um pouco da tua essência, pelos percalços da vida. Tu vai ficando calejada.....e vai mudando.....*

O depoimento acima é forte, mas exprime o sofrimento do trabalho destes ACS, ocasionado pela forma de organização do trabalho, refletindo a falência das estratégias elaboradas para integrar-se na equipe bem como a busca desesperada do prazer nas relações com os comunitários.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados apresentados acima apresentam as reflexões realizadas durante as entrevistas, os encontros de grupo focal e de convergência, onde se procurou conhecer a realidade laboral, e a influência da organização do trabalho no processo saúde/doença dos ACS. Revelando diferenças entre o trabalho prescrito e o real, provocando sobrecarga e sofrimento nos ACS.

Cabe destacar que a construção central desta pesquisa foi delineada a partir da assistência à saúde do ACS; com a intencionalidade de realizar ação de educação em saúde integrada ao processo de coleta de dados, conforme prevê a Pesquisa Convergente Assistencial. Neste contexto, encarou-se a problematização como uma etapa do processo educativo onde o pesquisador desafia e inspira os trabalhadores (ACS) a superar a visão acrítica do seu processo de trabalho, capacitando-os para intervir na realidade e muda-la.

Para tanto, durante o processo de pesquisa, os ACS realizaram movimentos de ação-reflexão-ação envolvendo a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, pontuando os aspectos que geram vivências de prazer/ sofrimento no trabalho, culminando com a elaboração de estratégias coletivas de enfrentamento dos efeitos deletérios da organização do trabalho sobre si.

As estratégias construídas envolvem especialmente o resgate da identidade profissional e a determinação de trabalhar conforme as atribuições legais da profissão; desencadeando um movimento coletivo para melhorar as relações estabelecidas com a equipe e gestores; bem como o encaminhamento de reivindicações que envolvem a assistência na área de saúde do trabalhador.

Ao final da pesquisa, os ACS avaliam positivamente sua participação no estudo, enfatizando o estabelecimento de uma nova postura no relacionamento interpessoal; a união/

consenso do grupo; o crescimento profissional/ pessoal e a melhora na autoestima. Estas mudanças trouxeram benefícios, especialmente na saúde mental, diminuindo o nível de ansiedade e estresse.

Nesse contexto, o suporte metodológico da PCA possibilitou o estabelecimento de uma ação de enfermagem direcionada ao cuidado da saúde destes trabalhadores. Destaca-se que os resultados deste estudo levantam as possibilidades de intervenção na área de saúde do trabalhador, podendo contribuir para outros cenários no sentido de propor alternativas organizacionais para repensar o fator humano das organizações, bem como a necessidade de buscar a qualidade de vida no trabalho como potencializador da qualidade, que no caso do ACS pode contribuir para a efetivação da mudança de modelo assistencial, preconizado pelo Ministério da saúde através da ESF.

## 5 REFERÊNCIAS

- AREOSA, J. Comentário ao artigo “A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho” – Christophe Dejours e a Psicodinâmica do trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 33, n.2, p. 29 - 41 2013. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/26902>. Acesso em 25/09/20156.
- AZAMBUJA, E. P; et al É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto & Contexto**, v.19, n.4, p.658-666, 2010.
- BARALHAS, M; PEREIRA, M.A.O. Prática diária dos Agentes Comunitários de Saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Rev. Brasileira Enferm**, v. 66, n.3, p. 358-65, 2013.
- BEVILACQUA, A.B. O Processo de Enfermagem do Trabalho. **Portal educação**. 2014. Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/58592/o-processo-de-enfermagem-do-trabalho#ixzz3VJWQ4mu5> Acesso em 10/08/2016.
- BORNSTEIN, V.J; DAVID, H.M.S.L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 107-128, 2014.
- BORNSTEIN, V.J; STOTZ, E.N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. **Trab. Educ. Saúde**, v.6, n.3, p.457-80, 2009.
- BRASIL. **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006**. Dispõe sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. Brasília, v. 143, n. 193, 2006b. Seção 1, p.1-2. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm). Acesso em 15/12/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.886/1997**. Brasília; 18 de Dezembro de 1997. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21\\_Portaria\\_1886\\_de\\_18\\_12\\_1997.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf). Acesso em 28/04/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.: il. – (Série E.

Legislação em Saúde). Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso 07/12/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.84 p.: il. – (Série F.). Comunicação e Educação em Saúde. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf). Acesso em 16/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21) 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portaria nº 648-GM**, 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 para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 28 mar. 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 28/02/2016.

BRASIL. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012a. 12 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 10/08/2016.

CAMARGO, C; IWAMOTO, H.H. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. **REAS** [Internet], v.2, n. 2 (esp.), p. 46-56, 2013.

CARVALHO, A. F.. S; DIAS, E. C.. Promoção da saúde no local de trabalho: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, vol. 25, n. 1, p.116-126. 2012. Disponível em web. [b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype](http://b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype). Acesso em 20/12/2016.

CARVALHO, B. G; et al. **Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz.** 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 2013.

COSTA, S.M; et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.2147-2156, 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700030). Acesso em 22/06/2016.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. ampliada. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v.14, n.3, p.27-34, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários a prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FURUKAWA; P.O; CUNHA; I.C.K.O. Da gestão por competências as competências gerenciais do enfermeiro. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.63, n.6, p. 1061-6, 2010.

GOMES, A.L; et al. O elo entre o Processo e a Organização do Trabalho e a Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa- Paraíba-Brasil. **R. Bras.Ci. Saúde**, v.15, n.3,p.265-276, 2011. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acesso em 05/01/2017.

JORGE, J.C; et al. Qualidade de vida e estresse de Agentes Comunitários de Saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Rev. enferm. e Atenção à Saúde**, v.4, n.1, p. 28-41, 2015.

LANZONI, G.M. M; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. Bras. enfermagem**, v. 66, n.4, 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400014). Acesso em 25/09/2016.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LIMA, L; et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.17-24, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100017). Acesso em 25/11/2016.

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

LUNARDI, V.L; et al. Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em Foco**, v.1, n.2, p.73-76, 2010. Disponível em <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/20>. Acesso em 25/09/2016.

MACÊDO, K.B.; FLEURY, A.R.D. O mal estar docente para além da modernidade: uma análise psicodinâmica. **Revista Amazônica**, ano 5 v.9, n.2, p.217-38, 2012. Disponível em <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v07/M31677.pdf>. Acesso em 25/09/2016.

OLETO, A. F.; MELO M. C. O. L; LOPES, A. L. M. Análise bibliométrica da produção sobre prazer e sofrimento no trabalho nos encontros da associação nacional de pós-graduação em administração (2000-2010). **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 60-73, 2013. Disponível em <http://vufind.uniovi.es/Record/oai:doaj.orgarticle:9de25522300b4cebbfc41b65ff97ee73>. Acesso em 20/04/2016.

QUEIRÓS, A.A. L; LIMA, L.P. A institucionalização do Agente Comunitário de Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v.10, n. 2, p.257-81,2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200005). Acesso em 25/09/2016.

ROCHA, S.R.A.; MENDES, A.M.; MORRONE, C.F. Sofrimento, distúrbios osteomusculares e depressão no contexto do trabalho: uma abordagem psicodinâmica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.12, n.2, p.379-94, 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. revisada e ampliada. Florianópolis: Insular, 2004.

WAI, M.F. P; CARVALHO, A.M.P. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. enferm. UERJ**; v.17, n.4, p.563-568, 2009.

## **ARTIGO 4 – Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde acerca das cargas de trabalho presentes na sua dinâmica laboral.**

### **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos Agentes comunitários de Saúde(ACS) acerca das cargas de trabalho presentes na sua dinâmica laboral; e realizar uma ação de educação em saúde junto aos mesmos, por meio do referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial. Método: Estudo qualitativo, convergente assistencial, com Agentes Comunitários de Saúde. Os dados foram produzidos através da realização de grupo focal e grupo de convergência. A análise seguiu os passos do referencial metodológico. Resultados: o trabalho do ACS está relacionado ao atendimento de diversas demandas envolvendo o atendimento à saúde dos comunitários e o desenvolvimento da função de elo entre a equipe e os comunitários. Problemas de organização do trabalho, ao potencializarem as cargas de trabalho, vêm ocasionando sobrecargas no ambiente laboral, dificultado a realização do trabalho. Diante disso, realizou-se uma ação de enfermagem envolvendo a educação em saúde, no sentido de estimular a construção de estratégias coletivas para minimizar o efeito das cargas de trabalho na saúde destes trabalhadores. Conclusão: evidencia-se a importância da assistência de enfermagem como auxiliar na construção de condições de trabalhos mais favoráveis à saúde do ACS.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Agente Comunitário de Saúde; Carga de Trabalho.

### **INTRODUÇÃO**

No Brasil, o Agente comunitário de Saúde (ACS) é integrante exclusivo e obrigatório da Equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), apreciada como uma das principais portas de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), considerada modelo prioritário para o desenvolvimento e reorganização da Atenção Primária em saúde (Brasil, 2012a). A equipe de ESF é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Os ACS são responsáveis pelo acompanhamento de, no máximo, 750 pessoas, num território delimitado, a micro área. (BRASIL, 2012a)

Os ACS devem residir na área da comunidade em que atuam, desenvolvendo funções específicas, entre elas:

- desenvolver ações para integrar a equipe/população adscrita;
- realizar atendimento em saúde às famílias/pessoas de sua micro área, desenvolvendo ações educativas/atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças/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;
- realizar cadastramento das famílias, mantendo-os atualizados e orientar a população sobre os serviços de saúde disponíveis (BRASIL, 2006 a; BRASIL, 2006, b);



- acompanhar as pessoas inseridas nos programas estatais de transferência de renda e de enfrentamento de vulnerabilidades (BRASIL, 2011).

Destaca-se a importância do trabalho do ACS na consolidação da política pública de saúde e na mudança de modelo assistencial, no qual figura como precioso elo de interlocução entre a equipe de saúde e os usuários, atuando principalmente na prevenção de doenças e promoção da saúde. Neste sentido, estudos vêm apontando para a penosidade do trabalho dos ACS, que estão expostos a esforços físicos, sob condições climáticas adversas; atuando em locais insalubres e de risco; atendendo famílias em estado de vulnerabilidade; convivendo com a violência e o tráfico de drogas. O fato de atuarem na comunidade em que residem, pode ser considerado um fator estressante pelo maior envolvimento deste profissional com as necessidades da população, sendo que, muitas vezes, é cobrado por ações que fogem de sua governabilidade e/ou pela falta de apoio dos demais membros da equipe, em relação à resolutividade dos problemas de saúde das famílias. (SILVA; JAHN, 2012; BARALHAS; PEREIRA, 2013).

Assim, o cotidiano laboral do ACS o expõe a cargas de trabalho que podem prejudicar sua saúde, dentre elas, a inadequação do ambiente laboral (da UBS e comunidade); a precariedade dos equipamentos de trabalho (uniforme, bolsas, protetor solar, balança para pesar as crianças). Tudo isso aliado à falta de reconhecimento do trabalho pelos comunitários, a incapacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde evidenciados; e as dificuldades no relacionamento interpessoal (VOGT; et al, 2012).

No contexto do trabalho, considera-se a sua centralidade na vida do trabalhador, podendo proporcionar tanto saúde e bem estar quanto causar o adoecimento, impactando nas esferas da vida pessoal e profissional. Por isso, a área que trata da Saúde do Trabalhador tem se interessado em compreender as relações entre organização do trabalho e dinâmica saúde-doença, buscando intervir nesses processos (LACAZ, 2007; MARZIALE, 2010).

Nesse sentido, destaca-se que relação do trabalhador com seu trabalho interfere na dinâmica saúde/doença, permeada pelo conjunto de esforços desenvolvidos para atender as exigências das tarefas, ou seja, as cargas de trabalho (SELIGMANN; SILVA, 1994, p. 58). Conforme preceitos da Psicodinâmica do trabalho, as cargas de trabalho são compreendidas a partir da articulação de três conjuntos de cargas: as físicas (que resultam na relação entre o trabalho e o corpo físico do trabalhador), as cognitivas (resultados dos processos cognitivos mobilizados durante a atividade laboral) e as psíquicas (desencadeadas pelo sofrimento psíquico gerado ou agravado pela organização do trabalho), sendo consideradas interdependentes, articulando-se e potencializando-se no jogo da organização do trabalho (DEJOURS, 2011).

Dejours, o criador da Psicodinâmica do Trabalho, enfoca a carga psíquica como um regulador da carga global presente no trabalho; relacionando-a aos elementos relacionais e afetivos presentes no cotidiano laboral; à forma de organização do trabalho e às condições oferecidas para o desenvolvimento do trabalho (DEJOURS, 1994; DEJOURS, 1992). Com base nessa assertiva, a visão Psicodinâmica do Trabalho considera que os trabalhadores, no cotidiano laboral, lançam mão de estratégias de defesa para protegerem-se do adoecimento e do sofrimento advindos do trabalho.

Neste sentido, o trabalhador pode utilizar estratégias de mediação individuais e/ou coletivas, em que as individuais são interiorizadas, permanecendo sem a presença física do objeto. As coletivas, por sua vez, dependem da presença de condições externas, capazes de se sustentar no consenso de um grupo de trabalhadores, transformar o contexto de produção e promover as vivências de prazer proporcionadas pelo espaço de discussão, cooperação e confiança mútua (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

Considera-se, então, a importância da assistência à saúde dos trabalhadores, destacando que a enfermagem do trabalho vem se consolidando em sua tarefa assistencial a essa clientela, primando por uma saúde de qualidade e alicerçando-se nos diversos níveis de prevenção e proteção da saúde (BEVILACQUA, 2014). Sob este aspecto, a assistência de enfermagem à saúde do ACS pode auxiliar na construção de condições de trabalhos mais favoráveis a esse trabalhador.

O presente artigo é parte dos resultados da tese de doutorado intitulada “A organização do trabalho e as cargas de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma abordagem convergente assistencial” (LOPES, 2017). Diante destas considerações, este texto apresenta um dos resultados desse estudo acerca das cargas de trabalho dos Agentes Comunitários de saúde, com base no referencial da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) que, além do envolvimento diferenciado da pesquisadora, exigiu o seu comprometimento com a melhora do contexto social, com vistas a solucionar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações (TRENTINI, PAIM E SILVA, 2014).

Para dar conta da assistência de enfermagem à saúde dos ACS, construiu-se uma ação de educação em saúde para estes trabalhadores, utilizando-se o referencial de Paulo Freire com a intenção de problematizar o cotidiano do trabalho, com vistas à reflexão crítica da organização do seu trabalho, o reconhecimento das cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral e a elaboração de estratégias coletivas para minimizar os efeitos deletérios do trabalho sobre a saúde destes trabalhadores (FREIRE, 2014). Tendo em vista essas considerações, o presente estudo teve por objetivos: conhecer a percepção dos ACS acerca das cargas de trabalho presentes na sua dinâmica laboral; realizar ação de educação em saúde, em conjunto

com os ACS, relacionadas às cargas de trabalho, visando à promoção da saúde desses trabalhadores.

## MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuam no modelo de Estratégia de Saúde da Família, de um município do interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma Pesquisa qualitativa do tipo Convergente-Assistencial (PCA) que como preconizado, foi realizada no mesmo espaço físico/temporal da prática assistencial, objetivando provocar mudanças que qualifiquem a assistência prestada. (PAIM; et al, 2008). Neste estudo, os processos de assistência e pesquisa foram articulados pela utilização das técnicas de grupo focal e grupo de convergência, realizados no período de outubro a dezembro de 2016.

Foram convidados a participar do estudo Agentes Comunitários de Saúde (ACS), integrantes de três equipes de ESF, referendados a duas UBS, que atuavam na função há, pelo menos, um ano, a fim de possibilitar o melhor entendimento do objeto de estudo. Foram excluídos os ACS que, no momento da pesquisa, estavam afastados do trabalho, independentemente do motivo.

Realizou-se quatro encontros de grupo focal, com a participação de quatorze Agentes Comunitários de Saúde. Dando sequência ao processo de pesquisa, os informantes foram divididos em dois grupos. Participaram do grupo 1, seis ACS integrantes de uma equipe de ESF. O grupo 2 contou com oito ACS, de duas equipes de ESF. Realizaram-se seis encontros de grupo de convergência cada grupo.

Para a captação dos discursos dos informantes, após o consentimento livre e esclarecido, os encontros foram gravados, transcritos e analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desenvolvido por Lefèvre e Lefèvre (2003), adotando-se as suas quatro figuras metodológicas; as Expressões chave (segmentos substanciais das falas literais dos sujeitos que definem o conteúdo e a sequência do discurso formado em torno de uma ideia central); Ideia central (expressão linguística sintética que indica o “cerne” do discurso); Discurso do Sujeito Coletivo (discurso-síntese composto por um conjunto de expressões chave, cujo conteúdo reflete a ideia central); e Ancoragem (apresenta em que corrente filosófica e/ou teoria/ideologia o discurso está fundamentado).

Para este estudo, a análise seguiu os seguintes passos. 1) leitura de cada depoimento; 2) Extração das expressões chave de cada depoimento; 3) Agrupamento das expressões chave homogêneas; 4) Extração da ideia central de cada agrupamento das expressões chave e; 5) Composição dos discursos do sujeito coletivo correspondentes a cada ideia central.

Os encontros de grupo focal foram desenvolvidos a partir de questões norteadoras e o estabelecimento de temáticas, quais sejam, a organização do trabalho; as cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral; as competências técnicas, éticas e políticas que envolvem o trabalho do ACS e o pensamento estratégico. Os encontros de grupo de convergências tiveram como objetivo a elaboração de estratégias coletivas.

Por se tratar de uma pesquisa Convergente-Assistencial, a fase de produção de dados abarcou também a assistência de enfermagem à saúde dos pesquisados (TRENTINI; PAIM, 2004, p.76). A intencionalidade pedagógica/assistencial foi construída a partir da ação assistencial de educação em saúde, na qual os ACS foram convidados a realizar uma reflexão crítica sobre suas cargas de trabalho e, a partir disso, construir estratégias que interferissem na dinâmica prazer/sofrimento do trabalho.

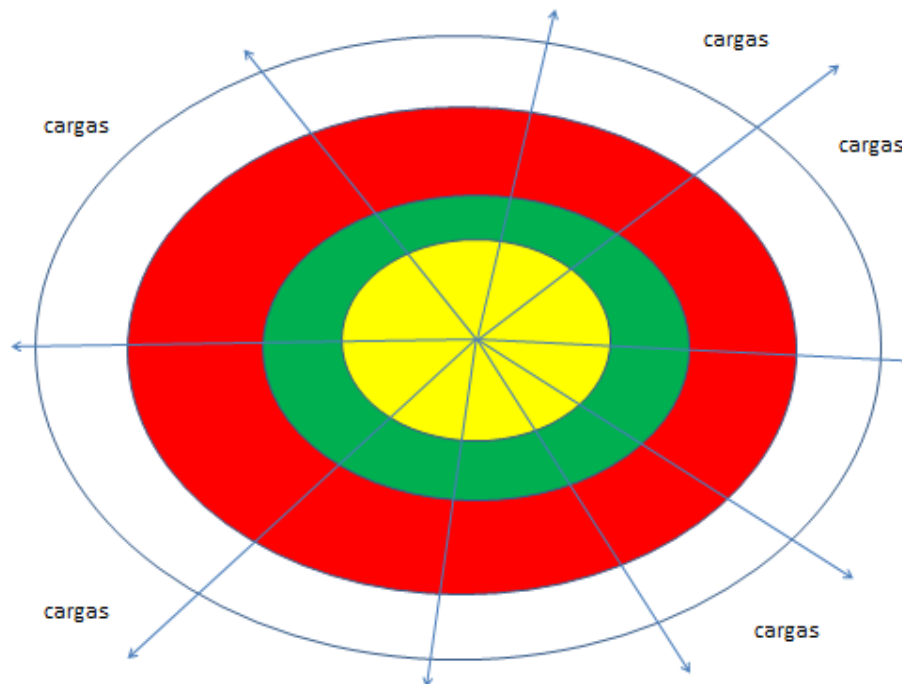
A ação de educação em saúde baseou-se no método proposto por Paulo Freire, em que prevê o desenvolvimento das seguintes etapas: *investigação* (busca conjunta das palavras/temas significativos do aluno, os quais servirão de instrumentos para conduzir os debates e auxiliar na compreensão do mundo), a *tematização* (análise dos significados sociais dos temas/palavras através de movimentos de codificação/ descodificação da situação existencial) e a *problematização* (o sujeito olha/ analisa/questiona a si mesmo e a realidade em que está inserido, realizando movimentos de ação/reflexão/ação) (FREIRE, 2014).

Assim, durante os encontros dos grupos focais e de convergência, os ACS foram estimulados a refletir criticamente sobre seu processo de trabalho e as cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral. A partir disso, instigados a criar estratégias grupais de organização do trabalho, com vistas à diminuição dos efeitos das cargas sobre si e a busca de um ambiente de trabalho mais saudável e prazeroso.

Os ACS foram convidados a participar por livre adesão informada. Os grupos tiveram, em média, a duração de três horas e trinta minutos. Para o desenvolvimento da temática “cargas de trabalho”, inicialmente, os participantes foram informados sobre o conceito de cargas de trabalho (PowerPoint) e convidados a discuti-las, realizar a síntese e apresentá-las para a reflexão no grande grupo. As cargas apresentadas foram sintetizadas e colocadas no instrumento denominado “roda do trabalho” (figura 1), criado pela pesquisadora para medir a percepção dos ACS sobre a intensidade de cada uma delas, utilizando cores diversas para identificá-las. Assim, os ACS foram informados que a cor amarela correspondia ao escore de 0-3(intensidade leve); a cor verde de 3-6 (moderada); a cor vermelha de 6-9 (alta); e a cor branca 10 (extrema). A partir disso, os ACS foram convidados a indicar, por meio de um alfinete sinalizador, sua percepção.

Destaca-se que os resultados deste grupo permitiram a visualização das cargas existentes no cotidiano do ACS. A intensidade referida norteou e auxiliou na discussão/elaboração de estratégias coletivas deste grupo durante os encontros de grupo de convergência. A análise seguiu os passos do referencial metodológico, cuja fase de interpretação foi subdividida em três momentos: Síntese, Teorização e Transferência (TRENTINI; PAIM; 2004 p. 97).

Figura 1 – Instrumento Roda do Trabalho



Como já apresentado anteriormente, este artigo é parte dos resultados da tese de doutorado intitulada “A organização do trabalho e as cargas de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma abordagem convergente assistencial” (LOPES, 2017), cujo projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP/FURG) e aprovado através do CAAE número 58331416.1.0000.5324; e foi desenvolvido em conformidade com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012 b),

## RESULTADOS

Após a análise dos dados, emergiram as seguintes categorias:

### **Cargas de trabalho existentes no cotidiano laboral dos ACS.**

Ao longo da realização dos encontros de grupo focal, os Agentes Comunitários elencaram um conjunto de cargas existentes no cotidiano laboral, divididas para fins de organização em cargas físicas, cognitivas e psíquicas.

## CARGAS FÍSICAS

Os participantes relacionaram no contexto socioambiental do território de atuação às dificuldades no desempenho do trabalho, envolvendo o clima, o ambiente físico, características epidemiológicas e a violência urbana. Para tanto, elencaram as seguintes cargas físicas:

- Esforço físico.
- Terrenos acidentados, ruas irregulares, micro área extensa.
- Condições climáticas (exposição ao sol, chuva, frio, umidade e calor).
- Contato com doenças transmissíveis e parasitárias.
- Contato com animais nos domicílios.
- Contato com animais peçonhentos.
- Ambiente físico da UBS inadequado.
- Uso de armas brancas e de fogo nas ruas e domicílios.

Os informantes relacionaram a carga esforço físico à sua atuação no território, atribuindo a isso manifestações clínicas:

*“A gente caminha muito. As áreas são de difícil acesso. As mochilas são pesadas, levo o material de trabalho. A gente cansa. Dói as pernas, a coluna, a cabeça. Daí chego em casa e não consigo dormir.*

Dentre as condições climáticas, o calor é considerado pelos informantes como o que produz maior desconforto, conforme o depoimento:

*No verão, a gente sofre muito. O calor é insuportável. A gente passa mal.*

Sobre o contato com doenças transmissíveis e parasitárias, os informantes destacaram, principalmente, a *tuberculose, hanseníase, gripe, escabiose, pediculose*. No contato com animais, nos domicílios, citam o *cachorro, ganso, cavalo, pombos*. O contato com animais peçonhentos como *cobra, aranha, escorpião*.

Sobre o ambiente físico da UBS, os ACS destacam que:

*No posto, quase não tem janelas, por isso, não ventila. O barulho é intenso. Não tem pia para lavar as mãos. Não temos sala nem computador para trabalhar.*

O uso de armas na comunidade está associado ao risco físico, conforme o depoimento:

*Na comunidade, eles usam armas, facas, pedras. Usam nas ruas e nos domicílios. A gente fica no meio do tiroteio e corremos risco de ser atingidos (as).*

## CARGAS COGNITIVAS

Nas cargas cognitivas, os ACS destacam o uso constante da memória, já que, no dia a dia do trabalho, sentem-se responsáveis por vários papéis que envolvem o trabalho assistencial e a função de elo entre os comunitários e a equipe. A necessidade de reciclarem-se constantemente bem como absorver as mudanças do serviço de saúde, aliados à escassez de espaços educativos de formação para o desenvolvimento do trabalho. Neste sentido, os informantes apresentam as cargas:

- Sobrecarga da memória,
- Excesso de conhecimentos técnicos.
- O manejo de computadores e informatização do sistema.
- Educação permanente insuficiente; especialmente em prevenção e promoção da saúde.
- Conhecer a organização da UBS e da equipe.
- Conhecer a legislação do SUS e das Políticas Públicas de Saúde.
- Conhecer a rede do sistema municipal de saúde (sistema de referência e contra referência).
- Conhecer os Estatutos e Leis (Estatuto da criança e do adolescente, do idoso, Lei Maria da Penha e outros).
- Conhecer instituições de proteção dos cidadãos (delegacia do idoso, da mulher e da criança; Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social).
- Conhecer programas sociais como Bolsa Família, Primeira Infância Melhor (PIM); bem como o sistema de Previdência Social.

Destaca-se que a sobrecarga da memória está associada à multiplicidade de papéis dos ACS e as constantes mudanças da assistência em saúde, conforme os depoimentos:

*“A gente tem que saber de tudo. Tem que orientar a população sobre saúde e servir de elo entre a equipe e os usuários. Cuidar do lixo, esgoto, água. Ver os problemas sociais e tentar encaminhar. Informar sobre todo o sistema de saúde. Fazer busca ativa. Não é fácil! As coisas mudam toda hora, daí, tu tem que aprender tudo de novo.”*

Os informantes explicam que o excesso de conhecimentos técnicos no trabalho advém da própria função do ACS, conforme o depoimento:

*Tem que acompanhar diabéticos, hipertensos, o crescimento/ desenvolvimento da criança. Conhecer a política nacional de imunizações para orientar os usuários e acompanhar o calendário vacinal da criança. Precisamos orientar também sobre*

*alimentação saudável, a realização do pré-natal, a saúde da mulher, do adolescente e do homem.*

Destaca-se que recentemente este município optou por informatizar todo o sistema de informação das equipes de ESF. Este fato ocasionou mudanças na forma como são geradas e transmitidas as informações do trabalho do ACS. A adaptação à nova ferramenta de trabalho está sendo considerada difícil e traz um sofrimento adicional ao ACS. Isto está expresso nos depoimentos:

*Mudou tudo, agora tudo é feito no computador, on line. Eu tinha dificuldade com o computador, custei muito para aprender. Tive que fazer todos os cadastros de novo. Às vezes, a gente faz toda a digitação, chega no final não grava. Apesar da ajuda dos colegas, continuo com dificuldade, não consegui fazer todos os cadastros.*

A mudança também provocou insegurança nos ACS, pelo fato de não terem mais o registro do seu trabalho na ficha de atendimento, que era assinada pelo usuário.

*Fiquei inseguro (a) a gente só lança a produção no computador. A pessoa pode simplesmente dizer que o ACS não visitou. Por segurança, continuo fazendo a ficha de atendimento impressa (SIA/SUS), nos casos que sei que vai dar problema (busca ativa de casos, situações que envolvem a justiça, Conselho Tutelar e outros).*

Os informantes destacam que, no cotidiano laboral, precisam conhecer o funcionamento da UBS e a organização do trabalho da equipe para poder realizar seu trabalho, indicando que existem falhas de comunicação, expressas no depoimento:

*Tenho que conhecer toda a organização da unidade. Os horários de tudo, os atendimentos que fazem, os profissionais que trabalham, as campanhas de saúde... Mas eles costumam não informar quando tem alguma mudança.*

Perguntou-se porque os ACS precisam conhecer o Sistema de Previdência Social, a resposta está expressa no seguinte depoimento:

*“A gente precisa informar os usuários sobre carteira de trabalho, pagamento de INSS, seguro desemprego, auxílio doença, auxílio natalidade”.*

## CARGAS PSÍQUICAS

Segundo os informantes, a carga psíquica advém, principalmente, das relações interpessoais estabelecidas com os comunitários e equipe; provocando sofrimento no trabalho.

- Readaptação pelas trocas constantes de profissionais da equipe.
- Falta de respaldo da equipe para o trabalho.
- Falta de resolutividade do sistema local de saúde.
- Relações interpessoais insatisfatórias.



- O acompanhamento de pessoas com doenças irreversíveis e a morte de comunitários.
- Convivência com diversas formas de violência.
- Agressões verbais.
- Assédio moral.

Sobre a falta de resolutividade do sistema, observou-se que os ACS atribuem às falhas do sistema de referência/contra referência e à falta de respaldo da equipe no trabalho. Por outro lado, expressam que estão realizando ações que não são de sua competência, conforme o depoimento:

*As consultas com especialistas chegam a demorar dois anos para serem marcadas. A unidade é desorganizada. A gente leva receitas para renovar e eles perdem, trocam medicamentos, vêm sem carimbo, assinatura. Temos dificuldade de marcar visitas domiciliares com enfermeiros e médicos. De vez em quando marcam e não vão. Precisamos do respaldo deles para atender bem a comunidade.*

Os relatos apontam que as cargas psíquicas vêm provocando sentimentos de *impotência/frustração/decepção/mágoa/ressentimento/tristeza/angústia/medo.*

### **A percepção dos ACS sobre a intensidade das Cargas de trabalho**

Destaca-se que quatorze ACS realizaram apontamentos no instrumento “roda do trabalho” (Figura 1). Dentre as cargas físicas, os informantes apontam como intensidade máxima o ambiente físico da UBS (5) e o contato com doenças transmissíveis e parasitárias (5). Consideram como intensidade alta o contato com animais peçonhentos (13) e o uso de armas na comunidade (10). Moderada o contato com animais no domicílio (10) e o terreno acidentado (7), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Intensidade referida das cargas físicas

<b>Carga Física</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Alta</b>	<b>Intensa</b>
Esforço físico	0	5	9	0
Terreno acidentado	1	7	6	0
Condições climáticas	0	4	9	1
Ambiente físico da UBS	0	3	6	5
Cont. doenças transmissíveis/ parasitárias	0	3	6	5
Contato animais no domicílio.	0	10	4	0
Contato animais peçonhentos	0	1	13	0
Armas nas ruas e domicílios	0	4	10	0

Grande parte dos informantes (10) classificou como intensa a carga cognitiva provocada pela sobrecarga da memória, que está associada à multiplicidade de papéis dos ACS e às constantes mudanças da assistência em saúde. Observa-se que esta abarca praticamente todas as outras, refletindo um cenário prejudicial à saúde destes trabalhadores. Praticamente o mesmo escore reflete como de intensidade alta o excesso de conhecimentos técnicos (10) e a educação permanente insuficiente (11); revelando que o trabalho do ACS exige uma gama de conhecimentos técnicos que precisam ser abordados, bem como a importância do processo de educação continuada para este segmento. Os informantes classificaram como moderada a carga que envolve o processo de informatização (12); o conhecimento da rede de atendimento à saúde (13); e sobre as delegacias e conselho tutelar (11).

Tabela 2 – Intensidade referida das Cargas Cognitivas.

<b>Carga Cognitiva</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Alta</b>	<b>Intensa</b>
Sobrecarga da memória	0	2	2	10
Excesso de conhecimentos técnicos	0	3	10	1
Informatização	1	12	1	0
Educação permanente insuficiente	0	3	11	0
Processo de trabalho da UBS e equipe	0	2	6	6
Leis do SUS e Pol. Públicas de Saúde.	0	10	4	0
Sistema de rede da saúde	0	13	0	1
Estatutos e Leis	0	6	8	0
Delegacias, Conselho Tutelar.	0	11	3	0
Programas sociais e Previdência social	0	7	7	0

Apontada por (8) informantes como de intensidade alta, a falta de resolutividade do sistema local de saúde, que envolve a gestão do sistema de referência/ contra referência e o respaldo da equipe para o trabalho do ACS. Neste sentido, os ACS, diante das necessidades dos comunitários acabam por desenvolver sentimentos de impotência e desânimo, em relação ao atendimento das necessidades dos usuários do SUS. Por outro lado, consideram como moderada as cargas psíquicas nas relações interpessoais insatisfatórias (7) e nas agressões verbais (8), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Intensidade referida das Cargas Psíquicas

<b>Cargas Psíquicas</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Alta</b>	<b>Extrema</b>
Readaptação/trocas de profissionais da equipe	0	4	2	8

Falta de respaldo da equipe para o trabalho	0	2	5	7
Falta de resolutividade do sistema local de saúde	0	1	8	5
Relações interpessoais insatisfatórias	1	7	1	5
Acompanhar pessoas com doenças irreversíveis e morte	1	2	5	6
Convivência com diversas formas de violência	1	3	2	8
Agressões verbais	6	8	0	0
Assédio moral	1	5	4	4

**Refletindo sobre as cargas de trabalho e construindo estratégias defensivas coletivas: assistência de enfermagem à saúde do trabalhador.**

Os dados obtidos junto aos ACS permitiram a visualização da organização do trabalho do ACS e das cargas existentes no cotidiano do ACS. A intensidade referida norteou e auxiliou na discussão/elaboração de estratégias coletivas deste grupo. Por se tratar de uma PCA, a ação de educação em saúde permeou todo o processo de coleta de dados, seguindo o método proposto por Freire (2014). Assim, durante os encontros de grupo focal e de convergência, os ACS foram convidados a refletir criticamente sobre seu processo de trabalho e criar estratégias grupais para organizar seu trabalho, visando à diminuição dos efeitos das cargas sobre si e a mobilização para a busca de um ambiente de trabalho mais saudável e prazeroso.

A pesquisadora mediou as discussões através da problematização do cotidiano laboral dos ACS, instigando à construção de uma unidade grupal que promovesse a construção de estratégias para melhorar a qualidade de vida no ambiente laboral. Para tanto, durante os encontros de grupo focal que trataram das estratégias defensivas, além de versar sobre a realidade laboral dos ACS, abordaram-se também a valorização profissional e pessoal, o sofrimento do luto, as relações interpessoais e o resgate da identidade profissional. Assim, num processo contínuo de olhar para o outro, envolvendo as relações humanas estabelecidas com os pares, equipe e comunitários, os ACS elaboraram as seguintes estratégias:

**1 – Trabalhar de acordo com as atribuições legais do ACS**

- Trabalhar para atender às necessidades da comunidade, com verdade e transparência, orientando os comunitários sobre os limites profissionais.
- Cadastrar e visitar todas as famílias da micro área.
- Documentar e retirar do cadastro famílias que não aceitam a visita do ACS ou não se encontram em casa durante o horário de trabalho do ACS. Não adentrar em domicílios que só tenham menores.
- Organizar as VD a partir de uma sequência por rua, atendendo a todos.

- Melhorar o atendimento coletivo de saúde por meio da formação de grupos de educação em saúde, levando em conta as características da comunidade e o atendimento de prioridades, buscando o apoio das lideranças locais e criando meios para a participação da comunidade.
- Estimular/ajudar nos projetos de geração de trabalho e renda.
- Relatar, durante a reunião de equipe e registrar em ata as ocorrências de assédio e de violência na micro área, solicitando acompanhamento de no mínimo um membro da equipe durante a realização da VD.
- Questionar os gestores sobre solicitações que envolvem desvios de função e prejudicam a realização do trabalho na micro área, exigindo documento que comprove a solicitação.

## **2 – Melhorar a relação com a equipe de ESF-**

- Discutir sobre a diminuição do número de famílias/pessoas atendidas pelos ACS
- Tentar qualificar a relação equipe/usuários (função de elo)
- Tentar uma aproximação com a equipe a fim de discutir assuntos relacionados ao trabalho.
- Negociar com a equipe o estabelecimento de um meio de comunicação que aborde o cronograma das atividades que serão desenvolvidas na UBS
- Lutar pela valorização do ACS junto à equipe.

## **3- Criar uma nova aproximação com a gestão**

- Encaminhar, junto ao novo gestor municipal, as reivindicações salariais, acompanhando a tramitação da efetivação da lei que estabelece o piso salarial da categoria.
- Reivindicar a formação de equipes completas e fixas; e a melhoria da estrutura física da UBS.
- Melhorar a comunicação com outras Secretarias do Município, a fim de reivindicar o desenvolvimento de ações na micro área.
- Dar maior visibilidade do trabalho desenvolvido a fim de sensibilizar os gestores sobre a importância do ACS.

## **4 – Pleitear assistência na área de saúde do trabalhador**

- Tentar conseguir atendimento psicológico para o grupo, junto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde, responsável pela coordenação dos estágios de instituições formadoras.

- Implantar rodas de terapia comunitária integrativa.

## DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa dizem respeito à relação entre a organização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e as cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral. Para tanto, o trabalho foi considerado um elemento central na vida do homem, constituindo-se em uma ação dinâmica, implicando tanto no engajamento do corpo quanto da inteligência, no refletir, interpretar e reagir às circunstâncias (DEJOURS, 2004). Sob as lentes da Psicodinâmica do Trabalho, a organização do trabalho assume o status de ser o elemento central no entendimento da dinâmica prazer/sofrimento no trabalho, agregando-se ao conceito de cargas de trabalho, que são consideradas interdependentes, articulando-se e potencializando-se no jogo da organização do trabalho. (DEJOURS, 1992; SELIGMANN; SILVA, 1994).

Por outro lado, esta corrente defende a existência do prazer no trabalho, bem como a dupla potencialidade do sofrimento advindo do trabalho, podendo tornar-se patológico, evoluindo para o adoecimento, ou tornar-se criativo, mobilizando o trabalhador para a busca de soluções para minimizá-lo ou aboli-lo e contribuindo para o sentimento de prazer no trabalho (DEJOURS, 1992; 2006; 2011).

Os dados apontam para a ocorrência de cargas físicas, cognitivas e psíquicas no cotidiano laboral do ACS que, quando excessivas, acabam prejudicando o seu desempenho no trabalho, provocando experiências de sofrimento psíquico. Neste sentido, as cargas físicas elencadas pelos informantes como obstáculos para o desempenho do trabalho relacionam-se ao contexto socioambiental da comunidade; a precariedade da estrutura física da UBS; as condições climáticas; e o uso de armas pelos comunitários.

Destaca-se que o convívio com estas cargas físicas não é exclusividade destes ACS. Estudos vêm apontando para condições do trabalho consideradas penosas pelos ACS, tais como: as longas caminhadas em terrenos acidentados; o excesso de frio/ calor; presença de animais domésticos nas moradias; contato com pacientes com doenças infecciosas, especialmente a tuberculose; bem como infestações como parasitoses, escabiose e pediculose (CIPRIANO; et al, 2013 ; CIPRIANO; FERREIRA, 2011; VOGT, M.S; et al.(2012). Outro fator que pode afetar a integridade física do ACS vem da convivência com a situações de violência na comunidade, onde correm riscos de serem atingidos, tornando-se vítimas da violência (SANTOS; DAVID, 2011; GOMES; et al,2011).

Trierweiller et al (2007) avultam que o trabalhador, a partir do seu aparato cognitivo, planeja a realização de suas tarefas. O funcionamento cognitivo depende tanto das suas

experiências e conhecimentos quanto das características do contexto sócio técnico e da disponibilização dos meios de trabalho. Neste sentido, os informantes deste estudo, apontaram que, no cotidiano laboral, utilizam constantemente a memória para dar conta dos diversos papéis que exercem e para manterem-se atualizados; apresentando como elemento dificultador deste processo a insuficiência de educação continuada, especialmente, sobre sua atribuição maior que envolve a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Apesar de pouco explorada, as cargas cognitivas dos ACS envolvem a incorporação da multifuncionalidade na prática profissional, envolvendo a flexibilização do trabalho e a sobreposição de atividades, onde passam há assumir cada dia mais responsabilidades, muitas vezes fora de suas atribuições (GOMES, A.L; et al, 2011; MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014).

Outra carga cognitiva apontada trata da carência de educação continuada, sendo que o trabalho do ACS requer uma série de conhecimentos referentes à área da saúde que, muitas vezes, são desconhecidos por estes, pelo fato de não possuírem formação profissional prévia (VOGT; et al, 2012). Para tanto, é necessário o desenvolvimento da educação continuada integrada ao contexto do trabalho do ACS, a fim de dar sentido, valor de uso e efetividade para o conhecimento adquirido (BRASIL, 2012a). Apesar da necessidade, estudos vêm alertando sobre a insuficiência e/ou inexistência de educação continuada para este segmento, “deixando a desejar”, principalmente, na área de conhecimentos humanísticos (ALVES et al. 2014; MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

Em se tratando do ACS, profissional privativo do SUS, cuja formação acontece no interior do próprio serviço, a insuficiência do processo de educação continuada pode afetar a qualidade do serviço prestado, bem como privar esse trabalhador dos conhecimentos necessários para o correto enfrentamento das situações de estresse no cotidiano de trabalho, afetando sua saúde (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

Os informantes consideram como carga psíquica de intensidade máxima a necessidade de readaptarem-se constantemente à maneira de trabalhar dos profissionais da equipe, cuja rotatividade é muito grande, prejudicando o estabelecimento de vínculo e conseqüentemente de relações interpessoais satisfatórias (BORNSTEIN; DAVID, 2014). Neste sentido, destaca-se que a carga psíquica advém, principalmente, das relações interpessoais estabelecidas com a equipe/comunitários, sendo que os conflitos demandam uma carga adicional aos trabalhadores, causando sofrimento no trabalho (VOGT, et al, 2012; ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016 ).

Sobre a falta de resolutividade do sistema, elencada pelos informantes como carga psíquica, é possível ver claramente a influência da organização do trabalho no processo saúde

doença. Sendo que a ausência de sistema efetivo de referência e contra referência aos demais níveis de assistência pode constituir-se como entrave na direção da humanização tão desejada nos serviços de saúde (NORA ; JUNGES,2013).

Neste sentido, destaca-se que existe uma correlação entre a inoperância do sistema às demandas da população e a conquista da credibilidade dos ACS junto às famílias, limitando suas ações. Por outro lado, a aproximação do ACS com as famílias atendidas faz com que estejam mais predispostos a receberem reclamações, em relação ao serviço, colocando-se no papel e mediadores na busca de solução para os problemas da comunidade. Esta expectativa de atendimento às necessidades de saúde da população, muitas vezes fora de sua governabilidade, aliada à falta de respaldo da equipe para o trabalho pode conduzir ao sentimento de impotência, tornando os ACS vulneráveis ao sofrimento no trabalho (BARALHAS; PEREIRA, 2013)

Assim, destaca-se que o cenário laboral dos ACS está permeado por situações de risco à sua saúde, que envolvem desde as características do ambiente laboral, o processo de formação para o exercício do trabalho, a organização do trabalho e o envolvimento emocional diferenciado com a comunidade. Sob as lentes da Psicodinâmica do Trabalho, o trabalhador, para precaver-se do adoecimento, precisa mediar e ressignificar o sofrimento do trabalho. (ROCHA; MENDES; MORRONE, 2012). As estratégias defensivas são mecanismos encontrados pelos trabalhadores, individual ou coletivamente, para neutralizarem vivências de sofrimento e adaptarem-se à realidade do trabalho (MACÊDO; FLEURY, 2012). Neste estudo, optou-se pela construção de estratégias coletivas já que são capazes de se sustentar no consenso de um grupo, transformar o contexto de trabalho e promover vivências de prazer, por meio da criação de espaço de discussão, cooperação e confiança mútua dos trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

Destaca-se que os ACS, durante a realização da pesquisa, vivenciaram um processo de ação/reflexão/ação, envolvendo seu processo de trabalho e as cargas presentes no cotidiano laboral. Através da participação nessa pesquisa, foram capazes de identificar as situações que interferem na sua saúde; ponderando sobre as competências técnicas, éticas e políticas necessárias ao desenvolvimento de um trabalho humanizado, bem como desenvolver o pensamento estratégico como forma de aperfeiçoamento do trabalho.

A partir de um processo dialógico, os ACS construíram uma unidade grupal capaz de resgatar sua identidade profissional, a autoestima, o espírito de cooperação e a autonomia; resgatando a importância social do seu trabalho e a sua responsabilidade de atuar na promoção da saúde dos comunitários. Assim, num processo contínuo de olhar para o outro, envolvendo as relações humanas estabelecidas com os pares, equipe e comunitários, criaram

estratégias coletivas, com vistas à minimizar os efeitos das cargas sobre si, quais sejam: trabalhar de acordo com as atribuições legais do ACS; melhorar a relação com a equipe de ESF; criar uma nova aproximação com a gestão e pleitear assistência na área de saúde do trabalhador, mobilizando-se para intervir na realidade laboral, na busca de um ambiente de trabalho mais saudável e prazeroso.

Durante o encontro de avaliação, observou-se que a participação nesta pesquisa trouxe benefícios aos ACS, evidenciando a união do grupo, no sentido de aprender a dividir seus sofrimentos e somar seus prazeres e a influência positiva na saúde mental. Neste sentido, concorda-se com Dejours sobre a eficácia das estratégias coletivas; bem como a interdependência das cargas, enfocando a carga psíquica como reguladora da carga global, relacionando-a aos elementos relacionais e afetivos presentes no cotidiano laboral, à forma de organização do trabalho e às condições oferecidas para o desenvolvimento do trabalho (( DEJOURS, 2011<sup>a</sup>; DEJOURS, 1994, DEJOURS, 1992).

Desse modo, destaca-se a importância da assistência de enfermagem à saúde dos trabalhadores e a responsabilidade de promover ações de cuidado que ampliem o acesso de trabalhadores à assistência à saúde. Na equipe de ESF, cabe ao enfermeiro acompanhar/gerenciar o trabalho da equipe de enfermagem e dos ACS, por isso, deve primar pela construção de espaços laborais saudáveis.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Agentes Comunitários de Saúde convivem, no cotidiano laboral com problemas que dificultam a realização do trabalho, envolvendo a sobrecarga de trabalho e o sofrimento. O contexto sócio ambiental da comunidade, a precariedade da estrutura física da UBS, as condições climáticas e o uso de armas pelos comunitários foram considerados como cargas físicas no trabalho do ACS. As cargas cognitivas envolvem a sobrecarga da memória ocasionada pela multifuncionalidade da prática profissional, aliada à insuficiência de educação continuada. No que tange às cargas psíquicas, foram mencionadas pelos ACS a necessidade de constantemente readaptarem-se às trocas de profissionais da equipe e a falta de respaldo da equipe para realização do trabalho. O desenvolvimento de relações interpessoais insatisfatórias. O sofrimento ocasionado pelo acompanhamento de pessoas com doenças graves e a morte de comunitários. A convivência com diversas formas de violência.

Assim, a utilização do arcabouço metodológico da PCA possibilitou a aproximação da pesquisadora (enfermeira) ao contexto assistencial e o resgate da função social do pesquisador, apresentando uma possibilidade concreta tanto de construção de conhecimentos em enfermagem como vantagens assistenciais para os pesquisados. Assim, a partir do cuidado



de educação em saúde, os ACS realizaram uma reflexão crítica, problematizando sua realidade laboral, envolvendo-se na transformação da realidade, através da construção de estratégias para minimizar os efeitos do sofrimento no trabalho. Por fim, destaca-se que a metodologia problematizadora constituiu-se como uma importante estratégia, oportunizando tanto a apreensão da realidade quanto, num movimento de ação/reflexão/ação, modificá-la.

Em outras palavras, nesse contexto, o suporte metodológico da PCA possibilitou o estabelecimento de uma ação de enfermagem direcionada ao cuidado da saúde destes trabalhadores. Destaca-se que os resultados deste estudo levantam as possibilidades de intervenção de enfermagem na área de saúde do trabalhador, podendo contribuir para outros cenários, no sentido de propor alternativas organizacionais para repensar o fator humano das organizações, bem como a necessidade de buscar a qualidade de vida no trabalho como potencializador da qualidade da assistência que, no caso do ACS, pode contribuir para a efetivação da mudança de modelo assistencial, preconizado pelo Ministério da saúde, através da ESF. Como limitação deste estudo, pode-se citar o fato de ter sido realizado com ACS de apenas três equipes de ESF, o que remete para a necessidade de se apreciar os resultados em sua singularidade, bem como a necessidade de novas investigações sobre as cargas de trabalho dos ACS tanto no município quanto em outras regiões do país.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.S; BAPTISTA, P.C.P; SILVA, A. Workloads and strain process in Community Health Agents. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.50, n.1, p.93-100, 2016 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100013>

ALVES, M.R; et al. Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais. **J. res.: fundam. care.** Online, v.6, n. 3, p. 882-888, 2013.

BARALHAS, M; PEREIRA, M.A. O. Prática diária dos Agentes Comunitários de Saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 66, n 3, p. 358-65, 2013.

BEVILACQUA, A.B. **O Processo de Enfermagem do Trabalho**. Portal educação. 2014. Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/58592/o-processo-de-enfermagem-do-trabalho#ixzz3VJWQ4mu5> Acesso em 10/08/2015.

BORNSTEIN, V.J; DAVID, H.M.S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 12 n. 1, p. 107-128, 2014.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006**. Dispõe sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. Brasília, v. 143, n. 193, 2006b. Seção 1, p.1-2. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm). Acesso em 15/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em

BRASIL. **Portaria nº 648-GM, 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 para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 28 mar. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 28/02/2016.

BRASIL. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012b. 12 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 a.110 p..

CIPRIANO, F.G; et al. Relação entre distúrbio de voz e trabalho em um grupo de Agentes Comunitários de Saúde. **CoDAS**, v. 25, n.6, p. 556, 2013.

CIPRIANO, F.G; FERREIRA, L. P. Queixas de voz em Agentes Comunitários de Saúde: correlação entre problemas gerais de saúde, hábitos de vida e aspectos vocais. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**; v.16, n.2, p. 132-39,. 2011.

COSTA, M.C; et al. Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v.33, n.3, p.134-40,2012.

DEJOURS ,C. . **A banalização da injustiça social**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

DEJOURS ,C. . **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

DEJOURS ,C. . Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v.14, n.3, p.27-34, 2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132004000300004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132004000300004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 24/06/2015.

DEJOURS ,C. **A carga psíquica do trabalho**. (in) DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (org). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 2011.

DEJOURS C, ABDOUCHELI E, JAYET C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1. ed. – 12ª reimp. – São Paulo: Atlas; 2011.

DEJOURS C. **A carga psíquica no trabalho**. Betiol MIS Centro de estudos e pesquisas do trabalho - CEPT. São Paulo: Atlas; 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 49ª. Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2014.

GOMES, A.L; et al. O Elo Entre o Processo e a Organização do Trabalho e a Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa - Paraíba – Brasil. **R bras. ci Saúde**, v. 15, n.3, p.265-276, 2011. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acesso em 10/12/2016.

LACAZ, F.A.C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.4, p.757-766, 2007.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

MACÊDO, K.B.; FLEURY, A.R.D. O mal estar docente para além da modernidade: uma análise psicodinâmica. **Revista Amazônica**, ano 5, v.9, n.2, p.217-38, 2012.

MAIA, L.D. G; SILVA, N.D; MENDES, P.H.C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde: aspectos de sua formação e prática. **Rev. bras. Saúde ocup.** , v. 36, n.123, p. 93-102, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a09v36n123.pdf>. Acesso em 15/12/2016.

MENEGUSSI, J.M; OGATA, M.N; ROSALINI, M.H.P. O Agente Comunitário de Saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab. educ. saúde**; v.12, n.1, p. 87-106, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462014000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100006). Acesso em 25/09/2016.

NORA, C.R.D; JUNGES, J.R. Política de humanização na Atenção Básica. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1186-200,2013.

PAIM, L. et al. Pesquisa convergente assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.13, n.3, p.380-6, 2008.

ROCHA, S.R.A.; MENDES, A.M.; MORRONE, C.F. Sofrimento, distúrbios osteomusculares e depressão no contexto do trabalho: uma abordagem psicodinâmica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.12, n.2, p.379-94, 2012.

SANTOS, L.F. B; DAVID, H.M.S.L. Percepções do estresse no trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. enferm. UERJ**; v.19, n.1, p. 52-57, 2011. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a09.pdf>. Acesso em 21/01/2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª. ed. revisada e ampliada. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M; PAIN, L; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial**: delineamento provocador de mudanças. Porto Alegre: Moirá, 2014.176 p.

TRIERWEILLER, A.C; et al. A estratégia operatória utilizada pelos trabalhadores e o hiato existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real. **XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2007. Disponível em [http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2007\\_tr600449\\_9724.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2007_tr600449_9724.pdf). Acesso em 23/05/2016.

TRINDADE, L.L. Saúde do trabalhador: o referencial das cargas de trabalho como caminho de pesquisa e intervenções (editorial). **J Nurs Health**, v.5, n.1, p.01-03, 2015.  
VOGT, M.S; et al. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enferm**, v. 17, n.2. p.297-303,2012.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

**Os resultados desta tese, apresentados sob a forma de quatro artigos, permitiram compreender a influência da organização do trabalho no processo saúde-doença dos Agentes Comunitários de Saúde. Revelaram também a importância do cuidado da enfermagem à saúde destes trabalhadores. Por se tratar de uma PCA, este estudo seguiu a trajetória metodológica proposta por suas autoras, constituída por cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação.**

Dessa forma, a primeira fase, envolvendo a concepção, deu origem ao primeiro artigo intitulado: “A influência do trabalho na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa da literatura”, no qual buscou-se discutir aspectos apresentados na literatura sobre a influência do trabalho na saúde do ACS, evidenciando-se a predominância do trabalho feminino. Ainda, nesse artigo, enfatizou-se que o trabalho do ACS está ancorado no tripé que o caracteriza como morador, trabalhador e usuário do serviço, o qual oferta, trazendo algumas dificuldades como multiplicidade de papéis; contaminação do tempo de não trabalho; perda da privacidade; convivência diária com os problemas sociais.

Além desses entraves, no entanto, surge uma imagem diferente do ACS como alguém “sempre disposto a ajudar”, definindo-se como um “faz tudo”. As influências negativas ligadas à saúde relacionam-se à organização do trabalho/condições de trabalho, em que estão expostos a cargas físicas, mecânicas, químicas, orgânicas e emocionais. As influências positivas como o respeito/valorização do trabalho, a integração social na organização, o equilíbrio trabalho/vida social, na afinidade com a profissão, o trabalho em equipe e o vínculo estabelecido com equipe/comunitários.

Assim, com esse primeiro artigo, apresentam-se subsídios para justificar a realização da pesquisa, mediante leituras relativas à temática, a fim de auxiliar na construção do marco teórico, motivando a pesquisadora para a construção de uma assistência de enfermagem baseada no desenvolvimento de ações que humanizassem os ambientes e os processos de trabalho, visando a criar, dessa maneira, possibilidades para o exercício de um trabalho digno e seguro, sob o ponto de vista da saúde do trabalhador.

Já, no segundo artigo, intitulado “A formação do Agente Comunitário de Saúde” investigou-se acerca do perfil social e demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do processo de preparação para o trabalho, levando em consideração a singularidade do trabalho do ACS, cuja formação acontece no interior do próprio serviço. Sobre o perfil dos ACS, os resultados apresentaram a predominância do sexo feminino, com um nível de escolaridade acima da exigida para a função.

Em relação ao processo de formação, os ACS vêm participando tanto do curso introdutório quanto da educação continuada, conforme prevê o Ministério da Saúde, mas, percebeu-se a necessidade de um planejamento institucionalizado envolvendo o desenvolvimento de competências necessárias para a realização do trabalho, principalmente, aquelas ligadas à essência do trabalho do ACS (prevenção/promoção da saúde). A formação deve ser compartilhada com a equipe de ESF, especialmente do Enfermeiro Instrutor/Supervisor dos ACS, que, a partir da realidade local, pode perceber as eventuais falhas na formação, constituindo-se como elemento significativo na rede de relações e interações do ACS com a comunidade/equipe, auxiliando-os a lidar com as adversidades do trabalho.

Diante dessa realidade, a convergência entre a pesquisa e a assistência proporcionou aos informantes momentos de reflexão crítica sobre o processo formativo, bem como a identificação das lacunas de conhecimento existentes. Considerou-se ainda que a atividade realizada é imprescindível pela interferência direta da formação na forma como organiza e desempenha suas funções, intervindo no processo saúde/doença destes trabalhadores. Assim, este primeiro contato permitiu uma aproximação dos informantes com a pesquisa, mobilizando-os para a transformação da realidade laboral, levando em conta a importância deste ator na implementação do modelo assistencial da ESF, considerado pelo Ministério da Saúde como prioritário para a assistência à saúde da população.

O terceiro artigo, denominado “A organização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: do prescrito ao real”, abordou sobre as diferenças entre o trabalho prescrito e o real e a interferência da organização do trabalho na saúde dos ACS, provocando sobrecarga e sofrimento no trabalho. Pode-se evidenciar com esse artigo que as orientações fornecidas pela instituição para a realização do trabalho não podem ser concretizadas, devido às falhas na organização do trabalho, especialmente no que tange ao planejamento da área de atuação do ACS e na provisão de meios e condições para o desenvolvimento do trabalho.

No dia a dia do trabalho, convivem com um cenário de sofrimento, onde dividem a estrutura física do modelo assistencial tradicional e a ESF, prejudicando o estabelecimento de vínculos tanto com a equipe quanto com os comunitários. Convivem em ambientes insalubres tanto na UBS quanto no território atendido, nem sempre dispendo de materiais simples que utilizam no trabalho e para proteção da própria saúde. Eles têm de se adaptarem constantemente às solicitações da equipe de saúde, prejudicando, muitas vezes, o desenvolvimento de seu trabalho e envolvendo-se em conflitos tanto com a equipe como com comunitários.

A ação assistencial de educação em saúde foi construída a partir do referencial de Paulo Freire, defensor da educação como instrumento de busca da "ética universal do ser humano", na qual o indivíduo se assume como sujeito histórico e transformador. Para tanto, utilizou-se o método proposto pelo autor, que envolveu a investigação; a tematização e a problematização, constituindo-se como uma estratégia preciosa. O referencial adotado oportunizou a apreensão/reflexão da realidade laboral do ACS e motivou-os para intervenção/mudanças do cotidiano laboral. Desse modo, elaboraram estratégias coletivas que influenciaram positivamente na sua saúde.

Nesse contexto, a utilização da Psicodinâmica do trabalho como referencial teórico possibilitou responder a alguns questionamentos referentes aos efeitos da organização do trabalho nas vivências de prazer/sofrimento no trabalho. Nessa perspectiva, possibilitou um olhar diferenciado para a centralidade do trabalho na vida dos sujeitos, questionar sobre as possibilidades de intervenção na dinâmica saúde/ doença dos trabalhadores, como as estratégias construídas pelos ACS, uma vez que teve-se a possibilidade de modificar/minimizar os efeitos do sofrimento do trabalho a partir da construção de estratégias coletivas, que se sustentaram a partir do consenso do grupo, transformando o contexto do trabalho, promovendo a saúde desses trabalhadores.

Para finalizar o relato dos resultados desta pesquisa, apresenta-se o quarto artigo intitulado "Percepção dos agentes comunitários de saúde acerca das cargas de trabalho presentes na sua dinâmica laboral" que permitiu evidenciar a percepção dos Agentes comunitários de Saúde sobre as cargas de trabalho existentes no cotidiano laboral, bem como apresentar os resultados da assistência de enfermagem a este segmento.

Nesse capítulo, aponta-se que a multifuncionalidade na prática profissional dos ACS e as falhas na organização do trabalho vêm ocasionando sobrecargas no trabalho, dificultado a realização do trabalho e potencializando as cargas de trabalho no ambiente laboral. Assim, os ACS estão expostos a cargas físicas relacionadas ao contexto sócio- ambiental da comunidade, ao ambiente físico da UBS e ao contato com doenças transmissíveis e parasitárias. As cargas cognitivas envolvem a sobrecarga da memória ocasionada pelo excesso de conhecimentos necessários para o exercício da função, agravada pela insuficiência de educação continuada. A necessidade de readaptar-se continuamente a novos profissionais da equipe, a convivência com as diversas formas de violência, a falta de resolutividade do sistema local de saúde, as relações interpessoais insatisfatórias e as agressões verbais, são apontadas como carga psíquica, evidenciando a interferência destas interconexões na sua saúde.

Acrescenta-se ainda que a magnitude das cargas apresentadas converge com o olhar da Psicodinâmica acerca da compreensão da interdependência entre as cargas, articulando-se e potencializando-se no jogo da organização do trabalho. Nesse sentido, destaca-se que, para esta corrente, a carga psíquica é considerada como reguladora da carga global do trabalho, ligando-se aos componentes relacionais e afetivos do cotidiano laboral; à configuração organizacional e às condições oferecidas para a realização do trabalho. Assim, considera-se a importância de apreciar o trabalho como uma ação dinâmica e complexa, envolvendo aspectos subjetivos que influenciam na dinâmica prazer /sofrimento do trabalhador.

Ademais, realizou-se uma ação de enfermagem envolvendo a educação em saúde, no sentido de estimular a construção de estratégias coletivas para minimizar o efeito das cargas na saúde destes trabalhadores. Assim, durante a realização do estudo, a pesquisadora (enfermeira) instigou para a reflexão crítica dos ACS sobre seu processo de trabalho e a ocorrência de cargas físicas, cognitivas e psíquicas no cotidiano laboral. A partir disso, tornaram-se alertas e mais capazes de identificar situações que interferem na saúde, ponderando sobre as competências técnicas, éticas e políticas necessárias ao desenvolvimento de um trabalho humanizado, bem como desenvolver o pensamento estratégico como forma de planejamento da ação.

A partir do processo dialógico, os ACS construíram uma unidade grupal capaz de resgatar sua identidade profissional, a autoestima, o espírito de cooperação e a autonomia, bem como de perceber a importância social do seu trabalho e a sua responsabilidade de atuar na prevenção de doenças e proteção e promoção da saúde dos comunitários. Por conseguinte, em um processo contínuo de olhar para o outro, envolvendo as relações humanas estabelecidas com os pares, equipe e comunitários criaram estratégias coletivas, com vistas a minimizar os efeitos das cargas sobre si, a saber: trabalhar de acordo com as atribuições legais do ACS; melhorar a relação com a equipe de ESF; criar uma nova aproximação com a gestão e pleitear assistência na área de saúde do trabalhador. Enfim, mobilizaram-se, a fim de intervir na realidade laboral na busca de um ambiente de trabalho mais saudável e prazeroso.

Constatou-se, por meio deste estudo, que há possibilidade de intervenção da enfermagem na saúde do trabalhador, contribuindo com outros cenários, no sentido de propor alternativas para repensar o fator humano das organizações, bem como a necessidade de buscar a qualidade de vida no trabalho como potencializador da condição que, no caso do ACS, pode contribuir para a efetivação da implementação do modelo assistencial preconizado pelo Ministério da saúde através da ESF.

Neste estudo, destacou-se a utilização do método da Pesquisa Convergente Assistencial, que possibilitou a aproximação da pesquisadora (enfermeira) ao contexto

assistencial e resgatou a função social do pesquisador, apresentando uma possibilidade concreta tanto de construção de conhecimentos em enfermagem quanto de benefícios assistenciais para os ACS. Além disso, possibilitou, ainda, o estabelecimento de uma ação de enfermagem direcionada ao cuidado da saúde dos trabalhadores dessa área.

Nesse sentido, esta pesquisa proporcionou um “olhar” diferenciado do trabalho do ACS, refletindo sobre seu processo de trabalho influenciado pela formação, perpassando pela organização/cargas de trabalho e sua influência na saúde desses trabalhadores. Além disso, por ter-se o entendimento da centralidade do trabalho na vida do homem, fez-se necessária a articulação de saberes e práticas na assistência à saúde dos ACS, que implicou a atuação nos diferentes níveis de prevenção de doenças e proteção e promoção da saúde, compreendendo, assim, o trabalhador como sujeito/ator de sua vida e sua busca na construção de condições de trabalho as quais promovam sua qualidade de vida e saúde.

Como indicativos para a prática de Enfermagem, os achados aportam subsídios para o planejamento do cuidado na saúde do trabalhador, que envolvem a análise crítica do cenário laboral, a identificação das suas influências na saúde do sujeito, bem como o estabelecimento de ações necessárias para o cuidado integral. Ressalta-se também que a práxis da enfermagem está relacionada ao desenvolvimento da dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro, que é responsável pela oferta de uma assistência segura e de qualidade. A gestão do trabalho do ACS envolve o suporte técnico para a realização do trabalho e a interferência na organização do trabalho, a fim de qualificar o serviço de saúde e promover o bem-estar destes trabalhadores. Nesse contexto, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de outras pesquisas que direcionem o foco de investigação nessa dimensão.

Dentre as limitações do estudo, ressalta-se que não foi possível englobar todas as equipes de ESF do município estudado, tendo-se restringido aos Agentes Comunitários de Saúde de apenas três equipes.

Para encerrar, reitera-se que a assistência de enfermagem à saúde dos trabalhadores pode auxiliar na construção de condições de trabalhos mais favoráveis a eles. Para realizar tal ação, portanto, faz-se necessário que todos os enfermeiros atentem para a construção de cenários laborais mais saudáveis, propondo alternativas organizacionais para repensar o fator humano das organizações, como a necessidade de experienciar a qualidade de vida no trabalho, rompendo, desse modo, o ciclo de sofrimento no trabalho. Tais constatações permitem confirmar a tese de que **a assistência de enfermagem pode contribuir para melhorar a organização do trabalho, minimizar os efeitos das cargas de trabalho sobre os Agentes Comunitários de Saúde e promover a saúde e o bem-estar desses profissionais.**



## 6 REFERÊNCIAS

- ALVES, M.R; et al. Educação permanente para os Agentes Comunitários de Saúde em um município do norte de Minas Gerais. **J. res.: fundam. care. Online**, v.6, n. 3, p. 882-888, 2013.
- ANENT. Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho **Atribuições do Enfermeiro do Trabalho. Disponível em** <http://www.anent.org.br/competencias.html>. Acesso em 12/12/2016.
- AREOSA, J. Comentário ao artigo “A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho” – Christophe Dejourn e a Psicodinâmica do trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 33, n.2, p. 29 – 41, 2013. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/26902>. Acesso em 25/05/2015
- AZAMBUJA, E. P; et al É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto & Contexto**, v.19, n.4, p.658-666, 2010.
- BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J; SPIRI, W. C. A identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p. 51-60, 2008.
- BACKES, D.S; et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da Saúde**, v.35, n. 4, p.438-42, 2011.
- BARBOSA, E.F. **Ser Professor Universitário** / Instrumentos de coleta de dados em pesquisas educacionais. 2008. Disponível em [http://www.inf.ufsc.br/~verav/Ensino\\_2013\\_2/Instrumento\\_Coleta\\_Dados\\_Pesquisas\\_Educacionais.pdf](http://www.inf.ufsc.br/~verav/Ensino_2013_2/Instrumento_Coleta_Dados_Pesquisas_Educacionais.pdf). Acesso em 06/04/2016.
- BARBOSA, G.C, et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev.Bras.Enferm**, v.66, n.1, p. 123-27, 2013.
- BERNARDES, C. **Teoria geral das organizações**: os fundamentos da administração integrada. São Paulo, Atlas, 1988.
- BERTALANFFY, L.V. **Teoria geral dos sistemas**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1973.
- BEVILACQUA, A.B. O Processo de Enfermagem do Trabalho. **Portal educação**. 2014. Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/58592/o-processo-de-enfermagem-do-trabalho#ixzz3VJWQ4mu5> Acesso em 10/08/2015.
- BORNSTEIN, V. J; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p. 259-68, 2008.
- BRAGA, L. C; CARVALHO, L.R; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, supl.1, p. 185-96, 2010.
- BRASIL. **Decreto nº 3.189 de 4 de outubro de 1999**. Dispõe sobre a fixação das diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União; 04 out. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Treinamento Introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. **Portaria nº 648-GM, 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 para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 28 mar. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 28/02/2016.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006**. Dispõe sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. Brasília, v. 143, n. 193, 2006b. Seção 1, p.1-2. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111350.htm). Acesso em 15/12/2015.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 10/08/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 20/12/2016.

BRASIL. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012c. 12 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

CAZÓN, R.L; et al. Educação para saúde no trabalho. **Lecturas: EF y deportes Revista Digital [Internet]**. Buenos Aires, 2007; v12, n.112. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd112/educacao-para-saude-no-trabalho.htm>. Acesso em 11/08/2016

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L.. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Revista Pegada Eletrônica** (Online), v. 13, p. 67-82, 2012.

CIPRIANO, F.G; et al. Relação entre distúrbio de voz e trabalho em um grupo de Agentes Comunitários de Saúde. **CoDAS**, v. 25, n.6, p. 556, 2013.

CIPRIANO, F.G; FERREIRA, L. P. Queixas de voz em Agentes Comunitários de Saúde: correlação entre problemas gerais de saúde, hábitos de vida e aspectos vocais. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**; v.16, n.2, p. 132-39, 2011.

DALL'AGNOL CM, TRENCH MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enf.**, v. 20, n.1, p. 5-25, 1999.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. (org.). **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2011.

DEJOURS C. **A carga psíquica no trabalho**. Betiol MIS Centro de estudos e pesquisas do trabalho - CEPT. São Paulo: Atlas; 1994.

- \_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- \_\_\_\_\_. **A carga psíquica do trabalho.** (In) DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (org). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* São Paulo: Atlas, 2011.
- \_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.
- \_\_\_\_\_. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção,** v.14, n.3, p.27-34, 2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132004000300004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132004000300004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 24/06/2015
- \_\_\_\_\_. **Psicodinâmica do Trabalho na pós-modernidade.** In: MENDES, A.M.; LIMA, S.C.C.; FACAS, E.P. (Org.). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho.* Brasília: Paralelo 15, p. 13-26, 2007. DIAS, E.C; SILVA, T.L.; ALMEIDA, M.H.C. *Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador.* **Cad. Saúde Colet.,** v. 20, n.1, p. 15-24, 2012.
- DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com Agentes Comunitários de Saúde. **Interface: Com., Saúde, Ed.,** v. 11, n. 23, p. 439-47, 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000112&pid=S0303-7657201100010000900012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000112&pid=S0303-7657201100010000900012&lng=en). Acesso em 27/07/2016.
- ELSEN, I. **Pesquisa Convergente Assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** Prefácio. In: Trentini, M; PAIN, L; SILVA, D.M.G.V. Moriá Editora. 3ª edição. Porto alegre/RS, 2014.
- FARIA H; WERNECK. M; SANTOS, M.A. **Processo de trabalho em saúde.** Nescon/ UFMG, Coopmed. Belo Horizonte, 2ª ed. 2009. 68p.
- FERNANDES, J. D. et al. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. **Rev. Latino-Am. Enferm.** (on line), v. 14, n. 5, p. 803-811, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a24.pdf). Acesso em 20/06/2015.
- FERREIRA, C. P; et al. **Modelos de gestão.** Rio de Janeiro: FGV, 2010.
- FERREIRA, J.B. **“Perdi um jeito de sorrir que eu tinha”:** estudo sobre trabalho, sofrimento e patologias sociais do trabalho. In: MENDES, A.M.; LIMA, S.C.C.; FACAS, E.P. (Org.). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho.* Brasília: Paralelo 15, p. 93-104, 2007.
- FERREIRA, M.C; FREIRE, O.N. Carga de Trabalho e Rotatividade na Função de Frentista. **Revista de Administração Contemporânea - RAC;** v.5, n.1, p. 175-200, 2001.
- FIGUEIREDO, I. M; et al *Qualidade de vida no trabalho: percepções dos Agentes Comunitários de equipes de saúde da família.* **Rev. enferm. UERJ;** v.17, n.2, p. 262-267, 2009.
- FREIRE, |P. *À sombra desta mangueira.* São Paulo. Olho d'Água, 1995.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários a prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.
- GONDIM, G.M.M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde.** Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, p.32,2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>>. Acesso 25/01/2016.
- LACAZ, F.A.C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro; v.23, n.4, p.757-766, 2007.

LANZONI, G.M. M; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. bras. enferm**, Brasília; v. 66, n.4, 2013.

LAURELL AC, NORIEGA M. **Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec; 1989.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2003.

LERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev.Esc. Enfermagem. USP**, São Paulo; v.35, n.2, jun.2001.

LIMA, A.G; et al. Foto exposição solar e foto proteção de Agentes de saúde em município de Minas Gerais. **Rev. eletrônica enferm**; v.12, n.3, set. 2010. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/6156>. Acesso em 25/01/2016.

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

MACÊDO, K.B.; FLEURY, A.R.D. O mal estar docente para além da modernidade: uma análise psicodinâmica. **Revista Amazônica**, Amazonas; ano 5 v.9, n.2, p.217-38, 2012.

MAIA, L.D. G; SILVA, N.D; MENDES, P.H.C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde: aspectos de sua formação e prática. **Rev. bras. Saúde ocup.** , v. 36, n.123, p. 93-102, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a09v36n123.pdf>. Acesso em 15/12/2016.

MEDEIROS, S.N.; MENDES, A.M. Clínica psicodinâmica do trabalho e CRM: cooperação e relacionamento interpessoal. **R. Conex. SIPAER**, v.4, n.2, p.25-44, 2013.

MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, Método e Pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A.M; ARAUJO, L.K.R. **Clínica Psicodinâmica do Trabalho: o sujeito em ação**. Curitiba: Juruá, 2012.

MENEGUSSI, J.M; OGATA, M.N; ROSALINI, M.H.P. O Agente Comunitário de Saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab. educ. saúde**; v.12, n.1, p. 87-106, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração: uma introdução**. 19ºed. São Paulo: Pioneira, 1995.

MOTTA, F.C. P; VASCONCELOS, I.F.F.G. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo (SP): Pioneira; 2002.

NOGUEIRA, C.M. As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. **Aurora**, ano IV, n.6, p. 59-62, 2010.

OLIVEIRA, R. M. R. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do**

Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 143 p.

PAIM, L. et al. Pesquisa convergente assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.13, n.3, p.380-6, 2008.

PRAZERES, T.J.; NAVARRO, V.L. Na costura do sapato, o desmanche das operárias: estudo das condições de trabalho e saúde das pespontadeiras na indústria de calçados de Franca, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.10, p.1930-1938, 2011.

RESSEL, L. B; GUALDA, D. M. R; GONZALES, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods**. v. 1, n. 2, 2002. Disponível <<http://www.ualberta.ca/~ijqm>>. Acesso em: 06 set. 2015.

RIBEIRO, I.M; NARDI, H.C.; MACHADO, P.S. Catadoras (es) de materiais recicláveis e as possíveis articulações entre trabalho precário e relações de gênero. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.15, n.2, p.243-254, 2012.

ROCHA, P.K.; PRADO, M. L.; SILVA, D.M.G.V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v.56, n.6, p.1019-25, 2012.

ROCHA, S.R.A.; MENDES, A.M.; MORRONE, C.F. Sofrimento, distúrbios osteomusculares e depressão no contexto do trabalho: uma abordagem psicodinâmica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.12, n.2, p.379-94, 2012.

SANTOS, Í.E. R; VARGAS, M. M; REIS, F.P. Estressores laborais em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. psicol. organ. trab.;** v.14, n.3, p.324-335, 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572014000300008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300008). Acesso em 24/06/2016.

SANTOS, L.F. B; DAVID, H.M.S.L. Percepções do estresse no trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. enferm. UERJ;** v.19, n.1, p. 52-57, 2011. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a09.pdf>. Acesso em 21/01/2016.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994.

SILVA JUNIOR, M.D. et al. O enfermeiro como educador em saúde na reabilitação do paciente portador de diabetes mellitus. **R. Saúd. Corp. Ambi. e Cuid**, v. 1, n. 1, p. 156-164, 2013. Disponível em <http://rescac.com.br/rescac.2.4.1/index.php/ojs/article/view/16>. Acesso em 27/09/2016

TOLDRÁ, R.C.; et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup.** v.35, n.121, p.10-22, 2010. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Daldon2/publication/237022145-\\_SP\\_Brasil/links/5569ca7f08aecd77739fb98.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Daldon2/publication/237022145-_SP_Brasil/links/5569ca7f08aecd77739fb98.pdf). Acesso em 25/08/2012

TELLES, H; PIMENTA, A.M.C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.**, v.18, n.3, p-467-478, 2009. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29616>. Acesso em 15/10/2016

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. revisada e ampliada. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M; GONÇALVES, H.T. Pequenos grupos de convergência—um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto &Contexto Enfermagem**, v.9, n.1, p.63-

TRENTINI, M; PAIN, L; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças**. Porto Alegre: Moirá,2014.176 p.

TRIERWEILLER, A.C; et al. A estratégia operatória utilizada pelos trabalhadores e o hiato existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real. **XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2007. Disponível em [http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2007\\_tr600449\\_9724.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2007_tr600449_9724.pdf). Acesso em 23/05/2016

VASCONCELLOS, N. P. C; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa – MG. **Rev. APS**; v.11, n.1, p. 17-28, 2008.

WAI, M.F. P; CARVALHO, A.M.P. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. enferm. UERJ**; v.17, n.4, p.563-568, 2009.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO**

QUESTIONÁRIO- Número: \_\_\_\_\_

1. Sexo:

2. Idade:

3. Tempo de atuação como ACS: \_\_\_\_\_

4. De que cor se considera: ( ) Branca. ( ) Negra. ( ) Parda. ( ) Indígena.

5. Escolaridade:

( ) Ensino fundamental completo.

( ) Ensino médio incompleto.

( ) Ensino médio completo.

( ) Ensino superior incompleto.

( ) Ensino superior completo.

6. Possui outra formação?

Qual \_\_\_\_\_

7. Continua estudando? ( ) Sim. ( ) Não.

Se \_\_\_\_\_ sim, \_\_\_\_\_ qual \_\_\_\_\_ o  
curso? \_\_\_\_\_

Explique os motivos que levam você continuar estudando

\_\_\_\_\_

8. Possui filhos? ( ) Sim. ( ) Não.

Se possui filhos: Quantos? \_\_\_\_\_

Quais suas idades: \_\_\_\_\_

9. Tem companheiro? ( ) Sim ( ) Não

10. Como faz para conciliar o trabalho de ACS com as atividades na família, casa, filhos, e outros?

\_\_\_\_\_

11. Antes de trabalhar como ACS, desempenhou outra função? ( ) Sim. ( ) Não.

Se sim, qual (quais)?

\_\_\_\_\_

**AS PRÓXIMAS PERGUNTAS ESTÃO RELACIONADAS À SUA PREPARAÇÃO PARA REALIZAR O TRABALHO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

12. Ao ingressar no trabalho possuía experiências na área de atuação do Agente Comunitário de Saúde? ( ) Sim. ( ) Não.

Se sim, qual (quais)?

\_\_\_\_\_

13. Realizou CURSO INTRODUTÓRIO ao ingressar no serviço? ( ) Sim. ( ) Não.

Se sim, descreva como foi realizado, conforme itens abaixo:

Quanto **tempo depois** de começar a trabalhar?

---

Quanto **tempo durou** (dias, semanas, horas)?

---

Quais foram os **temas abordados**?

---

14. **Avalie** a forma de condução do **curso introdutório** (método de ensino utilizado)

---

15. Fale como se **sentiu** durante o curso introdutório

---

16. Fale **como e quanto** este curso o auxiliou para que começasse a desempenhar a função de ACS.

---

17. O que, em sua opinião, **poderia ter sido desenvolvido** durante o curso introdutório para facilitar o início de sua atuação como ACS.

---

18. Após o curso introdutório, considerou que estava **apto** a desempenhar as funções de Agente Comunitário de Saúde? ( ) Sim. ( ) Não.

Se não, por quê?

---

19. **Após a realização do curso introdutório**, participou de CAPACITAÇÕES que o ajudaram a desempenhar seu trabalho? ( ) Sim. ( ) Não.

20. Se sim, descreva **como foi realizada**, nos anos de 2015/2016:

Frequência:

---

Temas abordados:

---

Que **instituição/serviço** costuma realizar as capacitações.

---

Qual o profissional de saúde **que mais** participa das capacitações



---

21. Acha que as capacitações te **ajudam** no dia a dia de trabalho?

( ) Sim. ( ) Não.

22. Se sim, fale COMO ACHA QUE DEVA SER REALIZADA, conforme itens abaixo:

De quanto em quanto tempo (**frequência**)?

---

**Assuntos/temas** gostaria que fossem desenvolvidos

---

23. Registre abaixo qualquer outra observação que queira fazer

---

Obrigado ACS por ter respondido este questionário, tua participação é essencial para esta pesquisa.

**APÊNDICE B – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS**

Entrevista número:

Dia:

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO****TRABALHO PESCrito**

1. Seu trabalho está direcionado para quem (objeto)
2. Qual é o objetivo de seu trabalho (objetivo)
3. Qual é sua função (institucional)
4. Orientações/ capacitações para realizar seu trabalho:
  - Sobre como deve organizar seu trabalho
  - Quem é seu chefe imediato e como é o restante da hierarquia do serviço
  - Quais são suas obrigações
  - Quais são seus direitos.

**TRABALHO REAL**

1. Descreva em que estrutura física desenvolve seu trabalho e os materiais que utiliza no cotidiano de trabalho (meios e condições oferecidos para desenvolver seu trabalho)
2. Descreva quais os aspectos da estrutura física/materiais dificultam seu trabalho.
3. Como é a sua rotina de trabalho?
4. Descreva como é avaliado seu desempenho no trabalho
5. Como se sente em relação à estrutura social do seu trabalho:
  - divisão do trabalho
  - posições de mando e hierarquia, chefias.
  - remuneração
  - flexibilidade/rigor /possibilidade de negociação no exercício de suas funções.
6. Como percebe seu trabalho dentro da equipe de ESF (facilidades e dificuldades)
7. Quais os aspectos do seu trabalho te trazem prazer?
8. Quais os aspectos do seu trabalho te trazem sofrimento?

**APENDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE-FURG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 – Título: “A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E AS CARGAS DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM CONVERGENTE-ASSISTENCIAL”.

Prezada Trabalhador (a);

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Se concordar, você deverá assinar esse documento em duas vias; uma ficará com você, e outra com os pesquisadores.

2 – O objetivo desta pesquisa é estabelecer e implementar intervenções de enfermagem, em conjunto com os ACS, relacionadas à organização do trabalho, cargas de trabalho e a promoção da saúde desses trabalhadores. Propõe-se realizar uma pesquisa-intervenção, ou seja, conhecer a organização do trabalho e cargas de trabalho e, ao mesmo tempo, ajuda-lo a refletir sobre medidas de enfrentamento e minimização dessas cargas. O objetivo é propiciar reflexões que resultem em melhorias no trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

3 – Sua contribuição nesse estudo inclui sua autorização para que a pesquisadora realize entrevista, encontros com o grupo de ACS e responda um questionário; abordando seu cotidiano de trabalho, nos meses de setembro e outubro de 2016. As entrevistas individuais e os grupos focais serão gravados, caso você autorizar.

4 – A pesquisa não ocasionará riscos diretos à saúde dos sujeitos, contudo a temática em questão pode apresentar algum risco ligado à inquietude ou ansiedade para os participantes, ao remetê-los para a vivência do cotidiano no trabalho, durante a participação no estudo. Portanto, se ocorrer desconforto, alteração de comportamento ou sofrimento durante a o relato das vivências, os participantes do estudo serão acolhidos pela pesquisadora que fará os encaminhamentos necessários junto aos serviços públicos da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria /RS.

5 – Este estudo poderá trazer contribuições a nível individual para os sujeitos do estudo na medida em que haverá oportunidade para discussão, reflexão e diálogo nas entrevistas coletivas, e momentos de escuta e atenção na entrevista individual. Ressalta-se que as reflexões acerca das melhorias de seu ambiente laboral e minimização das cargas de trabalho

poderão melhorar suas condições de trabalho. Além disso, essa pesquisa poderá contribuir para o crescimento do conhecimento da enfermagem em relação à saúde do trabalhador e, especialmente, do Agente Comunitário de Saúde, além de refletir em melhorias na assistência e no cuidado prestado a você. Somado a isso, a divulgação dessa pesquisa poderá aumentar a visibilidade dos Agentes Comunitários de Saúde, estimulando a criação de ações em saúde que promovam melhorias de sua qualidade de vida e de trabalho.

6 – Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Sendo eles:

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lombardi Filho

E-mail: [lunardifilho@terra.com.br](mailto:lunardifilho@terra.com.br)

Pesquisadora: Denise Maria Quatrin Lopes.

Telefone para contato: (55) 96441969 (55) 32217719.

E-mail: [deniseqlopes@hotmail.com](mailto:deniseqlopes@hotmail.com)

7 – É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

8– As informações obtidas serão agrupadas de modo que não será identificado.

9 – Sua participação é isenta de despesas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10 – Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados. A divulgação no meio científico se dará por meio de artigos científicos. Os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº466/12 que trata sobre pesquisas em seres humanos.

11 – As informações serão utilizadas para execução do presente projeto, o material coletado construirá um banco de dados somente para esta pesquisa. Somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em posse da pesquisadora, em local seguro, por um período de cinco (5) anos. Após este período serão destruídas (incineradas).

Ciente e de acordo com o que foi exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do informante

\_\_\_\_\_  
Denise Maria Quatrin Lopes  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho  
Orientador

**APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E  
SEGURANÇA DOS DADOS.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título do projeto: “A organização do trabalho e as cargas de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma abordagem convergente-assistencial”.

Pesquisadora: Denise Maria Quatrin Lopes.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG/RS).

Telefone para contato: (48)32075064 (Wilson Danilo Lunardi Filho ); (55) 99641766 ( Denise Maria Quatrin Lopes), (53) 32374603 (Coordenação do Curso de Pós Graduação da FURG).

Local da coleta de dados: Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos pesquisados, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas individuais, questionários, grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da pesquisadora doutoranda Denise Maria Quatrin Lopes, em um armário particular fechado, por um período de cinco anos, no qual constituirá um banco de dados. Após esse período, o material será incinerado.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG em 05/09/2016, com o número do CAAE 58331416.1.0000. 5324.

Rio Grande,..... de .....de 2016.

---

Denise Maria Quatrin Lopes

RG: 3012841668

## APÊNDICE E – PLANO DE AÇÃO

Apesar de a pesquisa ser uma iniciativa individual, ela não pode refletir somente os valores sociais e culturais do investigador. Ao contrário, deve refletir sobre a função do pesquisador. Assim, para que seja significativa para os outros, é necessário que se relacione às teorias dos predecessores e à pesquisa dos autores contemporâneos (VIDICH; LYMAN, 2006).

Nesse sentido, Greenwood; Levin (2006) defendem a pesquisa-ação como forma de vincular a pesquisa social universitária a algumas de suas clientelas sociais fundamentais, contribuindo para uma reestruturação positiva das relações entre a sociedade e a universidade. Por esse motivo, a pesquisa-ação pode ser considerada como uma estratégia de geração de conhecimento válido, do desenvolvimento teórico e das melhorias sociais prometidas pelas ciências sociais convencionais, ligando a teoria à práxis. Assim, a pesquisa-ação concentra-se em um contexto social, uma vez que tem como objetivo a resolução de problemas da vida real e é realizada por meio da investigação co-produtiva, da interação entre o conhecimento local e o conhecimento profissional, por meio da validade/credibilidade/confiabilidade pela disposição dos colaboradores locais em agirem sobre os resultados (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) integra-se nesse contexto. Ela instiga a um comprometimento diferenciado do pesquisador com a melhoria do contexto social, com a intensão de solucionar problemas, realizar mudanças e inovações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A partir dessas considerações, enfatiza-se que a construção central desta pesquisa foi delineada a partir da assistência à saúde dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde), com a intencionalidade de realizar ação de educação em saúde integrada ao processo de coleta de dados, conforme prevê a pesquisa convergente assistencial.

Nessa perspectiva, apresenta-se o plano de ação que teve como finalidade relacionar os objetivos da pesquisa e a ação educativa desenvolvida, por meio do planejamento participativo, o qual procurou contemplar a diversidade da atuação do ACS bem como as especificidades de sua região, adequando-se à realidade.

Ressalta-se, ainda, que o plano era, por natureza, dinâmico. Por isso, poderia contemplar, permanentemente, ajustes e aprimoramentos que poderiam ser propostos por todos os que se interessavam pela qualidade do atendimento em saúde, especialmente pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, considerou-se que a seleção e a prioridade dos temas deveriam ser precedidas da análise do contexto das ações desenvolvidas pelos ACS no cotidiano laboral; da estratégia

assistencial elaborada pelo pesquisador para interferir na saúde dos ACS, da articulação dos diferentes temas, bem como dos objetivos da pesquisa.

O plano de ação foi dividido em dois capítulos. O primeiro apresenta a base conceitual que fundamentou o processo educativo. Em seguida, o segundo destaca as estratégias pedagógicas elaboradas para a realização desta pesquisa.

## CAPITULO I

Trentini (1987, p. 139) define marco conceitual como um “conjunto de definições e conceitos, inter-relacionados, com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de um modo abrangente”. A partir dessa definição, o marco-conceitual é a referência para a prática profissional, a qual permite perceber a realidade e repensá-la, atuando como mobilizador para novas ações na construção do conhecimento e de intervenção da realidade.

Explicitam-se, então, os conceitos construídos a partir do referencial de Freire (2014), que sustentaram a prática assistencial com a intenção de problematizar o cotidiano do trabalho junto aos Agentes Comunitários de Saúde, com vistas à reflexão crítica da organização do seu trabalho, o reconhecimento das cargas de afazeres presentes no cotidiano laboral e a elaboração de estratégias grupais para minimizar os efeitos das cargas sobre a saúde destes trabalhadores, conscientizando-os da importância do seu trabalho na equipe de saúde e do direito a um trabalho digno e saudável.

Inicialmente destaca-se que Paulo Freire, em sua proposta educativa, defende que um processo pedagógico baseado no diálogo educador/educando, na participação e horizontalização das relações, no compartilhamento de saberes e na construção coletiva do conhecimento. O autor avulta o respeito aos valores e às construções sociais/ culturais dos sujeitos envolvidos, considerando que a educação é um ato político de formação de cidadãos; os sujeitos envolvidos no processo educativo precisam desenvolver consciência do inacabamento dos saberes, da ética e da política. Assim, a proposta só se concretiza por meio do reconhecimento das potencialidades do outro, da horizontalidade das relações (educador/educando) e da possibilidade de formação e fortalecimento dos sujeitos. (FREIRE, 2002),

Na obra *Pedagogia da autonomia*, o autor ressalta a necessidade do respeito ao conhecimento prévio do aluno, visto que ele representa um sujeito social e histórico. Defende ainda que o educador deve buscar a "ética universal do ser humano" onde o indivíduo se assume como sujeito histórico e transformador. Assim, as práticas pedagógicas devem

construir a autonomia dos educandos, valorizando e respeitando sua cultura, seu acervo de conhecimentos empíricos junto à sua individualidade (FREIRE, 2014).

Conforme Freire é imprescindível que o educador possibilite ao educando um objetivo a ser traçado em sua busca ao conhecimento. Dessa maneira, os educandos vão adquirir qualidades críticas e serão capazes de criar. Da mesma forma, cabe ao educador, estimular os educandos a verificarem os conteúdos de suas próprias descobertas, formando-os autônomos de seus conhecimentos e disciplinados metodologicamente (FREIRE, 2014).

O método proposto por Freire pode ser dividido em etapas, não estanques, permitindo movimentos de ir e vir durante o processo. A primeira ação do método inicia com a *Investigação* (busca conjunta das palavras/temas significativos do aluno, os quais servirão de instrumentos para conduzir os debates e auxiliar na compreensão do mundo). Em segundo lugar, destaca a *Tematização* (análise dos significados sociais dos temas/palavras através de movimentos de codificação/descodificação da situação existencial). Por fim, encerra com a *Problematização* (o sujeito olha/analisa/questiona a si mesmo e a realidade em que está inserido, sendo que o desvelamento crítico permite a ação/reflexão/ação). (FREIRE, 2014).

Nesse contexto, o ato de problematizar é uma proposta no processo de ensino-aprendizagem que diz respeito à humanização, à dignidade e à cidadania e está relacionado ao pensamento de Paulo Freire, o qual se insere numa concepção crítica e dialética que permite, por meio da *práxis*, desvendar a realidade para assim transformá-la (BERBEL, 1999).

Além de detectar os problemas reais, a educação problematizadora permite a construção de soluções, mediando às relações indivíduo/sociedade e a construção de uma nova realidade grupal a partir da reflexão das causas/consequências/significados do próprio sujeito, num processo de questionamento do seu papel, desempenho e concepções (DAMASCENO; SAID, 2008).

Nesse ínterim, Silveira; et al (2005) destacam que o fazer da enfermagem, de modo consciente ou não, expressa valores, crenças, (des) conhecimentos, podendo inspirar outras ações, o que possibilita concretude à dimensão educativa. Os autores acreditam que a proposta pedagógica de Freire pode ser utilizada pelos enfermeiros na busca para superar as condições vigentes, em uma concepção mais ampla e mais progressista, enfrentando a educação como um ato político; proporcionando aos profissionais a possibilidade de desvelar a realidade e buscar melhores condições de vida, mais cidadania, com um criticismo apurado, voltado para o benefício comum.

Neste estudo, a proposta de Freire relaciona-se ao fazer da enfermagem enquanto trabalho coletivo em saúde, no estabelecimento das relações com os trabalhadores por meio de ações educativas que possuem um caráter ético e político. Assim, constitui-se como



ferramenta de trabalho, a fim de permitir o desenvolvimento de ações grupais, nas quais há possibilidade de troca de experiências entre os participantes. Permitindo, portanto, o crescimento individual e coletivo.

De acordo com as orientações de Freire, enfrentar a problematização como uma etapa do processo educativo onde o pesquisador desafia e inspira os trabalhadores (ACS) a superar a visão acrítica do seu processo de trabalho, para uma postura conscientizada. Para tanto, busca-se o desvelamento crítico que permite a tomada de consciência e o comprometimento, capacitando para intervir na realidade e mudá-la, a partir de movimentos de ação-reflexão-ação.

Compreendeu-se, então, a problematização como um ato de observar, refletir sobre o trabalho e sua posição dentro da equipe, questionando o cotidiano laboral, assumindo uma postura crítica e criativa. Acredita-se que os ACS, a partir da problematização da sua realidade laboral, podem tornar-se capaz de perceber e identificar formas de transformar sua realidade, elaborando estratégias grupais de intervenção na organização do trabalho, com vistas a torná-lo mais prazeroso e saudável.

Em oposição a essa situação, os profissionais da saúde precisam estar amparados teórica e ideologicamente para as transformações necessárias para a consolidação do SUS, cujos pilares teóricos estão consubstanciados em princípios organizativos e doutrinários. Em face disso, Perrenoud (1999) postula a importância da formação de competências, conceituando-as como a capacidade para utilizá-los, integrar ou mobilizar conhecimentos, visando à solução dos problemas do cotidiano.

Assim, a reflexão sobre as competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho dos ACS pode responder a uma demanda social dirigida para o SUS, bem como ampliação da compreensão das nuances do trabalho humanizado, que envolvem a técnica, a ética e a política.

Acrescenta-se ainda que o desenvolvimento de competências permite a visualização do “todo” em função do autodesenvolvimento de cada profissional. Dessa forma, deve-se investir nas pessoas juntamente às empresas/instituições. O processo de gestão de competências permite às organizações a transferência do patrimônio de conhecimento para as pessoas, enriquecendo-as e preparando-as para o enfrentamento das novas situações profissionais e pessoais, na organização ou fora delas (RUTHES; CUNHA, 2007). Os indivíduos, por sua vez, ao desenvolverem sua capacidade individual, transferem para a organização seu aprendizado, capacitando-a para o enfrentamento de desafios (DUTRA, 2004).

Campos (2010, p. 2340) postula que, no trabalho em saúde, além da técnica (saber acumulado previamente), é necessária uma reflexão sobre a singularidade do contexto da ação, levando em conta os sujeitos envolvidos, valores, significados, condições históricas. A adaptação do “saber tecnológico ao contexto singular” entram em conflito com o avanço da ideologia generalista acerca dos processos de gestão na área da saúde, responsável pela ampliação da tensão entre a organização de trabalho e o desenvolvimento da capacidade de ação dos trabalhadores da saúde.

Assim, a mudança de modelo de gestão do SUS impõe a necessidade de transformação do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras. Nesse sentido, a educação permanente deve ser enfrentada como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2011). Para tanto, é necessário

“... embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa)”. (BRASIL, 2011).

## CAPÍTULO II

O objetivo geral desta pesquisa é o de estabelecer e implementar ações de enfermagem, em conjunto com os ACS, relacionadas à organização do trabalho, às cargas de trabalho e à promoção da saúde desses trabalhadores. Tendo como objetivo específico conhecer as interfaces do trabalho com a saúde dos Agentes Comunitários de Saúde, relacionando-os à organização do trabalho e às cargas de trabalho, a partir da teoria da Psicodinâmica do Trabalho. Por se tratar de uma pesquisa convergente assistencial, relacionaram-se os objetivos da pesquisa aos instrumentos de coleta de dados, indicando a convergência entre a pesquisa e assistência de enfermagem à saúde do trabalhador.

A partir disso, elegeu-se a educação em saúde como estratégia assistencial. Para organizar as atividades desenvolvidas durante a pesquisa, elaborou-se um plano de ação, contemplando os espaços de convergência entre pesquisa e assistência de enfermagem à saúde do trabalhador.

Para uma organização satisfatória e coerente do estudo, inicialmente, elaborou-se um quadro para cada objetivo da pesquisa, relacionando os objetivos aos instrumentos de coleta

de dados e da ação assistencial. Assim, a intencionalidade pedagógica/assistencial foi construída da seguinte forma:

- **Objetivo 1:** Identificar o processo de preparação para o trabalho do ACS.

**Instrumento de coleta de dados:** Questionário.

**Ação assistencial:** Reflexão crítica sobre a formação.

**Dinâmicas:** O questionário foi elaborado para caracterizar sócio- demograficamente o ACS, fazendo um resgate histórico sobre a formação inicial e educação continuada.

**Resultados esperados:** Ao responder o questionário, que investiga o processo de formação para o trabalho, os ACS irão refletir sobre a inserção no trabalho, indicando as possíveis lacunas de conhecimento e permitindo o encaminhamento das demandas para o setor de educação continuada. Esta pode ser utilizada no planejamento de ações. Acredita-se que a reflexão realizada pelos ACS servirá de motivação para um movimento de mudanças na prática profissional, interferindo também na dinâmica prazer/sofrimento no trabalho.

- **Objetivo 2:** Identificar a percepção dos ACS acerca da organização do seu processo de trabalho.

**Instrumento de coleta de dados:** Entrevista, Grupo focal e Grupo de Convergência.

**Ação assistencial:** A realização das entrevistas permite momento terapêutico de escuta qualificada, acolhendo os ACS, sensibilizando-os para as próximas etapas da pesquisa. Durante a realização dos grupos focais, os ACS foram convidados a refletir criticamente sobre os aspectos da organização do trabalho que interferem no prazer/sofrimento no trabalho. Sensibilizando-o para a necessidade de humanização das relações interpessoais, bem como o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e políticas. Como forma de instrumentalizar os ACS para mudanças, optou-se por refletir sobre o pensamento estratégico e sua importância durante a elaboração de estratégias de intervenção para tornar o trabalho mais saudável e prazeroso.

**Dinâmicas:** Os resultados das entrevistas foram apresentados no *PowerPoint*, servindo de base para a reflexão crítica no primeiro encontro de grupo focal. Para refletir sobre a temática da humanização no trabalho e o desenvolvimento de competências, utilizou-se a técnica do jornal (descrita a seguir). Para desenvolver o pensamento estratégico, foi utilizado o teatro mudo (descrito a seguir).

**Resultados esperados:** Identificação do trabalho prescrito/trabalho real e as fontes de prazer/sofrimento. Durante os grupos focais, os ACS irão refletir sobre as competências necessárias para o desenvolvimento de competências para um trabalho humanizado. A partir

disso, serão estimulados a elaborar estratégias grupais de intervenção, usando o pensamento estratégico, a fim de intervir na organização do trabalho, com vistas a minimizar o sofrimento.

- **Objetivo 3:** Conhecer a percepção dos ACS acerca das cargas de trabalho presentes na sua dinâmica laboral.

**Instrumento de coleta de dados:** Grupo Focal, Grupo de Convergência.

**Ação assistencial:** A identificação e a reflexão sobre as cargas existentes no trabalho é o primeiro passo para a conscientização e mobilização do grupo para intervenções de mudança no processo de trabalho com vistas à elaboração de estratégias que visem à minimizá-las.

**Dinâmicas:** Apresentação no *PowerPoint*. Conceito das cargas de trabalho. Discussão em grupos. Elaboração de cartazes. Apresentação e reflexão crítica. Síntese e utilização do instrumento “roda do trabalho”

**Resultados esperados:** Os ACS serão capazes de identificar e refletir sobre as cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral. A graduação da intensidade das cargas permitirá o apontamento daquelas que produzem maior sofrimento no grupo. Isso estimulará a elaboração de estratégias grupais de intervenção.

## DESCRIÇÃO DAS DINÂMICAS

### 1- APRESENTAÇÃO

Os ACS, bem como os observadores, a pedagoga e a pesquisadora serão agrupados em duplas por afinidade. Eles terão aproximadamente cinco (5) minutos para conversarem. A partir dessa interação, um apresenta o outro.

Intencionalidade: relação de alteridade, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do outro na relação interpessoal. A partir dessa situação, gerar conflito como eu me vejo e como o outro me vê.

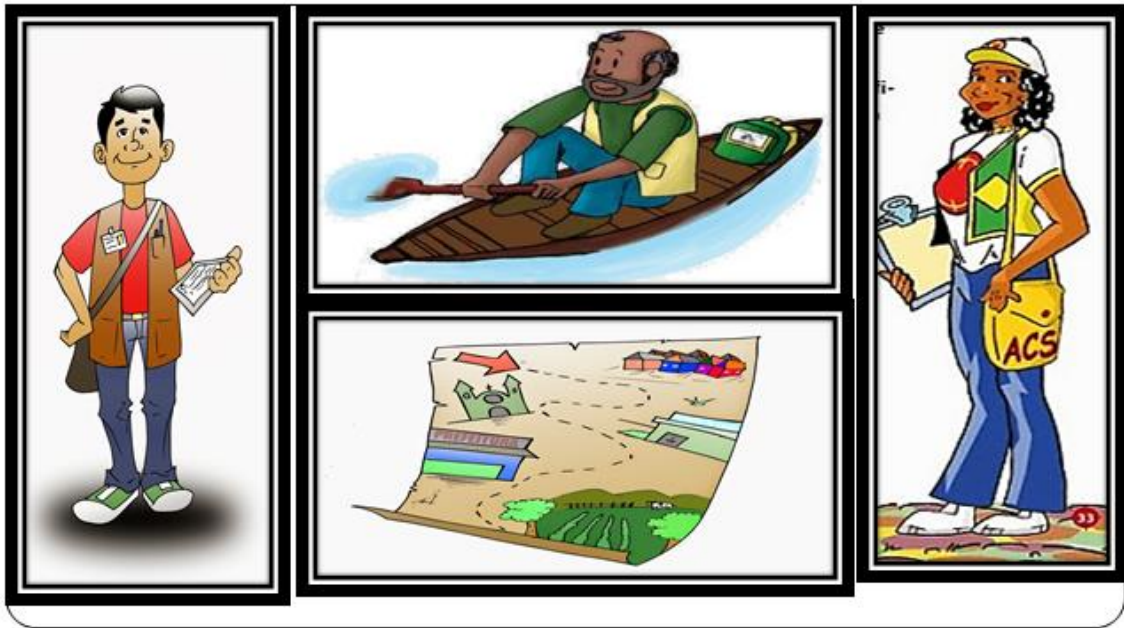
### 2- CARGAS DE TRABALHO

Apresentação do conceito de cargas de trabalho. Para tanto, o pesquisador criou o *PowerPoint* a seguir.



**Cargas Físicas: relação entre o trabalho e o corpo físico do trabalhador**

- Biológico: esforço físico
- Fenômenos da natureza
- Estrutura física do local de trabalho( UBS, território), saneamento, animais domésticos, higiene.
- Caráter epidemiológico da comunidade(doenças transmissíveis)



### Cargas Cognitivas: utilização do conhecimento para a realização do trabalho

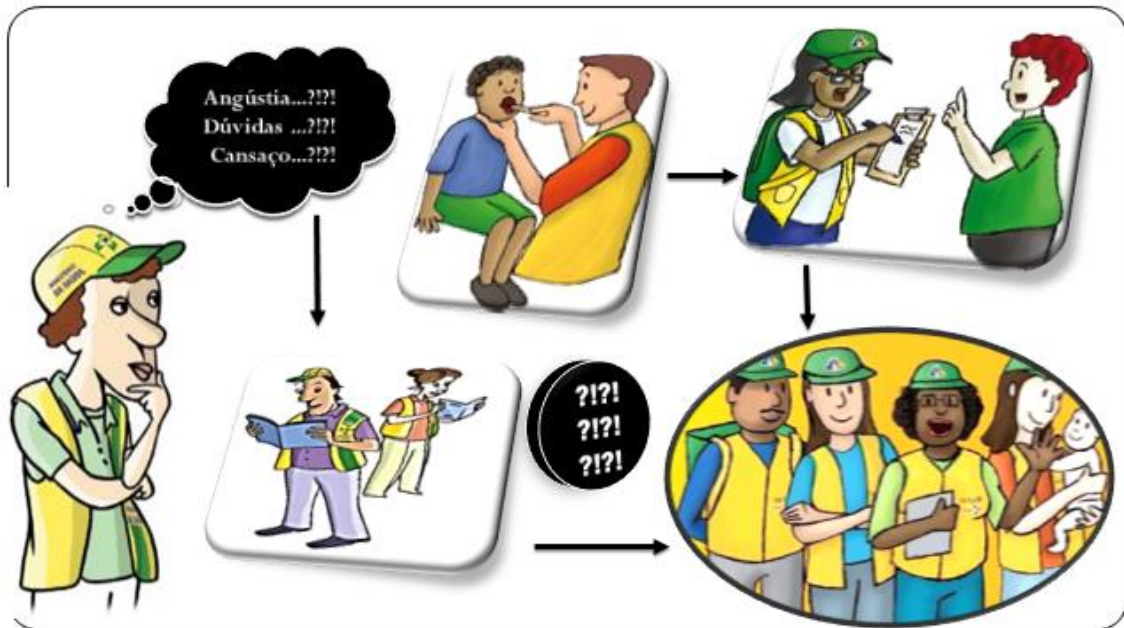
- Conhecimento adquirido: experiências, a fundamentação teórica, a qualificação e a capacitação para o desenvolvimento do trabalho.
- Memória: banco de conhecimentos
- Carga cognitiva é utilização deste banco de conhecimentos e a constante readaptação durante o processo de trabalho( tudo o que o ACS tem que memorizar para poder trabalhar).
- ❖ **Da função específica do ACS**( prevenção e promoção da saúde, acompanhamento das famílias)
- ❖ **Da função de elo** entre a equipe e a comunidade e o serviço de saúde como um todo
- ❖ **Dos encaminhamentos** diante dos problemas gerais da comunidade.



## Cargas Psíquicas: relação entre trabalho e a energia psíquica

- Experiências psíquicas
- Emoções, sentimentos

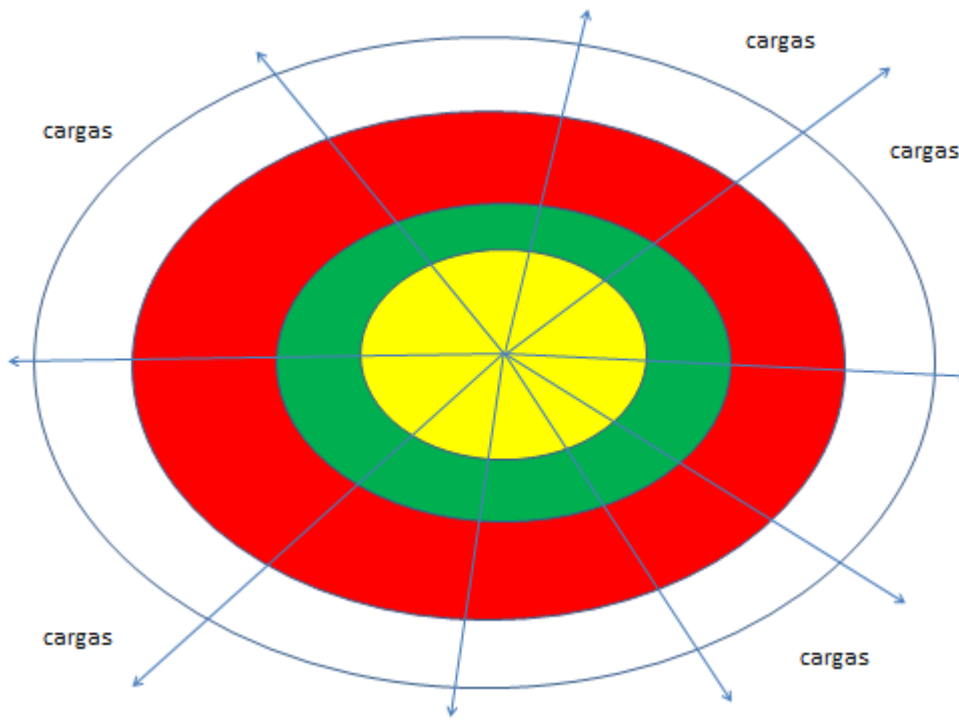




A partir dos resultados apresentados pelo grupo, o pesquisador realizará uma síntese das cargas. Será criado um instrumento intitulado “roda do trabalho” (figura abaixo) onde os ACS serão convidados a pontuar a intensidade de cada carga, indicando quais são percebidas com maior intensidade, orientando a sequência de elaboração das estratégias coletivas. A pesquisadora confeccionará a roda em isopor, colará em um papel pardo onde serão nomeadas as cargas (síntese) que será apresentado para que os ACS identifiquem a intensidade da cada carga com um alfinete sinalizador. A cor amarela corresponderá a uma intensidade de 0-3(leve); a cor verde de 3-6 (moderada); a cor vermelha de 6-9 (alta), e a cor branca 10(extrema).

Modelo da roda do trabalho





\*Instrumento criado pela pesquisadora para investigar a intensidade referida das Cargas de trabalho.

### 3- LIMITES, VALORES E COMPETÊNCIAS: ÉTICA, TÉCNICA E POLITICA.

Dinâmica música e jornal desafio

Execução:

- Dividir o grupo em duplas;
- entregar uma folha de jornal para cada dupla;
- informar sobre as regras de participação;
- sonorizar esta dinâmica.

Os participantes devem posicionar-se sob a folha de jornal (cada dupla), ao tocar a música devem dançar sem sair do espaço limitado (jornal). Quando a música parar, serão desafiados a dobrar uma parte do jornal somente com os pés e assim sucessivamente.

Será considerado vencedor, a dupla que conseguir ficar com a menor dobra sem ter saído do seu limite.

Após a realização do desafio, serão realizados os seguintes questionamentos:

- Como se sentiram ao serem desafiados?
- Quais as estratégias usadas para atingir o objetivo?
- Como reagiram diante dos problemas que surgiram?
- De que maneira reconhecem a dupla vencedora?
- O que se pode observar com esta dinâmica relacionada ao cotidiano de trabalho?

Após a manifestação de todos os participantes, eles irão ressaltar palavras, sentimentos, dificuldades e estratégias usadas para despertar atitudes no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, principalmente, com a intenção de verificar, na prática, sentimentos de prazer e de sofrimento do seu cotidiano, onde pode-se verificar

- Os valores fraternidade, respeito, cooperação, afeto como essenciais para o desempenho profissional;
- Os limites da atuação profissional; verificando sua existência, podendo ser questionado, reivindicado, porém jamais deixado de ser observado;
- Ética; como possibilidade de realizar uma tarefa de acordo com as opções escolhidas, sem nunca perder o senso de responsabilidade e lealdade;
- Técnica; a responsabilidade do ACS de habilitar-se através do conhecimento fundamentado (científico).
- Política; na defesa dos ideais, demonstrando respeito às posições adversas, estabelecendo relações de cordialidade e de compreensão quanto às diferenças.

#### META ATINGIDA

Se o grupo compreender que o conceito de profissional COMPETENTE não é mais aquele que tem somente o domínio técnico da sua área de atuação, mas aquele que percebe as situações as quais se apresentam de forma mais abrangente, considerando os valores, a ética e a política como forma de buscar sua própria competência profissional, esse profissional, com certeza, é competente na área que atua.

#### 4-PENSAMENTO ESTRATÉGICO

Situação-Problema: um caçador tem objetivo de sobrevivência. Ele precisa de uma caça. Sabe que atrás de uma moita sobrevoam pássaros. Posiciona-se com vasta munição e atira sem parar. Ao final, verifica que usou praticamente todo o seu armamento, onde restou apenas uma “bala” e que, infelizmente, não conseguiu atingir seu objetivo de sobrevivência.

O caçador se questiona: o que fazer? Precisava pensar de que maneira poderia surpreender a caça com apenas uma bala.

Decide, então, posicionar-se atrás da moita por várias horas com a intenção de OBSERVAR e se indagar: como os pássaros se organizavam para os voos? Quantas vezes por dia isto acontecia? Para que lados se dirigiam? Quando retornavam?

Após ter certeza dessas ações, partiu para seu objetivo EM BUSCA DA META. No dia em que se sentiu seguro, após farta observação, posicionou-se e, no momento exato, disparou sua única bala e venceu.

A partir dessa situação-problema, convida-se um grupo para dramatizar a história através de um teatro mudo. Após a apresentação, o grande grupo é estimulado a analisar e a comentar sobre o apresentado.

Em seguida, o grupo deve refletir sobre o agir por impulso, usando as verdades, sem observar o cenário, sem conhecer e medir as consequências, os efeitos da ação. Nesse contexto, indaga-se: que tipo de estratégias os ACS vêm utilizando no cotidiano de trabalho? Será que estou agindo como o caçador e atirando para todos os lados sem atingir minha (s) meta (s)?

Reflete-se, então, sobre o pensamento estratégico como ferramenta para atingir os objetivos no trabalho e minimizar os conflitos.

## REFERÊNCIAS

BERBEL, N.A.N. **A metodologia da problematização e os ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita.** In: Berbel, N.A. N, organizadora. Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina (PR): UEL; p. 1-27, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 10/12/2016

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência e saúde coletiva**; v. 15, n. 5, p. 2337-44, 2010.

DAMASCENO, A.M; SAID, F.A. O método problematizador no cuidado educativo com mulheres no preparo ao parto. **Cogitare enferm**; v.13, n.2, p.173-83,2008

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens.** Tradução de Sandra Regina Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUTRA, J.S. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna.** São Paulo: Atlas; 2004.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade.** 26ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia.** 49ª. Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2014.

GREENWOOD. D; LEVIN, M. Reconstruindo as relações entre as universidades e a sociedade por meio da pesquisa ação. In: DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed; p. 91-113, 2006.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

RUTHES, R.M; CUNHA, I.C.K.O. Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competência. **Rev. Gaúcha Enferm**; v. 28, n.4, p. 570-5, 2007.

SILVEIRA, R. S; et al. Conceitualizando a prática da enfermagem a partir de Paulo Freire. **Ciência, Cuidado e Saúde**; v. 4, p. 156-162, 2005.

TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Rev. Esc. Enf. São Paulo**; v. 21, n. 2, p. 135-143, 1987.

TRENTINI, M; PAIN, L; SILVA, D.M.G.V. **PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL: Delineamento provocador de mudanças**. Porto Alegre: Moirá; 176p, 2014.

VIDICH, A. J; LYMAN, S. M. Métodos qualitativos: sua história na sociologia e na antropologia. In: DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 49-90, 2006,

## APÊNDICE F – DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS DE GRUPO FOCAL E DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA.

### 1. ENCONTROS DE GRUPO FOCAL

- **PRIMEIRO ENCONTRO:** o primeiro contato do Grupo Focal foi efetivado na sala do NEPES, no período da manhã. Foi realizada uma breve explanação pelo representante do NEPES, explicando que se tratava de uma pesquisa autorizada pela Prefeitura Municipal de Santa Maria, através do NEPES, na área de saúde do trabalhador. Ele destacou também que se referia a uma antiga reivindicação dos ACS. Apresentou a pesquisadora e colocou-se à disposição dos ACS para qualquer dúvida e/ou esclarecimentos. Em seguida, a pesquisadora apresentou-se e explicou brevemente sobre a Psicodinâmica do Trabalho, sobre os aspectos éticos da pesquisa, sobre o sigilo e sobre a liberdade dos participantes, em qualquer momento. Leu o termo de consentimento livre esclarecido, elucidou que os encontros teriam de ser gravados para depois serem transcritos. Forneceu, então, duas vias para cada participante. Os ACS leram, assinaram e devolveram uma via à pesquisadora. A partir disso, foi realizada a apresentação e se formaram duplas por afinidade. Todos os participantes, inclusive a equipe de pesquisa, conversaram por cinco minutos e apresentaram seu parceiro para o grande grupo. Iniciou-se com a temática Organização do Trabalho, a partir da síntese elaborada pela pesquisadora das entrevistas realizadas previamente. A pesquisadora foi apresentando *Power point* contendo os relatos dos diversos aspectos da organização do trabalho, instigando à discussão de cada ponto apresentado. Ela instigou aos participantes a analisarem criticamente o processo de trabalho, refletindo sobre a influência da organização no prazer/sofrimento no trabalho.

- **SEGUNDO ENCONTRO:** o segundo encontro foi realizado na sala do NEPES, no período da tarde. Inicialmente, a pesquisadora conceituou as cargas de trabalho, utilizando *PowerPoint* explicativo sobre as cargas físicas, cognitivas e psíquicas. Os participantes foram divididos em dois grupos para discutir e relacionar as cargas existentes no seu cotidiano laboral. A pesquisadora deixou disponíveis os slides para consulta, se necessário. Ao término, cada grupo socializou seus entendimentos e refletiu-se sobre eles. A pesquisadora, após o encontro, realizou a síntese colocando-as na roda do trabalho (instrumento elaborado e confeccionado para medir a percepção da intensidade das cargas).

- **TERCEIRO ENCONTRO:** foi realizado na sala do NEPES, no período da manhã. Em primeiro lugar, explicou-se a roda da vida e a pontuação das cores. A cor amarela indicava um escore de 0-3 (carga leve); a cor verde de 3-6 (carga moderada); a cor vermelha

de 6-9 (carga alta) e a branca representava o escore 10, indicando carga extrema. A partir disso, solicitou-se aos ACS que indicassem, com alfinetes coloridos, sua percepção da intensidade de cada carga levantada no encontro anterior. Os resultados estão apresentados nas fotos a seguir.

Foto 1 – Cargas Físicas

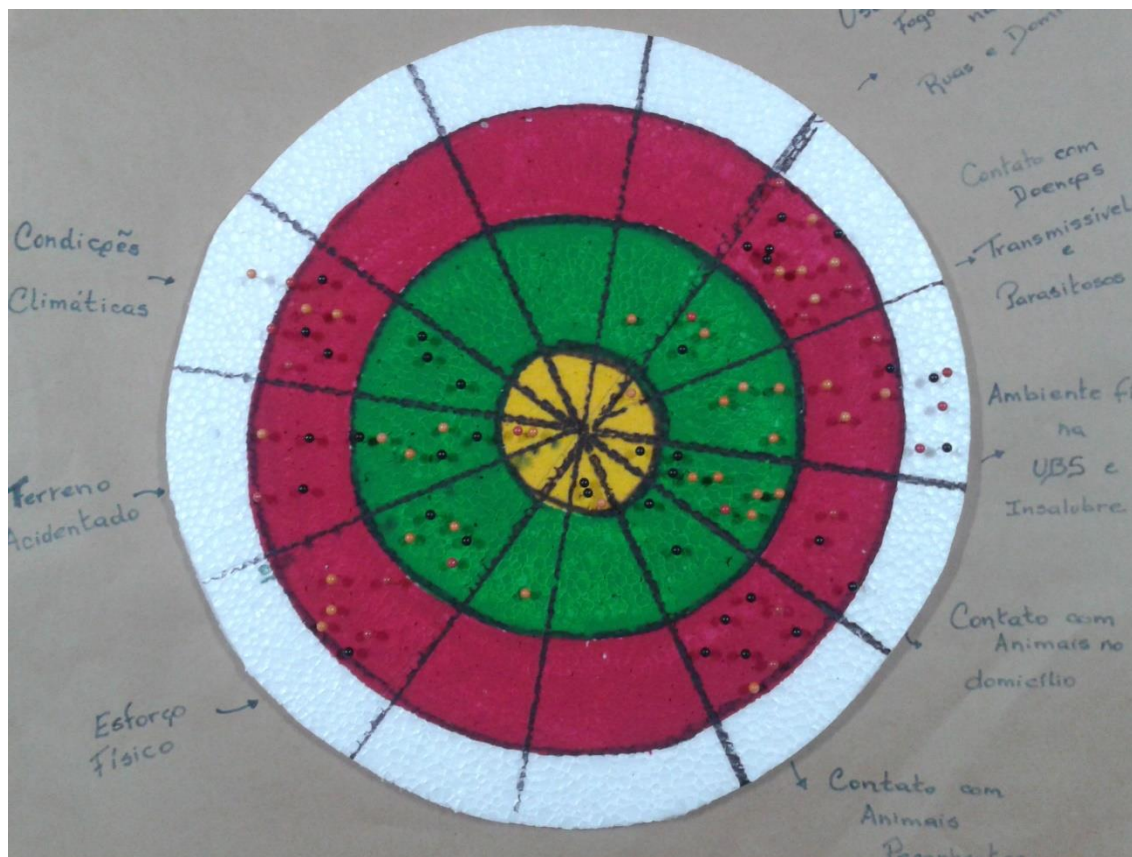
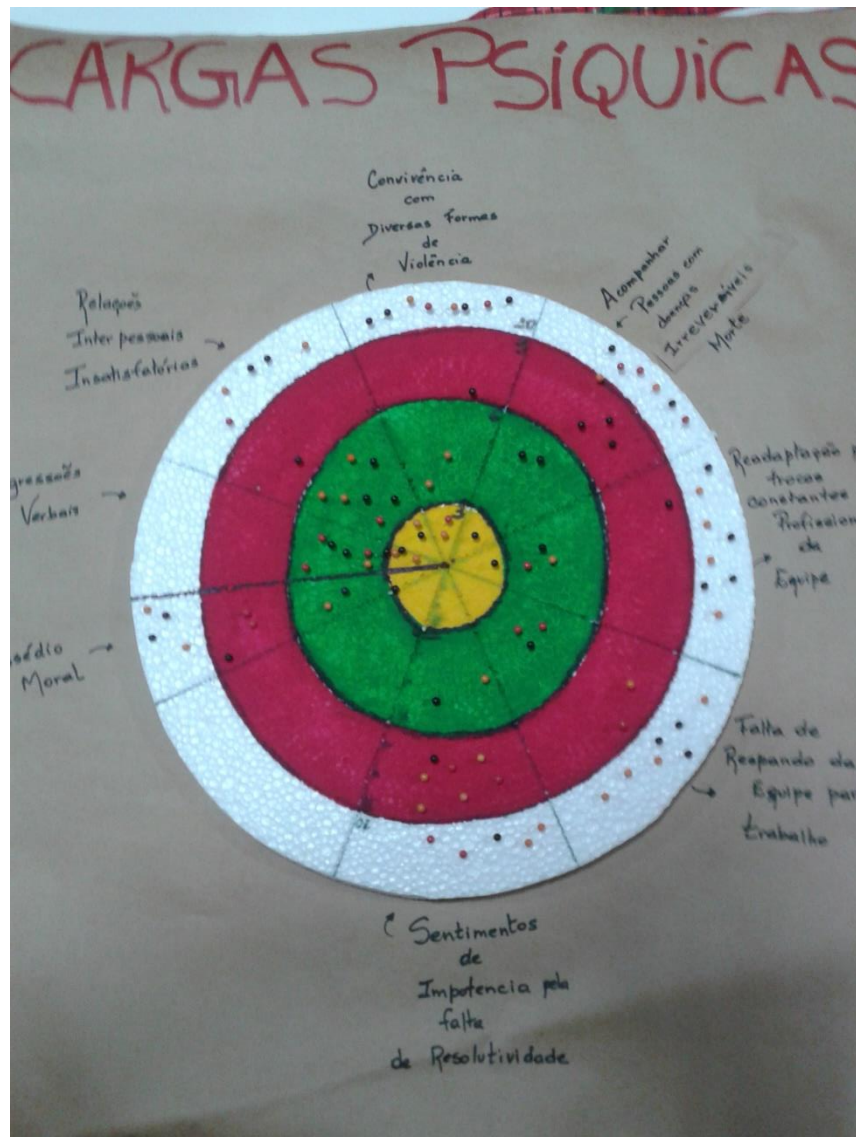


Foto 2 – Cargas cognitivas





Foto 3 – Cargas psíquicas



Para discutir sobre os valores e as competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho humanizado, os ACS foram convidados a enfrentar um desafio. Formaram-se duplas, as quais tinham a missão de dançar em cima de uma folha de jornal. Cada vez que a música parava, tinham que fazer uma dobra no jornal com os pés e assim sucessivamente, permanecendo nos limites do jornal. Os ACS participaram ativamente do desafio, divertiram-se, dançaram, encontraram formas criativas de se manterem nos limites estabelecidos. Depois do descanso, reuniram-se novamente em círculo para refletir sobre os sentimentos vivenciados. Alguns relataram que se sentiram limitados e até não se sentiram bem inicialmente. No entanto, conforme as dificuldades foram aparecendo, eles foram construindo formas de se manterem no jogo, explicando que, para isso, foi necessário contar com o colega, confiar nele, combinar novas estratégias. A pesquisadora instigou a reflexão sobre como essa experiência poderia ser transportada para o cotidiano do trabalho, ressaltando a importância do trabalho coletivo e a necessidade de criar novas formas de realizar a labuta como forma de



atingir os objetivos. Enfatizou valores como o respeito, a cooperação, a solidariedade e o afeto como essenciais para o desempenho profissional bem como a realização pessoal. Além disso, destacou que os ACS têm uma função específica e importante, exigindo o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e políticas. Os ACS refletiram criticamente sobre cada uma delas, associando-as ao seu cotidiano laboral. Para encerrar, o pesquisador sintetizou a reflexão, destacando que o profissional competente, em qualquer ramo de atuação, é aquele que possui um domínio técnico aliado a uma percepção das situações cotidianas de forma abrangente, levando em conta os valores humanos, a ética e a política.

- **QUARTO ENCONTRO:** realizado na sala do NEPES, no período da tarde, com a intenção de refletir sobre o pensamento estratégico. O pesquisador, em um primeiro momento, convidou o grupo para realizar uma dramatização. Cinco ACS se prontificaram para serem os atores. Ensaíram o teatro mudo da história do caçador. O teatro foi apresentado para o grande grupo. Após a apresentação, comentaram sobre o apresentado, destacando que, enquanto o caçador atirava para todos os lados, não conseguia abater a pomba para matar sua fome. Como lhe sobrara somente uma bala, ele observou, planejou e com um único tiro conseguiu seu objetivo. A partir disso, o pesquisador instigou a discussão sobre como, às vezes, agimos como o caçador de modo impulsivo, atirando para todos os lados sem pensar que, desta forma, não conseguiremos atingir nossas metas. Portanto, chegou-se à conclusão de que o pensamento estratégico é fundamental como ferramenta para atingir os objetivos no trabalho dos ACS e minimizar os conflitos, instigando as seguintes reflexões: que tipo de estratégias vem utilizando no cotidiano de meu trabalho? Será que estou agindo por impulso, sem observar as situações que se apresentam, usando somente minhas convicções, sem conhecer e medir as consequências?

A pesquisadora, assim, propôs a continuidade dos encontros. Os participantes aderiram à proposta e sugeriram que os encontros fossem em suas comunidades. Desse modo, formaram-se dois grupos. O G1 foi formado por seis ACS, integrantes de uma equipe de ESF, lotados em uma UBS de referência. O G2 foi composto por oito ACS, integrantes de duas equipes de ESF, lotados em uma UBS de referência localizada em outra região do município. Os ACS contribuíram de maneira positiva no estabelecimento do cronograma, providenciando um local para a realização dos encontros.

A partir disso, os encontros de grupo de convergências foram realizados em local da comunidade, tendo como intencionalidade geral a construção de estratégias coletivas para diminuir o sofrimento no trabalho. Diante dessa realidade, a pesquisadora, a partir das cargas

elencadas pelos ACS, que apontavam para o sofrimento laboral, planejou a realização de seis encontros para cada grupo, que estão descritos a seguir.

## **2. ENCONTROS DE GRUPO DE CONVERGÊNCIA**

### **2.1. ENCONTROS DO GRUPO 1**

#### **-Primeiro encontro G1**

O pesquisador, primeiramente, reiterou a garantia do anonimato e do sigilo durante os encontros, pactuando com os ACS que tudo o que fosse discutido durante a realização dos encontros não poderia ser comentado. Participaram do evento todos os ACS do grupo, o local era confortável e os ACS já tinham organizado as cadeiras, bem como providenciaram chimarrão e lanche. Inicialmente, a pesquisadora sugeriu para o debate a carga “falta de resolutividade do serviço”. Os ACS relataram que consideraram o trabalho não resolutivo. devido às dificuldades de marcação de consultas de especialistas, a dificuldade da UBS de comunicar-se com os usuários e o constrangimento que enfrentam ao entregar estes encaminhamentos, principalmente, fora da sua micro área. Os ACS consideram que a UBS é desorganizada, relatando que levam receitas para serem renovadas (inclusive de medicamentos controlados) e os funcionários perdem. Muitas vezes, ela vem incompleta (sem carimbo, sem assinatura do médico) e até com troca de medicamentos. Relatam também dificuldades no encaminhamento das necessidades dos comunitários (como visitas domiciliares com enfermeiros/médicos), e as relações conflituosas estabelecidas com a equipe de ESF. Alegam que, quando participavam da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), tinham um bom vínculo com a enfermeira da equipe, considerando-a uma parceira para todas as horas. A partir da criação da ESF, veio uma nova enfermeira. Ela abordava os pacientes de uma forma diferente das demais enfermeiras, levando-os a criticar seu trabalho e a estabelecer constantes conflitos. Outra reclamação referia-se à falta de sala na UBS para os ACS, relatando que compartilhavam a sala de triagem. Essa situação dificultava a digitação e causava constrangimentos tanto para os ACS quanto para os usuários. A pesquisadora, durante os relatos, foi questionando sobre o que estava levando a realizar determinadas ações as quais não são de sua competência, sobre como vinham avaliando as necessidades da comunidade, as implicações legais de suas ações, estimulando o debate e a reflexão. Na avaliação do encontro, constatou-se que, além dos desvios na função do ACS, as relações interpessoais com a equipe estavam em constante conflito. Para tanto, planejou-se que, no próximo encontro, o tema seria a empatia.

#### **-Segundo encontro G1**

Iniciamos o encontro discutindo sobre a empatia, destacando a necessidade de colocar-se no lugar do outro. Foram lembradas as dificuldades as quais tiveram ao ingressar no serviço e a necessidade do ser humano de ser aceito no grupo. Ainda foi enfatizado que cada pessoa reage de uma forma diferente frente às dificuldades e a importância do desenvolvimento de relações humanizadas no cotidiano laboral. Diante disso, verificou-se que os ACS ficaram sensibilizados, concordando que não acolheram de forma satisfatória a enfermeira e que isso impediu a construção de um bom relacionamento. Os ACS seguiram discutindo acerca das dificuldades encontradas na realização do trabalho, atribuindo-as, principalmente, aos outros componentes da equipe. Eles destacaram também o sofrimento causado pela convivência com portadores de doenças graves e morte de usuários. A pesquisadora percebeu que os ACS tinham uma grande necessidade de expor seu sofrimento, por outro lado, era necessário que o grupo evoluísse no sentido de superar esses conflitos por meio da construção coletiva de estratégias. Os ACS relataram que as últimas férias de verão foram suspensas, devido à campanha contra a dengue, onde foram convocados para trabalhar em outras áreas do município, o que não trouxe resultados efetivos e, por outro lado, prejudicou o atendimento da sua micro área. Percebeu-se, então, que era o momento de praticar o pensamento estratégico e experienciar a elaboração de uma estratégia coletiva. Nesse sentido, a pesquisadora utilizou a problematização, a fim de conduzir a reflexão sobre a responsabilidade dos ACS na prevenção da dengue, estimulando a elaboração do consenso do grupo sobre como deveriam realizar sua função. A partir do consenso do grupo, elaboraram a estratégia de tratar do assunto na próxima reunião de equipe com a solicitação de férias no período de verão, sintetizando as justificativas e combinando quem seria porta voz do grupo. Sobre a sala, surgiu a ideia de usar um espaço desocupado na UBS, que, apesar de pequeno, atendia perfeitamente às suas necessidades, bastando passar o cabo da internet de uma sala para outra. A partir desse encontro, o pesquisador planejou que, no próximo encontro, abordaria as relações interpessoais, a autovalorização e o sofrimento (luto).

### **-Terceiro encontro G1**

Os ACS relataram que a estratégia construída foi efetivada, que todas as ações saíram conforme o planejado, sendo que a enfermeira da unidade se comprometeu de encaminhar o pedido de férias. Foi aceita a sugestão de troca de sala e a enfermeira ficou de providenciar a instalação da internet.

A dinâmica proposta foi denominada “tirar o chapéu”. Nessa dinâmica cada membro do grupo recebia o chapéu (com espelho no fundo) e deveria dizer se tiraria o chapéu para a pessoa e qual o motivo da resposta. Os ACS ficaram surpresos, mas todos tiraram o chapéu,

destacando que não imaginavam ter que falar sobre si. A pesquisadora observou que muitos apresentaram dificuldades em perceberem-se como capazes, no entanto, destacaram que são pessoas as quais conseguiram superar vários obstáculos na vida pessoal e profissional, lutando para conseguir seus objetivos e considerando-se importantes para as famílias as quais os valorizam pessoal e profissionalmente.

Os ACS relataram que foi maravilhoso conseguir falar sobre si e destacaram a importância de verificar suas qualidades e seus defeitos. Ademais, destacaram que não tiraram o chapéu pelo fato de terem dificuldade de separar o horário do trabalho com a vida pessoal, assumindo que este seria um objetivo a ser trabalhado individualmente a fim de melhorar sua qualidade de vida.

A partir disso, tratou-se sobre a demanda percebida no encontro anterior, refletindo sobre o processo de elaboração do luto. Os ACS trouxeram as suas experiências profissionais e pessoais. Muitas choraram. Por meio dessa experiência, refletiu-se que a elaboração do luto depende de vários fatores como: o momento de vida do enlutado, a cultura, a religião, entre outros motivos. Enfatizou-se que, em algumas convenções sociais, estabelecem determinadas condutas que não são necessariamente o melhor para aquela pessoa, naquele momento. Isso vale também para os ACS, que, embora não estejam vivenciando o luto diretamente, destinam o seu tempo para compreender e reagir no sentido de dar assistência às famílias. Por outro lado, destacou-se que não existem fórmulas prontas, e que os ACS podem ajudar os familiares somente através da escuta. Forneceu-se para os ACS, impresso, na íntegra, o texto “A dor da perda: lidar com pessoas em luto”, escrito por André Viegas, disponível em <http://oficinadepsicologia.blogs.sapo.pt/162068.html>.

<http://oficinadepsicologia.blogs.sapo.pt/162068.html/oficinadepsicologia.blogs.sapo.pt/162068.html>, que, de maneira simples e objetiva, aborda assuntos como **enfrentar a perda como algo real, vivenciar a dor do desconsolo/sufrimento, ajustar-se à vida sem a pessoa e aceitar a perda.**

#### **-Quarto encontro G1**

Inicialmente, a pesquisadora solicitou que os ACS apresentassem uma dramatização do trabalho elaborado na visita domiciliar. Eles dramatizaram uma visita envolvendo uma família em situação de risco social, o pai alcoolizado e sem trabalho; uma criança apática, que permanecia todo o tempo deitada; uma filha adolescente grávida, demonstrando falta de interesse pelos estudos e demonstrando querer ir morar com o namorado. A mãe toda vez que os ACS tentavam conversar para realizar alguma orientação, dissimulava e dizia “xô, cachorro!”. Para completar o cenário, uma vizinha fazia denúncias em relação à situação

dessa família, exigindo providências dos ACS. Apesar desse cenário caótico, a dramatização promoveu momentos de descontração e reflexão aos agentes.

Com o objetivo de estudar as funções dos ACS, dividiram-se os ACS em dois grupos. Para isso, forneceu-se um material impresso contendo a lei nº 11.350, portaria nº 648-GM, Anexo I. Voltando ao grande grupo, passou-se a discutir sobre cada item dos documentos, com destaque para o item VII da portaria que trata do acompanhamento de **todas** as famílias e indivíduos. A reflexão foi pautada sobre se deviam ou não considerar as prioridades no atendimento, alegando que estavam sobrecarregadas e não conseguiam tempo para realizar as visitas domiciliares. O pesquisador lembrou os relatos anteriores, problematizando sobre a realização de atividades que não são de sua competência, que geram conflitos e sofrimentos, destacando que todos os membros da equipe têm limites profissionais. Outra parte da portaria, que o pesquisador estimulou à reflexão, foi sobre as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, que, na ESF, é considerada a função mais importante dos ACS. O grupo concordou. Refletiu-se ainda sobre a importância da busca do prazer no trabalho. Para que o grupo evoluísse na construção de estratégias, planejou-se uma dinâmica para que os ACS elaborassem um plano de trabalho o qual contemplasse ações para melhorar o trabalho e diminuir o sofrimento.

### **-Quinto encontro G1**

Uma das participantes relatou com alegria, que por solicitação de comunitários, criou um grupo de educação em saúde para adolescentes, destacando a participação dos comunitários, bem como seus sentimentos de valorização e de prazer que esta atividade está lhe proporcionando. Dando continuidade, a pesquisadora utilizou o momento eleitoral e propôs para os ACS a elaboração de um plano de ação (observando as atribuições que haviam discutido no encontro anterior, constando as estratégias as quais consideraram ideais para o desenvolvimento do trabalho). Destinou-se inclusive um tempo para que elaborassem a proposta individualmente. A partir disso, improvisou-se uma tribuna onde todos os ACS apresentaram seu plano. Após a explanação do plano, foram convidados a votar na proposta que consideraram melhor, depositando-o na urna (feita com caixa de sapato). Destaca-se que os ACS participaram ativamente da tarefa, Realizando o escrutínio e empossando o vencedor (faixa, canudo do diploma). Neste grupo, a proposta vencedora estava ligada a reivindicações salariais, garantia dos direitos; à diminuição do número de famílias/pessoas atendidas; à contratação de mais profissionais para a equipe. Nesse sentido, apresenta-se a síntese que inclui as demais propostas, as quais sejam melhorar a estrutura física da UBS; trabalhar de acordo com as atribuições legais do ACS e tentar qualificar a relação equipe/usuários (função

de elo); melhorar o atendimento coletivo por meio da formação de grupos de educação em saúde e lutar pela construção de áreas de esportes/ lazer na comunidade; tentar uma aproximação com a equipe, a fim de discutir assuntos relacionados ao trabalho. Tentar conseguir alguma forma de acompanhamento psicológico para os trabalhadores da saúde, bem como procurar diminuir seu envolvimento emocional com os problemas da comunidade. Lutar pela valorização do ACS junto à equipe. Observou-se que as propostas apresentadas envolviam uma reflexão crítica dos ACS, bem como sua mobilização para o enfrentamento do sofrimento no cotidiano laboral. Após o encontro, o pesquisador elaborou uma síntese das propostas para discuti-las no próximo encontro.

### **-Sexto encontro G1**

O pesquisador, primeiramente, questionou o “eleito” sobre como pretendia colocar em prática seu plano, instigando a reflexão do grande grupo sobre a importância de integrar as propostas a fim de traçar uma estratégia coletiva. Os ACS, então, foram convidados a refletir sobre o conjunto de ações propostas, analisando sua efetivação e as possíveis contribuições na diminuição do sofrimento no trabalho e na busca do prazer. Destaca-se que os ACS relataram que já estavam utilizando a nova sala e que estavam bem mais tranquilos para trabalhar. A pesquisadora questionou sobre a efetivação das estratégias relacionadas à gestão, como salários, contratação de novos profissionais, entre outros aspectos. Os ACS perceberam que estas dependem de mais tempo, devido à mudança do Prefeito e, conseqüentemente, do Secretário de Saúde. No entanto, decidiram acompanhar o processo encaminhado pelo sindicato, o qual trata da efetivação da lei que estabelece o piso salarial da categoria, bem como dar mais visibilidade ao trabalho, a fim de sensibilizar os gestores sobre a importância do seu trabalho. Sobre o acompanhamento psicológico, acordaram que vão solicitar para as instituições formadoras, que realizam estágio na região, a realização de atendimento grupal, mostrando-se dispostos a melhorar seu trabalho, a partir do desenvolvimento de ações que estão legalizadas com atribuições dos ACS.

## **2.2. ENCONTROS DO GRUPO 2**

### **-Primeiro encontro G2**

O grupo apresentou reclamações sobre o comportamento dos outros profissionais da equipe, a saber, não comparecer à VD, marcada com antecedência. Os ACS acreditam que seu trabalho precisa ter respaldo da equipe, por isso sentem-se frustrados, impotentes e angustiados. Uma das participantes relatou que uma colega estava afastada do trabalho por

depressão. Em razão disso, ela era constantemente solicitada pela equipe para realizar atendimento na micro área da colega; que isso estava lhe causando sofrimento e sentia-se doente, no seu limite pelo excesso de atribuições. Alguns afirmaram que já tinham adotado a conduta de não atender fora de sua micro área (atitude individual); já outros atendiam e faziam a defesa deste atendimento, dizendo que não custava atender ao pedido da equipe, que a comunidade precisava do atendimento, considerando uma desumanidade a falta de assistência. Percebeu-se, desse modo, que este ACS era visto como alguém que queria estar sempre bem com seus superiores, demonstrando a falta de unidade do grupo. Observou-se, inclusive, que o trabalho era realizado de forma individualizada. Após o intervalo, seguiram as falas de descontentamento com relação aos colegas, revelando um relacionamento conturbado e conflitos de longa data, incluindo sentimentos de desvalorização, ressentimentos e mágoas. Observou-se que todos os ACS defendem seu modo de trabalhar com afinco, recusando-se a mudar. Diante deste contexto, a pesquisadora percebeu a dificuldade que seria a condução deste grupo. Assim, elegeu-se a temática das relações humanas como foco de intervenção.

### **- Segundo encontro G2**

Na tentativa de estimular as relações interpessoais mais saudáveis, utilizou-se a dinâmica da autovalorização. A dinâmica consistiu em uma caixa com um espelho dentro, onde todos os participantes são convidados a refletirem sobre quem é a pessoa que mais admiram e que merece todo cuidado do mundo. Após alguns minutos, são convidados a observar dentro da caixa para encontrar a resposta (o espelho). Nenhum dos participantes havia pensado em si mesmo, mas sim em sua mãe, marido, filho, etc.. A partir disso, refletiu-se sobre a importância da autovalorização e do cuidado de si, como forma de possibilitar a transformação. Conversamos sobre a troca do “EU” por “NÓS”, destacando que somente através da união do grupo é possível alcançar os objetivos, beneficiando a todos. Os ACS voltaram às reclamações em relação ao trabalho, ao relacionamento com a equipe e colegas, atribuindo sempre “aos outros” as dificuldades. Portanto, planejou-se abordar sobre as relações interpessoais, principalmente, aquelas que envolvem o próprio grupo dos ACS.

### **-Terceiro encontro G2**

Discutiui-se sobre o espírito de equipe e a empatia, para que, ao se colocar no lugar do outro, pudessem perceber as necessidades das pessoas evitando discórdias e pacificando o trabalho. Enfatizou-se que todos têm qualidades e defeitos; que existe uma tendência de olhar somente para os defeitos das pessoas, esquecendo-se de valorizar as qualidades. Para tanto,

abriu-se espaço para comentar sobre as relações estabelecidas com os colegas. Os ACS se manifestaram longa e normalmente de forma afetuosa, ouvindo com atenção os pronunciamentos. Um dos ACS tomou a iniciativa de expressar seu sentimento em relação a uma colega, dizendo que há muito tempo vem se desentendendo, mas que gostaria de pedir desculpas por ter magoado, ofendido e de não ter se colocado no lugar do outro. Essa situação provocou uma emoção imediata. A colega chorou e também pediu perdão admitindo que constantemente “não queria nem te enxergar”. Nota-se que, desde o primeiro encontro, observou-se que esta se configurava como uma das relações mais conflituosas do grupo. Nesse momento, o pesquisador percebeu que havia conseguido fazer um “desmonte” nas relações conflituosas do grupo; vislumbrando que, a partir disso, seria possível avançar. Assim, elegeu-se como próximo passo o resgate da identidade do ACS.

#### **-Quarto encontro G2**

Inicialmente, a pesquisadora solicitou que os ACS apresentassem uma simulação do trabalho na visita domiciliar. A dramatização apresentada relatava que o agente, a partir da informação de familiares sobre o estado de saúde de um acamado, agendou uma visita com o médico. Ao chegar à família com o médico, o familiar afirmou que a ACS tinha se enganado, que não havia problema nenhum, que ele estava bem. O ACS ficou constrangido, e o médico revoltado com ela. Após a apresentação, a pesquisadora encaminhou alguns questionamentos como que tipo de relações os ACS vêm estabelecendo com as famílias? Com a equipe? Que tipo de postura se espera dos profissionais da equipe? É possível o ACS fazer diagnóstico médico? Receitas? Curativos? Verificação de PA? A partir disso, os ACS foram divididos em dois grupos para examinar e discutir a Lei nº 11.350 e a Portaria nº 648-GM, que contemplam as atribuições dos ACS. Refletiu-se no grande grupo, especialmente sobre a micro área de atuação; o papel do ACS na prevenção de doenças e promoção da saúde, e nas visitas domiciliares. Os ACS destacaram que os grupos de saúde para comunitários são de suma importância, porém, eles não têm participado, alegando que outras pessoas da equipe assumiram a coordenação e passaram a não ter uma participação efetiva. Entretanto, percebem que o grupo está “esvaziando”, admitindo que a participação efetiva estimulava o estabelecimento de vínculo com a comunidade, valorizando seu trabalho. Através disso, o pesquisador percebeu que o grupo estava pronto para elaborar estratégias para o próximo encontro.

#### **-Quinto encontro G2**



No quinto encontro, utilizou-se a dinâmica da “eleição”, da mesma forma do grupo 1. Os ACS participaram ativamente durante o desenvolvimento do encontro. A proposta mais votada continha as seguintes propostas: trabalhar de acordo com as atribuições legais do ACS; não prometer o que não posso cumprir; trabalhar com verdade e transparência, sem dar espaço para o “jeitinho brasileiro”; trabalhar para atender às necessidades da comunidade. Realizar atendimentos coletivos em saúde para jovens e adolescentes, bem como estimular/ajudar nos projetos de geração de trabalho e renda (oficinas de customização, sala de leitura). Promover a criação de grupos de convivência (idosos gestantes e simpatizantes), envolvendo a comunidade por meio de suas experiências de vida e atividades laborais que visem à qualidade de vida e que favoreçam a criatividade e longevidade. Implantar rodas de terapia comunitária integrativa. As propostas dos demais participantes envolvem: o fortalecimento do SUS através de atendimento médico resolutivo; melhora no sistema de referência e contra referência; melhorias na estrutura física da UBS e provimento de materiais/aparelhos para realização do trabalho; formação de equipes completas e fixas. Planejar atendimentos coletivos, levando em conta as características da comunidade; criando meios para a comunidade possa participar (encontrar locais da comunidade próximos às residências); procurar lideranças na comunidade para dar apoio em tarefas e atividades coletivas. Cadastrar todas as famílias de sua área e realizar VD para todos. Mobilizar a comunidade para participação nas ações de saúde e outras políticas públicas. Melhorar a comunicação com outras secretarias para reivindicar ações (cachorro nas ruas; poda/corte de árvores; esgoto a céu aberto). Negociar com a equipe para que informem sobre o cronograma das atividades que serão desenvolvidas na UBS, bem como a elaboração de uma escala para conhecer as micro áreas dos ACS. Desse modo, realizar uma auto avaliação do trabalho, identificando acertos e erros.

### **-Sexto encontro G2**

A partir da síntese, discutiu-se sobre a efetivação das estratégias construídas pelo grupo. Em relação à estratégia de cadastrar e de visitar todas as famílias de sua área, os ACS apontam algumas dificuldades para realizá-la pelo fato de várias famílias trabalharem o dia todo e os ACS não conseguirem realizar VD no horário de trabalho; outras situações ocorrem porque ficam só menores de idade em casa, outras não aceitam a visita do ACS; que, em alguns domicílios, são vítimas de assédio sexual; bem como áreas perigosas as quais podem ser assaltadas ou ser vítimas de violência. Diante disso, discutiu-se longamente sobre a parte legal que envolve o trabalho do ACS, destacando a responsabilidade de atender todas as pessoas da micro área, bem como o direito de defender sua integridade física e moral.

Discutiu-se também a ilegalidade do desvio de função. Os ACS pactuaram que discutiriam sobre as solicitações dos gestores, envolvendo os desvios de função e, em último caso, exigiriam um documento comprovando o pedido dos gestores, a fim de ser protegidos. Combinaram, inclusive, que fariam o registro das famílias, as quais não se encontravam em casa, durante a visita. Após várias tratativas, pediram aos vizinhos que testemunhassem sua visita e assinassem o formulário de atendimento (SIA/SUS). Diante dessa situação, a família era retirada do cadastro. Por implicação legal, não adentrariam em domicílios, onde só tivessem menores. As ocorrências de assédio seriam relatadas durante a reunião de equipe, registrado em ata, bem como a ocorrência de violência em áreas perigosas, solicitando acompanhamento de, no mínimo, mais um membro da equipe durante sua realização. Os ACS, que não tinham atualizado o cadastro e colocado no sistema informatizado, comprometeram-se a realizá-lo o mais breve possível. Para tanto, decidiram que todos organizariam as VD, a partir de uma sequência por rua. Para o atendimento das prioridades, realizariam planejamentos conjuntos, envolvendo o atendimento coletivo, dos quais todos os ACS participariam. Avaliaram como imprescindível realizar encontros de confraternização entre os ACS, como aniversários, Natal, Páscoa entre outros eventos. Acreditam também que as estratégias elaboradas diminuirão a sobrecarga e o sofrimento no trabalho. Na sequência, realizaram o exercício de planejar todos os detalhes da condução do próximo grupo de educação em saúde, onde reassumiriam sua coordenação.

Destaca-se que, durante os encontros realizados com o grupo 1 e 2, a partir da análise da realidade apresentada pelos ACS, foram sendo construídas novas estratégias para a condução dos grupos. Os debates foram conduzidos pela pesquisadora, por meio de perguntas que instigaram a discussão/reflexão; num processo educativo participativo, ou seja, o pesquisador atuou como mediador da construção de uma nova práxis dos ACS.

Assim, durante a realização de todos os grupos, os ACS foram estimulados a refletir sobre seu processo de trabalho e nas cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral, identificando situações as quais trazem prazer e sofrimento e a influência destas para sua saúde. Ponderar sobre as competências técnicas, éticas e políticas necessárias ao desenvolvimento de um trabalho humanizado, bem como desenvolver o pensamento estratégico como forma de aperfeiçoamento do trabalho.

Além disso, num processo dialógico, foram estimuladas a construir uma unidade grupal capaz de resgatar sua identidade profissional, a autoestima e o espírito de cooperação e a autonomia, resgatando a importância social do trabalho e a responsabilidade de atuar na promoção da saúde dos comunitários. Em um processo contínuo de olhar para o outro, envolvendo as relações humanas estabelecidas com os pares, equipe e comunitários foram

estimulados a criar estratégias grupais para organizar seu trabalho, visando a diminuição dos efeitos das cargas sobre si e a mobilização para a busca de um ambiente de trabalho mais saudável e prazeroso.

### **3. ENCONTRO FINAL: AVALIAÇÃO E CONFRATERNIZAÇÃO**

No encontro final, solicitou-se para cada participante que avaliasse os encontros a partir das seguintes questões: como foi para você participar desta pesquisa? Que tipos de mudanças ocorreram no seu trabalho? Em que isto influenciou sua saúde? Todos os ACS consideraram como muito importante sua participação na pesquisa, destacando que esta foi a primeira vez que não foram “usados e descartados”, enfatizando que ela permitiu a criação de um espaço de discussão, aprendizagem, integração, comprometimento e resgate do papel do ACS, agradecendo a oportunidade. Por fim, relatou-se que ocorreram momentos tensos e de enfrentamentos. Neste ínterim, apresentou-se um depoimento que se considerou esclarecedor *“Esta pesquisa chegou num momento que a gente estava com os cadeados tudo na boca, e alguém jogou a chave fora. Então, vocês chegaram com as chaves. É assim que sinto a pesquisa, a gente estava oprimida, muito cobrada, atiravam nas nossas costas coisas que não eram nossas... Daí, vocês chegaram com as chaves dos cadeados e a gente saiu feliz da vida.... Aprendemos a falar e nos posicionar... O que posso dizer que temos que continuar com nossas atitudes positivas e construtivas e tentar informar vocês sobre como a gente está”*.

Sobre as mudanças, eles relataram que assumiram uma nova postura na relação com os colegas e com os outros profissionais da equipe, melhorando o relacionamento interpessoal, bem como a autoestima. A união e o consenso do grupo utilizou a expressão “estamos falando a mesma língua” que demonstrou o crescimento profissional e pessoal. O aprendizado e a experiência na elaboração de estratégias coletivas para o enfrentamento das dificuldades no trabalho, utilizando o pensamento estratégico, destacaram-se, uma vez que já conseguiram visualizar algumas mudanças como a conquista da sala, a criação de grupos de educação em saúde e o resgate dos existentes. A percepção sobre os limites profissionais foram expressos no seguinte discurso *“aprendi que tem coisas que não me pertencem”*. Relatando também que as mudanças já foram compreendidas pelos outros membros da equipe, os quais passaram a respeitar mais o ACS, especialmente em relação aos atendimentos fora da micro área e aos desvios de função, mostrando-se dispostos a dar continuidade a essas mudanças.

Igualmente, relataram que estão se percebendo menos imediatistas em relação ao resultado do seu trabalho junto aos comunitários e “incomodando-se” menos, visto que aprenderam a dialogar com os colegas, defendendo seus pontos de vista e separando o

trabalho da vida pessoal, bem como lidar melhor com o atendimento aos usuários com doenças graves e a morte.

Sobre a interferência na saúde e no bem-estar, acredita-se que ajudou bastante, relatando que se sentem mais “leves” e menos culpados; menos ansiosos e mais tranquilos. Nesse sentido, um dos ACS destaca que não está tendo mais “crises de ansiedade”, relatando que antes tomava dois remédios por dia; o médico orientou para diminuir a dose e, agora, praticamente, não está usando mais.

Por fim, utilizou-se o quadro “equilíbrio” (foto a seguir), e os ACS foram convidados a refletir sobre a figura e o que ela representava para cada um.

Foto 4 – Quadro “Equilíbrio”



Então, sintetizam-se os discursos dos ACS em dois momentos:

1-Reflexão sobre a figura do triângulo: “percebemos o quanto estávamos aprisionados, tristes e sofridos”.

2- Figura do equilibrista: “podemos nos perceber na figura, vimos que a vida é um jogo (tabuleiro), com momentos de alegria e sofrimento, mas que o equilíbrio é a chave para vivermos em melhores condições, que o importante é estarmos com o coração aberto para cumprirmos nossa missão, sem deixar de compreender que devemos ser o profissional que dá conta do seu trabalho com competência”.

Para encerrar, a pesquisadora destacou que a realização da pesquisa tinha como objetivo auxiliar os ACS a pensarem de uma forma inovadora, vislumbrando possibilidades de recriar sua história, transformando o sofrimento no trabalho em momentos de prazer. Isso resgatou a identidade profissional e a importância do desenvolvimento de relações humanizadas.

Os participantes, por conseguinte, realizaram um lanche coletivo. Tiraram fotos, escutaram música, dançaram e cantaram a música do JOTA QUEST.

### **AMOR MAIOR QUE EU**

Eu quero ficar só

Mas comigo só

Eu não consigo

Eu quero ficar junto

Mas sozinho só

Não é possível...

É preciso amar direito

Um amor de qualquer jeito

Ser amor a qualquer hora

Ser amor de corpo inteiro

Amor de dentro prá fora

Amor que eu desconheço...

Quero um amor maior

Um amor maior que eu

Quero um amor maior, hié!

Um amor maior que eu...

Eu quero ficar só

Mas comigo só

Eu não consigo

Eu quero ficar junto

Mas sozinho assim

Não é possível...

É preciso amar direito

Um amor de qualquer jeito

Ser amor a qualquer hora

Ser amor de corpo inteiro

Um amor de dentro prá fora

Um amor que eu desconheço...

Quero um amor maior que eu.

Um amor maior que eu

(Que eeeeeu!)

Quero um amor maior, hié!

Um amor maior que eu

Hié! Hié! Hié!...

Então seguirei

Meu coração até o fim

Prá saber se é amor

Magoarei mesmo assim

Mesmo sem querer

Prá saber se é amor  
Eu estarei mais feliz  
Mesmo morrendo de dor, hié!  
Prá saber se é amor  
Se é amor  
Uhou!...  
Quero um amor maior, hé!  
Um amor maior que eu  
(Que eeeeeu!)  
Quero um amor maior, hé!  
Um amor maior que eu  
Um amor maior que eu

**ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE, SECRETARIA DE MUNICÍPIO DE SAÚDE DE SANTA MARIA/RS.**



*Prefeitura Municipal de Santa Maria*  
*Secretaria de Município da Saúde*  
*Núcleo de Educação Permanente*  
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

*AUTORIZAÇÃO*

Vimos por meio deste informar que o projeto de tese intitulado “**A organização do trabalho e as cargas de trabalho dos agentes comunitários de saúde: Uma abordagem convergente-assistencial**” de autoria da doutoranda **Denise Maria Quatrin Lopes, doutorado FURG (Universidade Federal de Rio Grande – RS)**, poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral estabelecer e implementar intervenções de enfermagem, em conjunto com os agentes comunitários de saúde, relacionadas à organização do trabalho, cargas de trabalho e a promoção da saúde dos trabalhadores. Os participantes da pesquisa serão os agentes comunitários de saúde vinculados as equipes da Secretaria de Município da Saúde. Como critérios de inclusão será a presença de agentes comunitários de saúde atuando há pelo menos um ano na função. Serão excluídas do estudo trabalhadores que estiverem afastados do trabalho no período da produção de dados por qualquer motivo (licença-saúde, licença-maternidade, férias, ou qualquer outro tipo de afastamento).

*Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.*

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 14 de outubro de 2016.

*Rodrigo Silva Jardim*

Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA**  
**SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE**  
**NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE**  
**PORTARIA 0040/2007 SMS**

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**CEPAS / FURG**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
 Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

PARECER Nº 109/2016

CEPAS 48/2016

**Processo:** 23116.005946/2016-36  
**CAAE:** 58331416.1.0000.5324

**Título da Pesquisa:** A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E AS CARGAS DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM CONVERGENTE ASSISTENCIAL

**Pesquisador Responsável:** DENISE MARIA QUATRIN LOPES

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 97/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **“A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E AS CARGAS DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM CONVERGENTE ASSISTENCIAL”**.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **final** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2016.

Rio Grande, RS, 05 de setembro de 2016.

*Eli Sinnott Silva*  
 Profª. Eli Sinnott Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

Profª. MSc. Eli Sinnott Silva  
 Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde CEPAS