



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Vanessa Cadore Machado

**IMPLICAÇÕES DO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO E DO CONFLITO
TRABALHO-FAMÍLIA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Santa Maria, RS
2017

Vanessa Cadore Machado

**IMPLICAÇÕES DO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO E DO CONFLITO
TRABALHO-FAMÍLIA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Orientador: Prof. Dr. Silvio José Lemos Vasconcellos

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Machado, Vanessa Cadore
Implicações do Suporte Social Percebido e do Conflito Trabalho-Família em Agentes Comunitários de Saúde /
Vanessa Cadore Machado.- 2017.
52 p. ; 30 cm

Orientador: Silvio José Lemos Vasconcellos
Vasconcellos
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2017

1. Agentes Comunitários de Saúde 2. Saúde do Trabalhador 3. Suporte Social 4. Conflito entre Trabalho e Família 5. Avaliação Psicológica I. Vasconcellos, Silvio José Lemos Vasconcellos II. Título.

Vanessa Cadore Machado

**IMPLICAÇÕES DO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO E DO CONFLITO
TRABALHO-FAMÍLIA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Aprovada em 31 de agosto de 2017

Silvio José Lemos Vasconcellos, Prof. Dr. (UFSM)
Presidente/ Orientador

Dorian Monica Arpini, Prof^a Dr^a (UFSM)

Maria Lúcia Tiellet Nunes, Prof^a Dr^a (UFRGS)

Santa Maria, RS
2017

AGRADECIMENTOS

Neste momento tão importante de conclusão de uma importante etapa de minha vida, que envolveu empenho, trabalho, dedicação, algumas dificuldades, momentos de desânimo, tristeza, aprendizado e amadurecimento, agradeço o carinho e a ajuda de muitas pessoas na minha vida.

Ao meu orientador, professor doutor Silvio José Lemos Vasconcellos, minha gratidão por proporcionar para além do conhecimento científico: novos desafios e novas oportunidades; pelos ensinamentos e pela convivência dos últimos anos. Sua presença em minha vida foi decisiva para meu crescimento profissional.

Às professoras participantes da banca, Maria Lúcia Tiellet Nunes e Dorian Mônica Arpini, pelo olhar, pela dedicação e pela paciência neste momento tão significativo de minha vida. Vocês são profissionais que me inspiram.

Ao corpo docente da Pós-graduação em Psicologia, que possibilitou meu amadurecimento acadêmico e profissional.

À Liara, secretária da Pós-graduação, pela dedicação e carinho que dispõe aos mestrandos desse programa.

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Avaliação de Alterações da Cognição Social por todas as oportunidades de aprendizagem e diversas manifestações de cumplicidade e companheirismo, em especial à Andressa Da Rocha e à Bruna Shimit que auxiliaram nas tabulações dos dados e à Priscila Prates, ao Jairo Manzoni, Raul Ferraz e Elisângela Almeida, por sempre estarem disponíveis a me ajudar e, especialmente, por me motivarem a fazer um bom trabalho.

Aos meus colegas de aula, pela companhia diária, contar com a parceria e a amizade de vocês foi fundamental para tornar o processo leve e prazeroso.

Ao meu querido marido, Stevan Brondani, por ser tão importante na minha vida. Sempre ao meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, força e amor, este trabalho pôde ser concretizado.

Agradeço também a meus cunhados, William Brondani, e em especial, à Stéphanie Brondani, que foi sempre uma companheira nessa minha jornada; e meus sogros, Irene Brondani e Célio Brondani, pelo incentivo e apoio. Obrigada pelo carinho!

Ao meu pai Nery Machado que sempre me estimulou a correr atrás dos meus sonhos e aos meus irmãos Leila Durgante e Jorge Machado, meu agradecimento especial, pois, a seu modo, sempre se orgulharam de mim, e torceram pela minha vitória sempre.

E por fim agradeço aos meus tios, tias, primos, primas sobrinhos, sobrinhas que, mesmo distantes, estão sempre torcendo pelo meu sucesso e felicidade.

RESUMO

IMPLICAÇÕES ENTRE SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO E DO CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

AUTORA: Vanessa Cadore Machado
ORIENTADOR: Prof. Dr. Silvio José Lemos Vasconcellos

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar se existe correlação entre o suporte social e o conflito entre trabalho e família. É um estudo transversal e correlacional com delineamento quantitativo, em que foram ocupadas as Escala de Conflito Trabalho-Família, Escala de Percepção de Suporte Social (2-Way SSS). Os participantes desse estudo foram 139 trabalhadores que atuam como agentes comunitários de saúde em quatro municípios do interior do Rio Grande Do Sul. Para a análise dos dados foram utilizadas a Estatística Descritiva, Estatística Paramétrica e Correlação de Pearson. Os resultados entre as correlações das escalas foram significativos, demonstrando o conflito entre o trabalho e a família dos agentes comunitários de saúde. Conclui-se, portanto, que a intensificação de exigências nos dois domínios, profissional e familiar, teria consequências nocivas tanto sobre o bem-estar individual como para os aspectos relacionados aos desempenhos das atividades laborais.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Saúde do Trabalhador. Suporte Social. Conflito entre Trabalho e Família.

ABSTRACT

IMPLICATIONS OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND WORK-FAMILY CONFLICT IN COMMUNITY HEALTH AGENTS

AUTHOR: Vanessa Cadore Machado
SUPERVISOR: Prof. Dr. Silvio José Lemos Vasconcellos

Abstract

This research aimed to evaluate whether there is a correlation between social support and conflict between work and family. It is a cross-sectional and correlational study with a quantitative approach that used the Work-Family Conflict Scale and the 2-Way Social Support Scale (2-Way SSS). The participants were 139 workers who act as community health agents in four cities from Rio Grande do Sul. In order to analyze the data, we used descriptive statistics, parametric statistics and Pearson's Correlation. The results between the correlations of the scales were significant, showing conflict between the work and the families of the community health agents. Therefore, we conclude that the intensification of demands in professional and family domains would have harmful consequences on both individual well-being and on aspects related to the performance of work activities.

Keywords: Community health agents; workers' health; social support; work-family conflict.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	07
2.	OBJETIVOS	10
2.1	OBJETIVOS GERAIS	10
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3.	REVISÃO TEÓRICA	11
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE	11
3.2	SAÚDE DO TRABALHADOR E AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	14
3.3	SUPORTE SOCIAL	20
3.4	CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA	21
3.5	PSICOLOGIA POSITIVA	23
4.	MATERIAL E MÉTODO	28
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	28
4.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA	28
4.2.1	Critérios de Exclusão	28
4.3	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	29
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	30
5.	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	31
5.1	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	32
5.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES	48

1. INTRODUÇÃO

As transformações sofridas no campo político, social e econômico, ao longo dos anos, ocasionaram mudanças consideráveis no trabalho em saúde (MERLO; MENDES, 2009). O enfrentamento integrado entre a política econômica e a política social demonstra que o país considera o desenvolvimento social como condição necessária ao desenvolvimento econômico, considerando-o prioridade para as tomadas de decisões na Saúde Pública. Assim, o sistema econômico de um país reflete-se no modelo de saúde a ser seguido, bem como na construção das ações nessa esfera (MENDES; MARQUES, 2013).

Segundo Paiva e Teixeira (2014), com a publicação da nova Constituição Federal Brasileira, em 1988, finaliza-se a ação de retorno do país ao regime democrático, instituindo a saúde como direito de cidadania através de um sistema integrado de saúde. Com a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), antigos conceitos de saúde foram sendo abandonados, dando espaço a novas compreensões e ações. Percebeu-se, então, que o foco apenas na doença não estava dando conta de suprir as necessidades da população, e que tal modelo curativo resolvia algumas necessidades, porém, criava outras. Logo, a atenção foi priorizada para o processo coletivo de saúde (COSTA et al., 2009).

A partir da implantação do SUS, em 1990, o Brasil vivenciou inúmeras transformações. Entre elas, a de uma política pública focada na construção da democracia, redução das desigualdades e inclusão social, ações denominadas não como um arranjo institucional, mas como um projeto civilizatório que visa produzir mudanças dos valores instituídos na sociedade brasileira (DIMESTEISN; MACEDO, 2010).

A lei federal nº 8080/90, que designa o SUS, tem como princípios norteadores a universalidade, a equidade e a integralidade, as quais são garantidas pelos empenhos do governo, dos trabalhadores e dos usuários do sistema de saúde. Essa lei também estabelece a necessidade de ações de promoção e proteção no campo da saúde do trabalhador, cabendo à ordem estadual e municipal garantir os serviços neste âmbito (BRASIL, 1990).

Diante desses fatos, criou-se a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96), com o objetivo de reorganizar os serviços básicos de saúde por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e do Programa Saúde da Família - PSF

(BRASIL, 1996), atualmente conhecido como Estratégia da Saúde da Família - ESF. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é exercida por uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de nível superior e técnico com formação na área da saúde, e agentes comunitários de saúde - ACS (BRASIL, 2011).

Convém salientar que os ACS surgiram em 1987, no Ceará, pelos agravos das secas. Foi através dessa experiência que, em 1990, o Ministério da Saúde decidiu ampliar esta prática para o território nacional (NOGUEIRA et al., 2000). Desse modo, a lei federal nº 10507/02 legitima esta profissão, entretanto, em 2006, tal lei é reformulada e substituída pela lei federal nº 11.350/06, que estipula as ações dos ACS exclusivas do SUS, estabelecendo os requisitos mínimos para a realização de suas atividades (BRASIL, 2006).

A mencionada lei define que os ACS, para assumirem sua função, precisam ser maiores de dezoito anos, residirem no território de abrangência da Unidade de Saúde de sua referência, terem o Ensino Médio completo e a aprovação no curso de capacitação para o cargo (BRASIL, 2006). Pelo fato dos mesmos morarem na comunidade em que atuam, são considerados atores fundamentais para a eficácia dos serviços na atenção primária em saúde, pois articulam a equipe com a população, facilitando o trabalho de vigilância e promoção de saúde (PAIM, 2009).

Cabe alertar que a participação no mundo familiar traz consigo, inevitavelmente, a intimidade das pessoas, o seu mundo particular e, com ele, novas construções relacionais infiltradas de significados e de emoções. Pode-se inferir que esse modelo relacional condiciona a demasiada valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos agentes com os moradores, bem como sua evidência colocada pelos usuários das Estratégias da Saúde da Família (ESFs), em conteúdos conectados à vida pessoal dos agentes, chegando, por vezes, a praticarem um controle social sobre as suas vidas privadas (NUNES et al., 2002).

Jardin e Lancman (2009) explicam que a relação constante com a comunidade, o envolvimento com as famílias, as visitas domiciliares, o conhecimento das demandas e a impossibilidade de atos mais efetivos no setor de saúde podem originar nos ACS sentimentos contraditórios, sendo que essas emoções oscilam entre prazer e sofrimento.

Considera-se que a atividade laboral tem a função de transformar a realidade que possibilita a sobrevivência e a realização do ser humano. É através da ação e

do resultado do trabalho que o sujeito reconhece a sua vida como um plano conduzido por ele próprio, determina as condições materiais, culturais e institucionais que formam seu ambiente e desenvolve sua qualidade de vida (MALVEZZI, 2014).

Este estudo fez uma interface com a teoria da Psicologia Positiva, a qual conforme Snyder et al.(2009) aprofunda sua ciência e prática na identificação e entendimento das forças e virtudes humanas, estimulando as pessoas a alcançarem uma vida mais produtiva. Assim, esta pesquisa se propôs a estudar o conflito vivido pelos ACS, considerando o trabalho e a família como seu suporte social, verificando a correlação entre esses dois fenômenos vivenciados por tais profissionais.

Além disso, constatou-se, durante a revisão de literatura, que não foram encontrados estudos brasileiros que dimensionassem o conflito trabalho-família com o suporte social; bem como trabalhos que se dedicassem à investigação das associações entre esses dois construtos, indicando a existência de uma lacuna na produção nacional.

Esta pesquisa também se justificou a partir da trajetória da pesquisadora como psicóloga na rede de saúde pública, há onze anos, atuando tanto na clínica como na Atenção Básica (AB), e convivendo diariamente com ACS. A preocupação em estudar este grupo provém da grande demanda de encaminhamentos destes profissionais para tratamento psicológico, como também pela experiência da pesquisadora em realizar ações de matriciamento nas ESFs. Em vista do exposto, a proposta de trabalhar junto a estes profissionais teve a finalidade de cooperar para a efetivação do SUS, principalmente no que se refere à saúde do trabalhador.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Verificar a correlação entre o conflito trabalho-família e o suporte social em agentes comunitários de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mensurar a ocorrência do conflito trabalho-família na amostra estudada;
- Aferir a medida da percepção do suporte social recebido e oferecido na amostra estudada.

3. REVISÃO TEÓRICA

A fim de contextualizar o tema de estudo, inicialmente, o referencial teórico deste projeto descreverá alguns aspectos relativos aos agentes comunitários, seu suporte social e o conflito entre o trabalho e a família, objetivando apresentar algumas construções, concepções e princípios que conformaram o que se denomina de campos de saberes e práticas da Saúde Coletiva, Saúde do Trabalhador, criando uma interface com a Psicologia Positiva.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE

Durante a década de 1970, com a intenção de que as técnicas assistenciais fossem revistas, os movimentos sociais em saúde sugeriram a ampliação do entendimento sobre o processo saúde/doença. Em síntese, extinguiu-se a compreensão reduzida do biologicismo, reconhecendo esse processo como produto da interação entre condicionantes sociais, econômicos e culturais nos três níveis de assistência: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Através da implantação da Constituição de 1988, e da criação do SUS, ocorreram transformações na Política de Atenção Básica no Brasil. O Movimento Sanitário, ocorrido em 1980, ajudou a reestruturação do sistema de saúde, defendendo a participação da comunidade, o acesso universal e a consagração de um sistema de saúde público e descentralizado (PAIM, 1997).

Convém elucidar que o Movimento da Reforma Sanitária representava a iniciativa de diversos partidos, instituições trabalhistas e manifestações populares. Desse modo, tentava-se construir uma política de saúde universal, com uma compreensão amplificada em saúde que reconhecesse os conceitos de direito social e de membro de cidadania (ZIONI et al., 2013).

O assentimento oferecido pela sociedade, pelos municípios e pelo Ministério da Saúde contribuiu para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em todo o território brasileiro. Seu estilo inusitado, direcionado à família, foi decisivo para seu ingresso nos alicerces da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no SUS (CASTRO, 2015).

Diante dessa realidade, revela-se um novo sentido no trabalho em saúde, com uma atuação direcionada para a efetivação dos princípios estabelecidos pelo SUS: universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira (DONADUZZI, 2012). Nesse momento, configurava-se a primeira experiência de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Brasil, como uma estratégia abrangente de saúde pública. O Estado do Ceará foi pioneiro, seguido do Nordeste e Região Norte. Na Bahia, ele teve início em 1992, e, em 1993, na Região Centro Oeste (FERREIRA et al., 2009).

Embora o PACS tenha sido inserido no território nacional em 1990, como referido anteriormente, apenas em 2002, com a publicação da Lei Nacional 10.507, foi criada a profissão de agente comunitário. Baseando-se nessas informações, percebe-se que esta profissão foi reconhecida há 26 anos apenas.

Em outubro de 2011, foi decretada, pelo Ministério da Saúde, a PNAB, instituindo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção, para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o PACS (BRASIL, 2012).

Sabe-se que a Atenção Básica (AB) é o conjunto das ações de saúde, individuais ou coletivas que abrangem a promoção da saúde, bem como a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2012). Ela permeia, ainda, a redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando desenvolver atenção integral, de acordo com os determinantes e condicionantes de saúde. Logo, a Atenção Básica tem a finalidade de impactar positivamente a saúde das pessoas, proporcionando, assim, sua autonomia (BRASIL, 2012).

Dessa forma, os ACS trabalham na perspectiva da AB, integrando-a com as exigências específicas para o seu cargo. Segundo a PNAB, as responsabilidades desse profissional vão desde a adscrição de famílias em base geográfica definida – chamada microárea –, ao cadastro de todas as pessoas de sua microárea e a manutenção desses cadastros, mantidos atualizados, oferecendo também orientação às famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.

Ao mesmo tempo, os agentes realizam atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, acompanhando, por meio de visita domiciliar (VD), todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade.

Também é função do agente desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde,

considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade.

Além disso, esses profissionais desenvolvem atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visita domiciliar e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, como, por exemplo, combate à dengue, malária, entre outras doenças, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco.

Por meio de todas essas atividades, o ACS está em constante contato com as famílias, acompanhando as condições do Programa Bolsa Família, ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades, implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. Igualmente, podem desempenhar outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), desde que vinculadas a essas atribuições (BRASIL, 2012). Diante dessas considerações, a atenção para a família é o núcleo do trabalho do ACS. Ele é o elo de conexão dos serviços de saúde da AB com a comunidade do seu território (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, entende-se território como a área onde uma determinada equipe de saúde atua. O mesmo não se apresenta apenas no espaço geográfico, pois envolve recursos e trocas que o indivíduo constitui na comunidade ou fora dela, em sociedade (REIS et al., 2013). Segundo Amstalden, Hoffman e Monteiro (2010), o território singular ultrapassa a saúde em seu sentido estrito, perpassando pela intersectorialidade de ambientes públicos, privados e instituições.

Dentro desse processo, o agente tem uma missão social clara, uma vez que é alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e de saúde daquela população (MENEGUSSI et al., 2014).

A micropolítica do procedimento de trabalho do ACS é permeada por induções próprias das experiências da família no território e nas residências, bem como onde as pessoas coexistem entre si, sentindo as impressões das suas trocas reciprocamente e, assim, conduzindo a criação de distintas formas e representações de cuidar. Neste ambiente de produção, surgem novos sentidos, que são instituintes para o aprofundamento, no dia a dia, das ações dos agentes (FEUERWERKER, 2014).

Os profissionais da Atenção Básica, conforme explica Tinoco (2015), fazem uso de instrumentos que não estão atrelados a aparelhamentos físicos, ou a computadores, mas ao campo relacional. A ação de escutar o desabafo é corriqueira no cotidiano desses profissionais. O diferencial desse trabalho são as interfaces entre os sujeitos e a sua convivência diária. Esse constante protagonismo no território caracteriza a micropolítica do trabalho vivo, em ato (MERHY et al., 1997).

Assim, a inserção do ACS acontece intensamente, sobretudo no que tange à linha tênue que o separa entre ser agente comunitário de saúde, morador e usuário do serviço para o qual trabalha (MENEGUSSI et al., 2014).

3.2 SAÚDE DO TRABALHADOR E AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A frase “primeiro o trabalho, depois o prazer”, ao mesmo tempo em que exprime o valor da atividade laboral, adotando-a como uma precedência de vida, pode ser compreendida como avessa ao prazer, como se este ocorresse distante da esfera de trabalho. Ainda que os indivíduos se queixem de seus ofícios, eles seguem exercendo suas ações; seja no sentido de defender sua sobrevivência, ou no de estar à frente dela. Assim, considera-se que essas diversidades de acontecimentos contribuem para que o trabalho possua inúmeros e dúbios significados e sentidos (BORGES; YAMAMOTO, 2014).

O trabalho vem se tornando cada vez mais fundamental na vida das pessoas. Esta centralidade traz consequências paradoxais para a integridade física, psíquica e social dos indivíduos. Sendo assim, o trabalho como atividade produtiva ontológica constituinte da identidade do trabalhador assume papel essencial para assegurar a saúde (MENDES; ARAÚJO, 2012).

De acordo com Lancman e Sznelwar (2011), com o desenvolvimento das forças produtivas, das ciências, das técnicas, das máquinas, do processo de trabalho, da organização e das condições de trabalho, surge uma nova problemática em relação à saúde do trabalho: a saúde mental. Com isso, nascem novas e amplas discussões sobre o objetivo do trabalho, sobre a relação homem-tarefa, acentuando-se a dimensão mental do trabalho; “mudar a vida” passa a ser a palavra de ordem.

Segundo as reflexões dos mesmos autores, o trabalho tem a função psíquica de ser um dos principais alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados, sendo que processos como reconhecimento, gratificação e eficiência

estão relacionados à realização do trabalho e à constituição da subjetividade (LANCMAN; SZNELWAR, 2011). Logo, a atividade laboral se apresenta como um dos determinantes da forma de organização das sociedades, sendo o meio através do qual o homem constrói o seu ambiente e a si mesmo.

Considera-se como qualidade de vida a percepção que o indivíduo possui sobre a sua existência no cenário cultural, seu conjunto de valores, crenças, objetivos, expectativas, padrões, preocupações e impasses éticos, enfim, a impressão individual que cada sujeito tem de si. Atualmente, evidencia-se a qualidade de vida como um elemento em crescimento no âmbito organizacional (PEREIRA et al., 2012).

Nota-se que o aumento de estudos sobre a qualidade de vida, realizados por pesquisadores das mais variadas áreas do conhecimento, justifica-se por se tratar de um conceito subjetivo, amplo e multidimensional, com aspectos positivos e negativos, que abrange distintos comportamentos e momentos da vida (URSINE et al., 2010). No entanto, a maneira como o trabalho se estrutura no sistema capitalista, aliado à competitividade e às exigências de qualidade, produção, resultados, fez com que o trabalho passasse a constituir uma fonte de sofrimento para o indivíduo e de diminuição de sua qualidade de vida (MENDES; ARAÚJO 2012).

Nas últimas décadas, diversas ações da sociedade brasileira vêm tentando fortalecer avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST), que compreendem ações de assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho (LACAZ, 2010).

No entanto, são grandes as barreiras à estabilização de programas e ações que poderiam contribuir mais efetivamente para a melhoria dos indicadores nacionais, que posicionam o país num cenário crítico quando comparado a nações socialmente mais desenvolvidas (LACAZ, 2010).

Fiorelli (2007) destaca que, no início e no final do século XX, os principais causadores das doenças e das mortes eram basicamente as infecções. Na atualidade, as doenças estão mais relacionadas ao comportamento e ao estilo de vida adotado. Desse modo, transtornos pouco ou menos presentes há algumas décadas se acentuam, como, por exemplo, os casos relacionados ao estresse.

Cobêro et al. (2012) apontam que as excessivas mudanças sucedidas nas últimas décadas, originadas da globalização e do desenvolvimento tecnológico, propiciaram mudanças impactantes nas relações sociais e organizacionais. As

transformações nunca foram tão aceleradas, tão extremistas e surpreendentes como agora, ocasionando perturbações psicológicas e físicas para a sociedade.

Além disso, de acordo com Zanelli (2010), atualmente, o mercado de trabalho se destaca pela competitividade e imprescindibilidade de atualização profissional, derivadas das mudanças ocorridas na sociedade contemporânea, colocando o homem em frequentes situações de desequilíbrio físico e mental.

A carência de autonomia e de envolvimento nas decisões, as dificuldades de condecoração e convivência com os gestores e colegas, quando experimentada na situação de trabalho, acarretam descontentamentos e frustrações, culminando em sofrimento para o trabalhador. São numerosas as fontes estressoras que contribuem para o aumento das enfermidades no que se refere ao mundo do trabalho (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

O estresse pode ser considerado como qualquer circunstância em que uma demanda desconhecida exige que o sujeito conteste ou empreenda uma ação. Também abrange reações fisiológicas e psicológicas do indivíduo, podendo surgir sentimentos negativos que influenciam seu bem-estar emocional. Isso pode acabar por fragilizar a maneira com que o sujeito percebe a realidade, resolve seus problemas e compreende suas experiências, em geral, e em seus relacionamentos, sugestionando a perspectiva da pessoa sobre a vida e seu estado de saúde (ZIMATH; BUSEMAYER, 2011).

Sabe-se que os trabalhadores necessitam de monitoramento permanente de sua saúde, a fim de amenizar os agravos e identificar os riscos, os acidentes e as doenças relacionadas a ela. Esse conhecimento é importante, pois permite caracterizar o perfil de adoecimento dos trabalhadores e monitorar informações referentes à qualidade de vida e, assim, facilitar a implantação de programas de saúde e segurança no trabalho, bem como auxiliar na organização e estruturação dos serviços de saúde (BERNARDES et al., 2014).

Em 2002 foi criada A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, com o objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde. Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005)

Assim, Conforme explicam Leão e Vasconcellos (2011), a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, possuía o objetivo de realizar ações de

promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo de maneira regionalizada e hierarquizada. A rede desenvolver-se-ia entre o âmbito governamental (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais) e a sistematização de ações de saúde do trabalhador articular-se-ia em três esferas: rede de atenção básica e do programa Saúde da Família; rede de centros de saúde do trabalhador (estaduais e regionais); e ações na rede assistencial de média e alta complexidade.

O Agente Comunitário de Saúde possui notável função na efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Sistema único de Saúde em todo território Nacional. Ele reconhece, muitas vezes de modo intuitivo, a contribuição do trabalho no processo saúde-doença das pessoas e aplica este conhecimento nas suas práticas cotidianas, enquanto mediador e elo entre os saberes e as práticas das equipes de saúde e a comunidade (SILVA ;DIAS, 2011)

Os trabalhadores da saúde se destacam não apenas pelo quantitativo, mas pelas circunstâncias atuais, exibindo uma exorbitante quantidade de acidentes e patologias relacionadas às atividades laborais, com o predomínio de Distúrbios Osteomusculares, derivados do trabalho, bem como transtornos mentais e comportamentais (MININEL et al., 2011).

Contudo, o progresso do campo da Saúde do Trabalhador, nos últimos vinte e cinco anos, vive uma situação contraditória, devido à procrastinação na implantação de políticas efetivas, pois, embora existindo maiores quantidades, muitos serviços funcionam com graves dificuldades estruturais como falta de recursos materiais, profissionais, salariais, entre outros aspectos. Diante dessas considerações, atenta-se à falta de disposição de caráter intersetorial para a amplificação de ações no próprio âmbito da saúde, que possam ser instituídas tendo como referência às múltiplas experiências inovadoras que consolidam a importância da atuação pública na saúde (COSTA et al., 2013).

Dessa forma, ao considerar o processo de transformação do SUS e suas práticas no âmbito da saúde coletiva, vem-se discutindo a saúde de quem produz saúde, mobilizando, de certa maneira, uma inquietação com a qualidade do trabalho em saúde. Dentre os trabalhadores deste campo, o agente comunitário de saúde apresenta-se como um trabalhador essencial para a Atenção Básica, realçando a preocupação com as suas condições de vida e trabalho, objetivando a compreensão

das circunstâncias de exposição ocupacional e comportamentos que podem denotar riscos à sua qualidade de vida (MASCARENHAS et al., 2013).

Sabe-se que os ACS ficam expostos duplamente à realidade das comunidades, tanto como protagonista do trabalho quanto membro do território onde os recursos são escassos e as demandas complexas, somando-se às diversas fragilidades da rede de atenção à saúde que se refletem no trabalho e nas resolutividades das ações (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

A proximidade emocional entre agentes e comunidade também é uma fonte de preocupação. Os ACS sentem, por vezes, maiores dificuldades na abordagem de tabus ou assuntos polêmicos importantes à saúde, pois as pessoas para as quais eles transmitem estes conhecimentos não são apenas seus usuários de serviço, mas também seus vizinhos, parentes ou amigos. Isto gera ansiedade e insegurança, que se traduzem em estresse. Há estudo que pontuam, ainda, a falta de privacidade dos agentes, advinda dessa proximidade com a comunidade, como outro fator de estresse crônico (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

Porém, nem só de sofrimento vivem esses profissionais, visto que, em diversos estudos, na maioria, qualitativos, os ACS expressam, através de suas falas, vivências de prazer pelo reconhecimento da comunidade, bem como frente às demonstrações de apreço, carinho e gratidão dos usuários pelo ofício efetivado (LOPES et al., 2012).

O reconhecimento é a valorização do empenho e do sofrimento investido para a concretização do trabalho. A vivência de satisfação e a realização de si resultam da possibilidade de constituição da identidade do indivíduo. Ser um profissional eficaz foi relacionado, pelos agentes comunitários de saúde, à probabilidade de solucionar os impasses dos usuários e em certificar que o trabalho efetivado está ressoando no aprimoramento das condições de saúde da população (LOPES et al., 2012).

Ser resolutivo remete à possibilidade de materialização do trabalho, ou seja, em o profissional atribuir significado ao empenho dedicado para a efetivação do serviço, o que permite refletir positivamente na autoestima, satisfação e identidade profissional dos trabalhadores incluídos neste espaço laboral. Outra condição causadora de prazer no trabalho pode ser a viabilidade de trabalhar com os pares, pois, usualmente, o trabalho em parceria concede prazer, uma vez que os sujeitos

podem compartilhar as adversidades relacionadas ao trabalho e propiciar apoio mútuo (LOPES et al., 2012).

O prazer em utilizar a criatividade no trabalho, emitida através da liberdade de expressão pelos agentes comunitários de saúde, também acompanha uma provável situação geradora de prazer no trabalho. Especialmente quando focaliza o comprometimento pessoal para preparar e realizar ações de integração com a comunidade (LOPES et al., 2012).

O trabalho oportuniza ao sujeito o aperfeiçoamento de suas potencialidades, por meio da liberdade de expressão e emprego da originalidade. Dessa forma, promove a satisfação e conscientização de sua importância para a instituição em que atua e para a sociedade em que está inserido (GOMES et al., 2006).

Segundo Cameron (2008 apud CARLOMAGNO, 2016), o clima organizacional positivo acontece quando as emoções positivas predominam sobre as emoções negativas. Dessa forma, compreende-se que nesse tipo de ambiente os colaboradores experimentam muito mais o bem-estar, o otimismo, o reconhecimento, do que o estresse, medo e desconfiança.

Cameron (2008 apud CARLOMAGNO, 2016) também aponta que o clima positivo é uma das estratégias para que se estabeleça liderança positiva nas organizações. Entretanto, entende-se que, para se estabelecer liderança positiva, deve-se também cultivar, na organização, aspectos que contemplem relacionamentos positivos, esquecendo-se de toda e qualquer forma de competição entre colaboradores, estabelecendo, por sua vez, uma comunicação baseada na cobrança, tendo em vista que tais aspectos não seriam benéficos para a construção de clima e liderança positiva.

O autor ainda argumenta que relacionamentos positivos são a fonte geradora de enriquecimento, vitalidade e aprendizagem para os sujeitos, caracterizando-os também para uma predominância de emoções positivas, reconhecimento, aceitação e compaixão (CAMERON, 2008 apud CARLOMAGNO, 2016).

Para tanto, uma das formas de valorizar as forças pessoais é reconhecer as pessoas em seu trabalho. Quanto ao reconhecimento, é importante salientar que, desde o início das pesquisas que contemplam a psicologia organizacional e o cenário de gestão de pessoas, este construto é visto como um elemento chave para a relação do sujeito com seu trabalho, parte do processo motivacional e de grande

importância na busca da valorização dos colaboradores (HERNANDES; SOUZA, 2015).

O reconhecimento se constrói com o ato de agradecer um ponto positivo em que o colaborador auxiliou na organização, e este reconhecimento deve ser único, livre e específico para aquela pessoa, visto que isso implica em questões que perpassam a construção da identidade do sujeito no trabalho, podendo contribuir positivamente para a garantia de novos e importantes resultados para a organização, levando em consideração o ato de reconhecer. (FERREIRA, 2011)

3.3 SUPORTE SOCIAL

Para Cobb (1976), suporte social é a definição de que o sujeito é amado e valorizado. Refere-se também ao fato de que o sujeito é integrante de uma rede social, possuindo a atenção das pessoas as quais se preocupam com ele.

Cabe esclarecer que o suporte social no trabalho possui três tipologias: a) *emocional*, que compreende as crenças do sujeito sobre a existência de pessoas confiáveis e companheiras entre si, como, por exemplo, os colegas de trabalho; b) *instrumental*, relacionando-se à percepção do indivíduo quanto ao apoio material das pessoas integrantes da instituição em que atua; e c) *informacional*, que se refere às informações transparentes que asseguram a percepção de apoio por parte das redes sociais inseridas na organização em que ele trabalha (GOMIDE et al., 2004).

Nesse sentido, os agentes comunitários desenvolvem alguns mecanismos de enfrentamento para amenizar as dificuldades do trabalho, a fim de transformá-lo em uma atividade prazerosa e mais produtiva (ROSA et al., 2012). A elaboração de estratégias é importante para evitar danos à saúde do trabalhador e melhorar a sua satisfação no trabalho, produzindo motivação. Uma das estratégias mais comuns entre os ACS é possuir suporte afetivo e social para encarar os impasses e as adversidades de lidar com os limites da vida pessoal, influenciando na sua relação com a população. (TINOCO, 2015)

Conforme Gottardo e Ferreira (2015), o suporte social no trabalho vem se destacando por caracterizar-se como o apoio dado ao indivíduo por seus colegas e supervisores, no contexto organizacional. Diante dessa informação, nota-se que vários estudos têm demonstrado a importância do suporte social para a satisfação

no trabalho. Constatase que as relações interpessoais desempenham importante papel no modo como os indivíduos reagem às intempéries da vida, determinando sua qualidade de vida e sua saúde mental (GOTTARDO; FERREIRA, 2015).

Segundo Bastianello (2015), a literatura internacional apresenta uma vasta publicação de instrumentos disponíveis para inferir suporte social. Contudo, a maioria dessas produções mensura somente o lado de receber suporte, desconhecendo um importante aspecto que é o de dar ou ser um suporte para os demais.

No Brasil, são escassos os instrumentos que avaliam o suporte social percebido, estejam eles adaptados ou designados para a realidade do país. Todos os instrumentos acessíveis, em Língua Portuguesa, verificam meramente o fator de receber suporte social (BASTIANELLO, 2015).

Observando esta lacuna, a referida pesquisadora adaptou e validou a escala australiana *2-Way Social Support Scale (2-Way SSS)* para o Brasil, uma vez que a *2-Way SSS* contempla propriedades psicométricas apropriadas, e, dessa forma, viabiliza apoio empírico para as duas dimensões do suporte social (emocional e instrumental) nas duas direções: dar e receber suporte (BASTIANELLO, 2015).

3.4 CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA

Nas últimas décadas, homens e mulheres têm sido confrontados com uma realidade cada vez mais complexa e incerta. Ao mesmo tempo em que são encorajados a buscarem seus sonhos e a contribuir mais ativamente com a sociedade, são também defrontados com grandes responsabilidades familiares, em especial com filhos pequenos e/ou pais idosos. Essa nova realidade faz com que tanto homens quanto mulheres tenham que acumular múltiplos papéis sociais e precisem manejar a interface entre vários domínios da vida (AYMAN; ANTANI, 2008).

Considera-se família a representação da união através de laços consanguíneos, afetivos ou de solidariedade (PNAS, 2004). A Estratégia da Saúde da Família (ESF) destaca-se como estratégia de organização dos serviços na Atenção Primária à Saúde, fortalecendo a rede de saúde e colaborando para a reorientação do modelo assistencial. Ela tem como um de seus objetivos acompanhar, através de ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da

saúde, a população adscrita à sua área de abrangência. O essencial no trabalho da ESF é a construção de vínculos e o desenvolvimento de ações a partir da associação dos atributos sociais, culturais, econômicos e epidemiológicos do território às demandas e necessidades em saúde da população (CORBO et al., 2007). Com este objetivo, ela busca realizar um cuidado integral, baseando-se no entendimento ampliado de saúde e de promoção da saúde, no trabalho em equipe e na busca pela qualidade e resolutividade da assistência oferecida ao usuário, construindo um novo modelo de atenção à saúde (BARRA, 2013).

O conflito trabalho-família é deliberado como uma espécie de desordem entre funções, na qual as influências incididas do trabalho e da família são, de alguma forma, reciprocamente inconciliáveis (GREENHAUS; BEUTELL, 1985). Apesar dessa definição ser amplamente aceita, ela, por si só, não é satisfatória para demonstrar o enredamento que cerca o todo. De fato, no mesmo trabalho em que tal definição é proposta, os autores reconhecem a existência de três elementos distintos que podem estar na origem da percepção de conflito entre trabalho e família: tempo, tensão e comportamento (AGUIAR, 2012).

Desse modo, o envolvimento em uma função pode diminuir o tempo disponível para a prática em outra; intensificar a tensão, interferindo na habilidade de realizar outra função; e, ainda, incentivar comportamentos que sejam inconciliáveis com aqueles desempenhados em outro papel (BARNETT; GAREIS, 2006).

Em sua essência, a relação trabalho-família é determinada como a extensão do comprometimento de uma pessoa em um domínio da vida, seja na família ou trabalho, provendo resultados que cooperam para aperfeiçoar o funcionamento de outro domínio. É pertinente compreender que, do mesmo modo que o trabalho pode ser responsável pela facilitação e/ou dificuldade na vida familiar, a família, por sua vez, também pode ser fonte de ajuda e/ou prejuízo para a realização das atividades laborais (AGUIAR; BASTOS 2013).

Para Whitehead (2008), a razão de tanto interesse de pesquisas no conflito trabalho-família se deve à combinação de maior intensidade das exigências do mundo do trabalho – tanto para homens quanto para mulheres –, o que envolve mais horas trabalhadas e uma maior produtividade, com a consequente escassez de tempo e energia disponíveis para os afazeres familiares, que incluem atividades domésticas e responsabilidades com filhos, idosos, animais domésticos, entre outras atribuições.

3.5 PSICOLOGIA POSITIVA

O movimento da Psicologia Positiva teve início em 1998, quando o psicólogo Martin Seligman assumiu a presidência da Associação Americana de Psicologia. Até então, a ciência psicológica vinha negligenciando o estudo dos aspectos virtuosos da natureza humana (PALUDO; KOLLER,2007). Na busca do resgate dos aspectos positivos da vida, focando para as forças e virtudes, Martin Seligman inicia os estudos para melhor compreender a felicidade na vida humana. A partir desse movimento, a psicologia vem sendo estudada por diferentes autores na compreensão de sua importância para o desenvolvimento de potencialidades positivas, por meio de um estudo científico de aspectos virtuosos e usuais presentes nos indivíduos (SHELDON; KING, 2001).

Por tratar-se de aspectos positivos, os estudos relacionados ao Comportamento Organizacional Positivo são referência na inserção da Psicologia Positiva no contexto empresarial. Da aplicação da Psicologia Positiva ao contexto organizacional surge o Comportamento Organizacional Positivo (COP) (*positive organizational behavior*), iniciado por Fred Luthans (2002a). O autor se dedica sob o estudo das capacidades psicológicas que têm influência no desempenho organizacional. Ao centrarem a sua atenção apenas nas capacidades que têm impacto no desempenho, os apoiadores do COP pretendem legitimá-lo como uma área de estudo organizacional que contribui para a gestão mais eficaz das pessoas nas organizações (PALMA, 2007).

Na perspectiva do Comportamento Organizacional Positivo, o termo “florescimento” refere-se a uma situação de prosperidade e de desenvolvimento e a um estado progressivo de satisfação e bem-estar no contexto do trabalho, podendo ser aplicado a situação de desenvolvimento profissional no contexto da organização.

O termo florescimento refere-se a sujeitos que estão em desenvolvimento de potencialidades que poderiam proporcionar realização, propósito, emoções positivas e engajamento em toda e qualquer atividade que estivessem desempenhando (SELIGMAN, 2011). Assim, os “indivíduos que estão em florescimento aprendem efetivamente, trabalham produtivamente, têm melhores relacionamentos sociais, gostam de contribuir para sua comunidade e têm melhor saúde e maior expectativa de vida” (apud PALUDO E KOLLER, 2007, p. 12).

Dessa forma, o florescimento está vinculado diretamente ao bem-estar, que é considerado um constructo. Seligman (2011) define felicidade e bem-estar como dois conceitos diferenciados. Referindo-se à felicidade autêntica, Seligman (2011) define-a com o seguinte conceito:

A teoria da felicidade autêntica é a tentativa de explicar uma coisa real - a felicidade - definida pela satisfação com a vida, considerando que as pessoas classificam sua satisfação com suas vidas a partir de uma escala de 1 a 10. As pessoas que têm o máximo de emoção positiva, o máximo de engajamento e o máximo de sentido são as mais felizes e têm o máximo de satisfação com a vida (SELIGMAN, 2011.p.25).

Para o autor, o bem-estar, por sua vez, é:

Bem-estar é um construto, felicidade é uma coisa. Uma “coisa real” é uma entidade diretamente mensurável. Uma tal entidade pode ser “operacionalizada” o que significa que é definida por um conjunto muito específico de medidas. Por exemplo, na meteorologia a sensação térmica negativa é definida pela combinação de temperatura e vento diante da qual a água congela (e ocorre a geladura) (SELIGMAN, 2011.p.25).

Sendo o bem-estar um constructo, o autor considera cinco elementos fundamentais que o compõem (SELIGMAN, 2011):

- Emoções positivas: O primeiro elemento da teoria do bem-estar são as emoções positivas. Igual a uma vida agradável, as emoções positivas estão ligadas à felicidade e à satisfação, que são medidas subjetivas do indivíduo;
- Engajamento: Assim como a emoção positiva, o engajamento é um elemento de medida subjetiva, representando a realização de alguma coisa que o indivíduo gosta muito de fazer;
- Sentido: Entende-se sentido como um elemento de pertencimento e causa no momento em que realiza ou serve a algo em que acredita;
- Realização: Busca constante pelo sucesso e vitória, o que se contempla em diferentes aspectos da realização como um todo;
- Relacionamentos positivos: Trata-se de relacionamentos em que as pessoas propiciam momentos positivos quando estão reunidas, transmitindo sentimentos bons e sendo antídotos para os momentos ruins.

Em relação ao florescimento, Seligman (2011) afirma que existem três

características essenciais do bem-estar que se ligam aos elementos que constituem o florescimento, assim como algumas características adicionais. As três características essenciais são:

- Engajamento, interesse: Obtém satisfação em aprender coisas novas e realizar atividades desafiadoras;
- Emoção positiva: Seguindo os conceitos teóricos é o quanto você se considera feliz;
- Sentido, propósito: Sente-se útil e valioso por realizar algo em sua vida.

Quanto às características adicionais, Seligman (2011) as define como: autoestima, otimismo, resiliência, vitalidade, autodeterminação e relacionamentos positivos. Para estar em florescimento, o indivíduo deverá ter as três características essenciais e, no mínimo, três características adicionais presentes em sua vida.

De acordo com a pesquisa que Seligman realizou, em alguns países, sobre o florescimento, além das três características essenciais, foram utilizados quatro conceitos das características adicionais, conforme podemos ver no quadro a seguir (Quadro 1):

Quadro 1 – Características essenciais e adicionais utilizadas por Seligman:

Emoções positivas	De modo geral, o quanto você se sente feliz?
Engajamento, Interesse	Adoro aprender coisas novas.
Sentido, propósito	De modo geral, sinto que o que faço em minha vida é valioso e útil.
Autoestima	De modo geral, sinto-me muito positivo em relação a mim mesmo.
Otimismo	Sou sempre otimista em relação ao meu futuro.
Resiliência	Quando as coisas dão errado em minha vida, geralmente levo muito tempo para voltar ao normal. (Respostas contrárias indicam maior resiliência).
Relacionamentos positivos	Em minha vida, há pessoas que se

importam comigo?

Fonte: Seligman (2011)

Sendo assim, as emoções positivas foram o pilar inicial para os estudos da Psicologia Positiva e o ponto de partida para os próximos conceitos que nortearam os achados dessa teoria (SILVESTRE; VANDENBERGHE, 2013). O primeiro elemento da teoria do bem-estar é a emoção positiva, que propicia aos sujeitos as possibilidades de uma vida mais agradável e a busca pelo florescimento (SELIGMAN, 2011).

Os pontos relacionados às emoções positivas estão ligados diretamente ao acúmulo de aprendizagem, superação em momentos conflituosos, melhor engajamento em atividades de maior complexidade e, ainda, a uma visão de futuro mais positiva (SILVESTRE; VANDENBERGHE, 2013).

Conforme mencionado anteriormente, as emoções positivas levam os sujeitos a um melhor engajamento. Nesse sentido, no que se refere ao conceito deste construto, pode-se afirmar que essas são expressões físicas, cognitivas, emocionais e mentais a partir da execução de alguma atividade laboral. O engajamento pode ser considerado como energia, envolvimento e eficácia, o que representa o oposto dos clássicos conceitos de Burnout. Salienta-se, ainda, que o conceito em questão pode ser relacionado a um estado mental positivo de realização em determinada atividade laboral, obtendo vigor, dedicação e absorção pela atividade realizada no trabalho (SIQUEIRA et. al, 2014).

O sentido e propósito são levados em consideração quando o sujeito se envolve de forma intensa com alguma atividade que está realizando. Por isso, esse elemento está no final dos pilares que contemplam os três principais aspectos do florescimento. O indivíduo experimenta um sentimento de pertencer ao empreendimento que labora, tendo o seu trabalho como uma importante causa, um sentido para estar vivo (PASCHOAL et. al, 2010).

Ao conceituar bem-estar, pode-se considerar a existência de aspectos que possam ser potencializados no ambiente organizacional e possibilitar a felicidade. Ressalta-se que a maior parte dos gestores das organizações ainda não desenvolve políticas que auxiliem no bem-estar, na saúde e, conseqüentemente, no florescimento no trabalho (ZANELLI et. al, 2010).

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa fez uso da abordagem quantitativa, com caráter transversal e correlacional. A pesquisa quantitativa, de acordo com Creswell (2010), permite testar teorias objetivas, examinando a relação de variáveis. Tais variáveis podem ser medidas com instrumentos, possibilitando a análise dos dados numéricos através de procedimentos estatísticos. Já a análise correlacional, possibilita a identificação do grau de associação entre duas ou mais variáveis. O estudo transversal é caracterizado pela limitação do tempo; a coleta dos dados é realizada em um determinado momento, sem se prolongar por um longo período (HULLEY et al., 2003).

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Fizeram parte desse estudo 139 agentes comunitários de saúde com idades entre 22 anos e 75 anos, sendo 15 participantes do sexo masculino e 124 do sexo feminino. Este estudo foi desenvolvido em um espaço físico disponibilizado pela rede de Atenção Básica das secretarias municipais de saúde de quatro municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – 4ª CRS.

4.2.1 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os participantes que estavam em licença de trabalho por qualquer motivo (gestante, saúde, adotante, entre outras), férias durante o período definido para a coleta de dados, e/ou que exerciam outra atividade profissional com carga horária de, no mínimo, oito horas semanais, bem como trabalhadores com menos de um ano no cargo de ACS.

4.3 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

No primeiro momento, foi realizado o contato com os secretários de Saúde dos municípios selecionados para participarem da pesquisa, ocasião em que eles assinaram o termo de consentimento institucional. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética foi realizado o novo contato com as instituições, as quais conversaram com suas equipes. Depois disso, os Agentes Comunitários de Saúde que tiveram interesse em participar foram liberados para o encontro com a pesquisadora. No lugar cedido e hora agendada pelos gestores dos municípios, foi explicado para os ACS o objetivo da pesquisa e seu procedimento, ressaltando que sua participação era voluntária. Dessa maneira, após tirarem todas as dúvidas, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o participante. Após a devolução do TCLE (APÊNDICE A), devidamente assinado, iniciou-se a execução da pesquisa. A aplicação dos instrumentos foi realizada de forma coletiva e cada participante recebeu um envelope com os instrumentos inseridos nele. A pesquisadora se colocou à disposição para esclarecer as possíveis dúvidas dos participantes. O tempo de aplicação da pesquisa era em torno de sessenta minutos, e na medida em que terminavam, os participantes lacravam seus envelopes com fita dupla face, reforçando a segurança do anonimato, entregando-o para a pesquisadora. Foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Questionário sociodemográfico: o questionário teve como objetivo realizar um levantamento dos dados sociodemográficos dos ACS, incluindo aspectos como data de nascimento, sexo, idade, nível de formação, tempo de serviço como agente, estado civil, número de filhos e membros da família que residem em sua casa, com a finalidade de conhecer melhor o perfil dos participantes da pesquisa; b) Escala de conflito trabalho-família: trata-se de uma escala composta por 16 itens que se distribuem igualmente entre as dimensões “Interferência do Trabalho na Família” e “Interferência da Família no Trabalho”, ambas compostas por oito itens. Esse instrumento caracteriza-se por envolver itens que representam as três naturezas do conflito: tempo, tensão e comportamento, sendo capaz de saturar os elementos teóricos que definem o conflito trabalho-família (AGUIAR, 2016). Tal instrumento foi validado no Brasil por Carolina Villa Nova Aguiar, em sua tese de doutorado em Psicologia, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); c) Escala de Suporte Social Percebido 2-Way SSS: a medida de dar e receber apoio emocional e instrumental. Esta escala é formada por 20 itens divididos entre quatro fatores: dar suporte emocional, dar

suporte instrumental, receber suporte emocional, receber suporte instrumental. Este instrumento afere a percepção que o sujeito possui da sua rede de suporte social e também a sua percepção do suporte que ele disponibiliza aos outros (HUTZ, 2016). Esta escala foi validada no Brasil por Micheline Bastianello, em sua tese de doutorado em Psicologia, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Durante as aplicações dos instrumentos, sempre era feita uma verificação para saber se o ACS estava confortável com a participação. Também foi feita a combinação com os participantes de haver, no futuro, um momento para a devolução dos resultados.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os materiais coletados foram tabulados em um banco de dados. Para uma melhor descrição dos resultados foi utilizada a Estatística Descritiva e Paramétrica, sendo utilizado o índice de Correlação de Person para avaliar, quantitativamente, a relação entre os instrumentos utilizados. A análise foi realizada pelo programa SPSS 21.0.

5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Na presente pesquisa, foram mantidos os princípios éticos presentes na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que orientam a ética em pesquisas com seres humanos. Diante dessa consideração, foram respeitados os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, assegurando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

A pesquisa só foi executada após a aprovação por parte do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Aos agentes comunitários de saúde que aceitaram o convite de participação da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi lido e assinado pelos indivíduos participantes antes da aplicação dos instrumentos. A pesquisadora se colocou à disposição para esclarecer possíveis dúvidas dos participantes. No TCLE, foram expostos os objetivos da pesquisa e a forma como esta seria realizada, juntamente com suas possíveis consequências, explicitando o uso das informações coletadas. No consentimento também estava exposto o esclarecimento dos aspectos sobre a privacidade e o sigilo da identidade, deixando claro que a participação era voluntária, sem nenhum tipo de gratificação, bem como era possível desvinculação imediata da participação no estudo, caso houvesse algum desconforto por parte do participante. O formato do TCLE foi feito em duas vias, uma para os participantes e outra para a pesquisadora.

Foi explicado que, após a análise dos dados dos instrumentos, o material seria armazenado com segurança, na sala do professor orientador, na Universidade Federal de Santa Maria, localizada na Avenida Roraima, prédio 74B, em Santa Maria, Rio Grande do Sul, CEP 97105-340, ressaltando que os métodos empregados eram restritos a uma situação de pesquisa, visando apenas o aprimoramento do conhecimento científico em um campo que ainda demanda novas investigações. Também foi exposto a todos os participantes que este estudo apresentava riscos mínimos em função de seus objetivos e metodologias escolhidas. Contudo, os participantes também foram informados sobre a possibilidade de desistência da participação no estudo, em qualquer etapa do mesmo, e que, caso

fosse necessário, os participantes receberiam atendimento psicológico, gratuito, com a própria pesquisadora.

5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo investigou o conflito trabalho-família e suporte social em Agentes Comunitários de Saúde. Foram utilizadas as escalas clínicas Conflito Trabalho-família e Suporte Social Percebido. A aplicação se deu com 139 ACS participantes, com idades entre 22 anos e 75 anos, sendo a média entre as idades de 38,06 anos e desvio padrão de 9,721.

A pontuação da escala Suporte Social Percebido compreende, no fator “dar suporte social emocional”, de 0 a 25 pontos; os resultados dos participantes com relação aos escores mínimos e máximos nesse fator foram da mínima de 13,00 e máxima 25,00, com desvio padrão 23,03 e média 2,23. Com relação ao fator “dar suporte social instrumental” a pontuação mínima foi de 11,00 e máxima 20,00, com média 17,90 e desvio padrão 2,23. Já no fator “receber suporte social emocional” a pontuação mínima foi de 13,00 e máxima 35,00. E, por fim, no fator “receber suporte social instrumental” a pontuação mínima foi de 7,00 e máxima 20,00, com média 16,54 e desvio padrão 3,42.

O instrumento Conflito Trabalho-família se divide em duas escalas: interferência trabalho-família e interferência família-trabalho, ambas com escores mínimo de 1 e máximo 48. A escala de interferência trabalho-família teve como pontuação mínima 8,0 e máxima 44,00, e a média foi de 27,11 e desvio padrão 8,40. Já a escala de interferência família-trabalho apresentou como pontuação mínima 8,0 e máxima 33,00, média 14,63 e desvio padrão 6,12.

Este estudo verificou a relação entre as escalas Suporte Social Percebido e Conflito Trabalho-família, logo, os resultados foram significativos para os seguintes fatores dos instrumentos citados acima: $p < 0,05$ nas seguintes combinações: 1) dar suporte emocional e interferência família-trabalho ($r = 0,20$); 2) receber suporte instrumental e interferência trabalho-família ($r = 0,29$); 3) receber suporte instrumental e interferência família- trabalho ($r = 0,21$).

Já para $p < 0,01$ os resultados foram significativos nas seguintes combinações: 1) dar suporte emocional e trabalho-família ($r = 0,27$); 2) dar suporte instrumental e

família-trabalho ($r=0,31$); 3) receber suporte emocional e trabalho- família ($r=0,38$); 4) receber suporte emocional e família-trabalho ($r= 0,25$).

Essa pesquisa também constatou a correlação total entre a Escala Suporte Social Percebido e Conflito Trabalho-família (família–trabalho) com resultado significativo pra $p<0,01$ é igual $r=0,32$. Na relação feita suporte social percebido e conflito trabalho-família $p<0,01$ é igual $r=0,34$.

Tabela 1 - Estatística Descritiva

Estatística Descritiva						
	N	Mínimo	Máximo	Significativo	Desvio Padrão	
Dar Suporte Emocional	118	13,00	25,00	23,03	2,23	
Dar Suporte Instrumental	116	11,00	20,00	17,90	2,27	
Receber Suporte Emocional	116	13,00	35,00	29,76	5,60	
Receber suporte Instrumental	115	7,00	20,00	16,54	3,42	
Suporte Social Percebido total	112	60,00	100,00	87,34	10,58	
Trabalho família	111	8,00	44,00	27,11	8,40	
Família trabalho	107	8,00	33,00	14,63	6,12	
Válido N (lista)	94					

Fonte: Autoria própria (2017).

5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram significativos na correlação entre o Conflito trabalho-família e receber suporte instrumental. Quando há conflito trabalho-família significa que existe um déficit no tempo, tensão e comportamento investido na família. Relacionando com suporte instrumental, significa que os recursos materiais auxiliam amenizando essa tensão.

Tabela 2 - Correlação dos fatores da escala suporte social percebido com a escala Conflito trabalho-família.

Correlação entre as escalas		
	Conflito Trabalho-Família	Conflito Família-Trabalho
Dar suporte emocional	-0,27**	-0,20*
Dar suporte instrumental		-0,31**
Receber suporte emocional	-0,38**	-0,25**
Receber suporte instrumental	-0,29*	-0,21*
WSStotal	-0,34**	-0,32**

Legenda: * Estatisticamente significativo ($p < 0,01$) ($n=139$)

Legenda: ** Estatisticamente significativo ($p < 0,05$) ($n=139$)

Fonte: Autoria própria (2017).

Segundo a teoria da Psicologia Positiva, a organização deve proporcionar ambientes saudáveis e com infraestrutura para a realização de atividades. O ambiente laboral e a estrutura corporativa colaboram na demonstração de comportamentos de tensão e estresse, por isso são influências intensas no bem estar do trabalhador (DA PAZ; NEIVA; DESSEM, 2012). Uma das compreensões da relação positiva entre suporte instrumental e conflito trabalho-família apresenta a relevância do papel do trabalho para os ACS entrevistados. Clark (2000) propôs que o nível em que um indivíduo se identifica com um papel é de significância em sua experiência de conflito trabalho-família. Dessa forma, este resultado veio ao encontro da teoria positiva confirmando que os recursos instrumentais contribuem para a saúde do trabalhador.

Em relação aos resultados da escala família-trabalho e o suporte social nos aspectos “dar suporte emocional” e “receber suporte instrumental” foi demonstrado também uma forte correlação. Entre os pontos conflito família-trabalho e dar suporte emocional há uma doação do sujeito referente às questões afetivas e uma postura

calorosa e receptiva das vinculações, sendo assim um catalizador do conflito família-trabalho. Já para as dimensões - família - trabalho e receber suporte instrumental, compreende-se que as relações familiares oferecem auxílio nas questões físicas e materiais, como levar o filho ao médico, dar uma carona ou emprestar dinheiro.

Conforme explica Goldsmith (2007), a assistência familiar refere-se ao reforço emocional evidenciado, por exemplo, em conversas que confortam e reduzem a tensão familiar. O suporte instrumental, por sua vez, costuma ser compreendido no cuidado e acompanhamento às crianças. No âmbito de trabalho, o suporte social corresponde à cooperação e o fornecimento de soluções originado de colegas, supervisores e/ou gestores. Dessa maneira, transparece a importância da perspectiva da Psicologia Positiva tanto para as relações emocionais como instrumentais para o bem-estar do indivíduo.

Esta pesquisa também apontou resultados que não atenderam aos critérios de significância estatística, mas que, ainda assim, são importantes de serem discutidos, como a relação conflito trabalho-família com dar e receber suporte emocional. Infere-se, por exemplo, que o agente comunitário de saúde que sente dificuldade em suas relações entre o trabalho e família, mas que, ao mesmo tempo, encontra suporte no trabalho, obtém o suporte emocional necessário para que ele consiga desenvolver bem suas atividades laborais e ter o bem-estar para dar o retorno que a organização precisa.

Outro ponto a ser destacado é a relação entre conflito família-trabalho e dar suporte instrumental e receber suporte emocional. Pode-se aventar que quando a família do agente comunitário de saúde está interferindo em suas relações laborais, isso demonstra que as soluções podem estar no suporte social, tanto quando ele ganha o apoio afetivo da família como quando ele oferece o auxílio material e físico para a mesma.

Conforme Seligman (2011), as relações positivas estão vinculadas a toda e qualquer relação que propicie emoções positivas, podendo ser desenvolvidas em ambientes sociais, familiares e laborais. No que tange aos aspectos de emoções positivas no contexto dos ACS, destaca-se que suas relações perpassam em ambientes sociais e familiares, levando em consideração que eles propiciam e recebem emoções positivas do meio onde vivem.

Kirrane e Buckley (2004) constataram que na crescente interdependência dos âmbitos trabalho e família o suporte familiar está sendo reconhecido como um fator

primordial para a compreensão do bem-estar dos funcionários. Os autores observaram que o suporte familiar utiliza um padrão similar àquele identificado no setor de trabalho. Assim, receber apoio da família tem sido positivamente relacionado aos resultados de trabalho, incluindo sucesso ocupacional, saúde mental positiva, satisfação no trabalho e, indiretamente, à melhora de estresse devido ao trabalho e perda do emprego.

Também foi feita, nesta pesquisa, a correlação entre o total das duas escalas, Conflito Trabalho-família e Suporte Social Percebido. Os resultados apresentados demonstraram uma fraca correlação entre ambas.

Os agentes comunitários de saúde apresentam-se como trabalhadores essenciais para a Atenção Básica. A profissão de ACS, regulamentada na lei nº. 10.507/2002, para o exercício da profissão, demanda que o profissional deva preencher os seguintes requisitos: residir na área da comunidade em que atua; haver concluído, com aproveitamento, curso de qualificação básica para a formação de ACS e o Ensino Fundamental completo.

Neste contexto, esses profissionais têm ações estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica, dentre elas: realizar ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS); desenvolver ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; cadastrar todas as pessoas de sua microárea; e orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis (BRASIL, 2011).

Em contrapartida, esses trabalhadores dedicam-se à saúde da comunidade, mas existe também a necessidade de que os mesmos recebam cuidados a sua própria saúde. Cuidados esses que realçam a preocupação com suas condições de vida e de trabalho. Dessa forma, este estudo teve a intenção de examinar o conflito trabalho-família desses trabalhadores, destacando que tal conflito entre o trabalho e a família foi definido por Greenhaus e Beutell (1985) como uma forma de conflito entre papéis, no qual as pressões advindas do trabalho e da família são, de alguma maneira, mutuamente incompatíveis. Assim, da mesma forma que o trabalho pode prejudicar a família, as demandas familiares também podem dificultar o cumprimento das atividades de trabalho.

Conforme Aguiar (2016), no que tange o seu estudo de validação do instrumento Conflito Trabalho-família para o Brasil, o instrumento foi aplicado numa

amostra de 446 trabalhadores brasileiros, no estado da Bahia, em diferentes organizações e segmentos ocupacionais, obtendo uma média de 3,5 para a interferência do trabalho-família e 2,5 ao se tratar da interferência da família no trabalho. No que diz respeito ao conflito trabalho-família, fica nítido que, de modo geral, os participantes da pesquisa demonstraram perceber maior interferência do Trabalho na Família (ITF) do que Interferência da Família no Trabalho (IFT).

Cabe salientar que o Conflito trabalho-família é definido por três construtos que formam a raiz da percepção do conflito: o tempo, a tensão e o comportamento. Ao relacionar esses aspectos com a realidade vivida pelos ACS, pode-se considerar o fato desse profissional ter que morar no território em que executa sua atividade laboral (uma das premissas do Ministério da Saúde, com a intenção de favorecer o diálogo entre seu trabalho e a comunidade) como se ele estivesse vinte quatro horas em seu trabalho, não tendo limite em relação ao tempo oferecido para a atividade laboral e o tempo para sua família.

De acordo com Menegussi et al. (2014), em seu estudo qualitativo com ACS, foi indicado como resultado o fato dos mesmos apontarem a grande dificuldade em residir no território, afirmando que a comunidade confundem muito, não respeitando seu tempo fora do expediente, os procurando no mercado, em suas casas e em seus momentos de lazer, fazendo com que eles sintam sua vida pessoal sendo invadida. Essa situação, em longo prazo, potencializa privações e sofrimento emocional que refletem nas suas relações pessoais, qualidade de vida e também em seu trabalho.

Para Lopes et al. (2011), os resultados encontrados também mostraram que a obrigatoriedade de morar e trabalhar no mesmo local incide em situações de perda de privacidade, exposição à violência e convivência com os problemas sociais do seu território, destacando-se como causas principais de sofrimento.

Os ACS são considerados agentes de mudança inseridos na comunidade, necessitando se adequarem constantemente às distintas situações que surgem diariamente. Desse modo, remete-se ao construto do comportamento onde a demanda exigida pelo trabalho é tão intensa que reflete no seu comportamento e nas suas relações interpessoais.

Conforme Paula et al. (2015), a dificuldade se consolida no momento em que esses profissionais sentem que, apesar de serem considerados agentes transformadores, não possuem as ferramentas fundamentais que preconiza a teoria

da sua função, carregando consigo a tristeza de não enxergar as mudanças acontecerem, duvidando, assim, da sua capacidade e da sua prática.

Garcia et al. (2016) destaca que a multiplicidade de papéis assumidos pelos agentes comunitários de saúde interfere na sua vida pessoal, o que o faz ser visto como uma figura de referência para a comunidade. Essa compreensão faz com que a cobrança desse e para esse protagonista se torne ainda maior, principalmente no que tange solucionar as necessidades de saúde da população e cumprir com todas as exigências da sua função.

Nesse sentido, faz-se pertinente perceber a constante tensão que envolve o trabalhador ACS, dificultando a conciliação entre as esferas ocupacional e familiar. Aguiar (2016) explica que a tensão, o terceiro construto do conflito Trabalho- Família é concebida por um domínio que passa a ser a origem de dificuldades para outro domínio. Quanto maior for a interferência do trabalho na família, maior será o conflito entre os mesmos.

Oliveira et al (2013) explica que quando as obrigações da atividade laboral do trabalhador passam a comprometer a realização dos interesses familiares, a incapacidade de atender plenamente aos compromissos pessoais resultaria por promover interferências no trabalho, podendo, assim, minar o bom andamento das atividades profissionais em longo prazo, provocando um círculo vicioso de interferências negativas entre demandas das duas dimensões, reduzindo a satisfação no trabalho e o bem-estar familiar.

Desse modo, ao estudar o conflito trabalho-família e o cotidiano dos trabalhadores ACS, percebe-se que a intensificação de exigências nos dois domínios, profissional e familiar, teria, portanto, consequências nocivas tanto sobre o bem-estar individual quanto em relação a aspectos relacionados aos desempenhos das atividades laborais. Sendo assim, cabe atentar aos gestores que estejam mais alerta para essa dinâmica excessiva que recai sobre os ACS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises realizadas a partir do presente estudo indicaram a presença do conflito trabalho-família e a correlação entre o suporte social percebido em Agentes Comunitários de Saúde na amostra estudada. Apesar das condições de trabalho dos ACS serem precárias e promoverem sofrimento, ao relacionar a atividade com o suporte social, fazendo uma interface com a Psicologia Positiva, pode ser percebida a necessidade de estudos desta perspectiva com estes profissionais.

Neste estudo, em sua parte de campo, os objetivos foram alcançados e obteve-se um bom número de participantes dispostos a colaborar. As instituições onde a pesquisa foi realizada se mostraram receptivas e deram o apoio necessário para o desenvolvimento da mesma.

Embora o estudo quantitativo tenha apresentado resultados relevantes, demonstra-se a necessidade de um estudo qualitativo com a intenção de produzir mais dados relevantes sobre a população estudada, indicando necessidade de pesquisas futuras. Na parte teórica, as limitações foram relacionadas à dificuldade de encontrar pesquisas nacionais com a temática acerca do conflito trabalho-família e suporte social. É importante ampliar a literatura com novos estudos capazes de fornecer mais informações que possam subsidiar intervenções específicas diante das necessidades dos ACS.

Destaca-se a importância da implantação de procedimentos de promoção à saúde dos Agentes Comunitários de Saúde, buscando à minimização e à redução do sofrimento sucedido dos conflitos gerados pelo trabalho, promovendo a satisfação destes trabalhadores, considerando-se um relevante aspecto interveniente na saúde. Considera-se que o SUS conta com ações na área da saúde do trabalhador e, assim sendo, é primordial que os gestores elaborem procedimentos junto aos trabalhadores de saúde, com o objetivo de reduzirem o impacto negativo tanto na vida como na saúde dos mesmos, proporcionando bem-estar físico e psicossocial, de modo que as pessoas sintam-se em paz, construindo propósitos significativos que resultem na melhoria das condições de vida no ambiente de trabalho.

Finalizando essas considerações, espera-se que o profissional Agente Comunitário de Saúde seja enxergado além da dimensão do trabalho, e sim como i

o tripé que o cerca e o diferencia de toda a classe profissional do Sistema Único de Saúde que é ser trabalhador, morador e usuário.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C.V.N. **Conflito Trabalho-Família: evidências de validade do modelo de Greenhaus e Beuttel no Brasil.** Manuscrito do Artigo. [2016].

AGUIAR, C.V.N.; BASTOS, A.V.B. Tradução, adaptação e evidências de validade para a medida de Conflito trabalho-família. **Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 2, p. 203-212, 2013.

AGUIAR, C.V.N. **Conflito Trabalho-família e Comprometimento Organizacional: um estudo com trabalhadores de diferentes segmentos produtivos.** 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2012. Disponível em: <http://www.pospsi.ufba.br/Carolina_Aguiar.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2016.

AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMAN, M, C. L.; MONTEIRO, T.P.M. **A Política de Saúde Mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios.** São Paulo: Hucitec, 2010.

ATHAYDE, V.; HENNINGTON, E.A. A Saúde mental, dos Profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312012000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2016.

AYMAN, R.; ANTANI, A. (2008) Social support and work-family conflict. In: KORABIK, D. S. Lero; WHITEHEAD, D. L. (Eds.). **Handbook of Work-Family Integration: Research, Theory, and Best Practices.** London, UK: Academic Press, 2008. p. 287-304.

BASTIANELLO, M. R. **Implicações do Otimismo, Autoestima e Suporte Social Percebido na Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama.** 2015. 135f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

BARRA, S. A. R. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade.** 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2016.

BERNARDES, C.L. et al. Agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 4, p. 677-683, Aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400677&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2016.

BORGES, L. O.; YAMAMOTO, O. O mundo do trabalho: construção histórica e desafios contemporâneos. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS A. V. B. (Orgs.), **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**, 2ª ed. p.25-73. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS/NOB-96**. Gestão Plena com Responsabilidades pela Saúde do Cidadão. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. (2012). **Resolução N° 466/2012**. Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Decreto nº 93.933 de 12 de novembro de 1991. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BIROLI, F. **Família: novos conceitos**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2014.

- CASTRO, A. L. B. **Atenção primária e relações público-privadas no sistema de saúde do Brasil**. 2015. 174 fl. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- CARLOMAGNO, Livia L.Lucas: Liderança Positiva. In: CORRÊA, Andréa Perez; **Psicologia Positiva: teoria e prática**. São Paulo: Editora Leader, 2016
- CLARK, S.C. Work/family border theory: A new theory work/family balance. **Human Relations**, v. 53, n. 6, p. 747-770, 2000.
- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.
- CORBO, A.D. A. et al. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Marcia Valeria; CORBO, Anamaria D´Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 69-106.
- COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: Desafios Para Uma Política pública **Rev. bras. Saúde Ocup.** , São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-21, junho de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2016.
- COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial:[revisão]. **Rev. bras. enferm**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.
- COBÊRO, C.; MOREIRA, W. G.; FERNANDES, L. A. Impacto da Síndrome de Burnout na qualidade de vida no trabalho dos colaboradores de um Centro Público de Saúde. In: **IX SEGet – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**; 2012 Out 24-26; Resende, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/artigos12/21816105.pdf>>.
- CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DA PAZ, M.D.G.T.; NEIVA, E. R.; DESSEN, M. C.; Bem-estar e felicidade nas organizações: um só fenômeno? In: Ferreira, M.C.; Medonça, H. M. **Saúde e Bem-Estar no trabalho: dimensões individuais e culturais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. (2010). Desafios para o Fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: SPINK, M. J. P. (Ed.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica** (pp. 207-234). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- DONADUZZI, D. S. D. S. **A Educação Para o Trabalho Na Perspectiva do Agente Comunitário de Saúde**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FERREIRA, V. S. C. et al . Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 898-906, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2016.

FERREIRA, Mário César. Chegar feliz e sair feliz do trabalho: aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho. In: MENDES, Ana Magnólia. **Trabalho e saúde**: o sujeito entre emancipação e servidão. 3ª reimpressão. Curitiba: Juruá, 2011.

FIORELLI, José Osmir. **Psicologia para administradores**: integrando teoria e prática. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro et al . AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO: DO PERFIL ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100283&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2017.

GOMES G.C; FILHO W.D.L, ERDMANN A.L. O sofrimento psíquico dos trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **Rev Enferm UERJ**. 2006; 14(1):93-9.

GOLDSMITH, E. Stress, fatigue, and social support in the work and family context. **Journal of Loss and Trauma**, (2007) 12, 155-169.

GOMIDE JR, S.; GUIMARÃES, L. C. ; DAMÁSIO, L. F. Q. (2004, setembro). Construção e validação de um instrumento de medida de percepção de suporte social no trabalho. Em **II Seminário GIBEST**, do Grupo de Interinstitucional de Pesquisa sobre Bem-estar, Suporte Social e Trabalho. Uberlândia, Brasil.

GOTTARDO, L. F.S.; FERREIRA, M. C. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p.146-160, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2016.

GREENHAUS, J. H.; BEUTELL, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. **A Academy of Management Review**. Vol. 10, No. 1 (Jan., 1985), p. 76-88. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/258214>>.

HUTZ, C. Desafios Brasileiros na Pesquisa em Psicologia positiva in: **Make it Mag Positive**. Ano: I – jan/fev/março de 2016 pag 13-16. Disponível em: <http://issuu.com/revistamakeitpositive/docs/mipmag2_completa/84?e=0/33094215>.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JARDIM, T. A.; Lancman, S. Subjetivos Aspectos fazer Morar e Trabalhar na MESMA Comunidade: Uma Realidade vivenciada cabelo agente Comunitário de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, março de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2016.

KIRRANE, M.; BUCKLEY, F. The Influence of Support Relationships on Work-Family Conflict: Differentiating Emotional from Instrumental Support. **Equal Opportunities International**; v. 23, p. 78-96, 2004.

LACAZ, F. A. C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. et al. (Org.). **O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paralelo 15, 2011.

LOPES, D. M. Q. et al. Agentes Comunitários de Saúde e como Vivências de prazer - Sofrimento no Trabalho:. Estudo qualitativo **Rev. Esc. enferm. USP** , São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-640, junho de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2016.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, Mai 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000500023&lng=en&nrm=iso>. Aceso em: 05 mar. 2016.

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, p. 93-102, june 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572011000100009&lng=en&nrm=iso>. Aceso em: 29 mar. 2016.

MALVEZZI, S. Prefácio in: ZANELLI, J. C., BORGES-ANDRADE, J. E. E BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 8-14.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. A Economia e a Saúde Pública In: ROCHA, A. A.; CESAR, C.L.G.; RIBEIRO, H. **Saúde Pública: bases conceituais**. 2ªed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p.147-161.

MENDES, A. M; ARAÚJO L. K. R. **A clínica psicodinâmica do trabalho: o sujeito em ação**. Curitiba: Juruá, 2012.

MENDONÇA H; CAETANO, A; FERREIRA, M.C; DE SOUSA, I.F & SILVA
Florescimento no trabalho. In: SIQUEIRA, M. M. M. (Org.). **Novas medidas do comportamento organizacional**: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Artmed, 2014. 312p.

MERLO, A. R. C; MENDES, A. M. B; Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 141-15, 2009.

MERHY E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY EE; ONOCKO R. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 113-50.

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**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 87-106, apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462014000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2016.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas y procesos de desgaste en trabajadores de enfermería de hospitales universitarios brasileños. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** de Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 340-347, abril de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2016.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. D. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: **Cadernos do Ipea**, 2000. p.02-10 (Texto para Discussão, n. 735). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2371/1/TD_735.pdf>.

NUNES, M. D. O. et. al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, 2002. 18(6), 1639-1646. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 16 fev. 2016.

OLIVEIRA, L.B.; CAVAZOTTE, F.S.C.N.; PACIELLO, R.R. Antecedentes e Consequências dos Conflitos entre Trabalho e Família, **ANPAD**, Rio de Janeiro/RJ. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v17n4/a03v17n4.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2016.

PALMA, Patrícia Jardim da; CUNHA, Miguel Pina e; LOPES, Miguel Pereira. Comportamento organizacional positivo e empreendedorismo: Uma influência mutuamente vantajosa. **Comport. Organ. Gest.**, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 93-114, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0872-96622007000100006> Acesso em: 04 out. 2016.

PALUDO, Simone dos Santos; KOLLER, Sílvia Helena. Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 9-20, Apr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000100002 Acessado em 04/10/2016 Acesso em: 04 out. 2016.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

PAIM, J. S. **Bases conceituais da reforma sanitária brasileira**. 1997. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6538>>.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio De Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIVA, C. A.; E TEIXEIRA, L. (janeiro-março de 2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, 21, pp. 15-35.

PAULA, Ítalo Ribeiro et al. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 152-164, Mar. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100152&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2017.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: Abordagens, Conceitos e Avaliação. **Rev. bras. educ. intermediários financeiros, esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, junho de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180755092012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2016.

REIS, A. O. A. et al. Saúde Mental e Saúde Pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C.L.G.; RIBEIRO, H. **Saúde Pública: Bases Conceituais**. 2ªed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2013. p. 351-369.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; DE SOUSA CARVALHO, C. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 141-152, 2012.

SELIGMAN, M. **Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SNYDER, C.R.; LOPEZ S. J.; Bem vindo à Psicologia Positiva. In: SNYDER, C.R.: **Psicologia Positiva: Uma abordagem Científica e prática das qualidades Humanas**, Porto Alegre: Artmed, 2009. 516 p

SHELDON, K. M.; KING, L.; **Why positive psychology is necessary?** American Psychologist, v. 56, n.6, p. 216-237. 2001. Disponível em: Acesso em: 20/09/2014.

SILVESTRE, Rafaela Luiza Silva; VANDENBERGHE, Luc. Os benefícios das emoções positivas. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 50-57, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100007 Acesso em: 09 nov. 2016.

SIQUEIRA, M. M. M.; MARTINS, M.D.C.F.; ORENGO, V.; SOUZA, W.D.S. Engajamento no trabalho. In: SIQUEIRA, M. M. M. (Org.). **Novas medidas do comportamento organizacional**: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Artmed, 2014. 312p.

SMEKE E. L. M.; OLIVEIRA N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (org). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

TINOCO, M. M. **A relação saúde/doença no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde**: uma revisão de literatura. 2015. 92f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2015.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-279, junho de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2016.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. D. F. P. A. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. bras. saúde ocup.** v. 35, n. 122, 2010.

WHITEHEAD, D. L. (2008). Historical trends in work-family: the evolution of earning and caring. In: KORABIK, K.; LERO, D. S.; WHITEHEAD, D. L. (Orgs). **Handbook of work-family integration**: research, theory and best practices. Amsterdam: Elsevier, 2008.

ZANELLI, J. C. et al. **Estresse nas organizações de trabalho**: compreensão e intervenção baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZIMATH, S. C.; BUSEMAYER, A. J. Conhecendo o índice de burnout em professores universitários de cursos superiores de tecnologia. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 15, n. 21, 2011, p. 111-135.

ZIONI, F. et al. Políticas Públicas e Sistema de Saúde: a Reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C.L.G.; RIBEIRO, H. **Saúde Pública**: Bases Conceituais. 2ªed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2013. p. 115-132.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Projeto de Pesquisa: IMPLICAÇÕES DO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO E DO CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Eu, _____, fui convidado a participar da pesquisa “Implicações do Suporte Social Percebido e do Conflito Trabalho-Família na Qualidade de Vida dos Agentes Comunitário de Saúde”, o qual faz parte da dissertação de mestrado da psicóloga Vanessa Cadore Machado, orientada pelo Prof. Dr. Silvio José Lemos Vasconcellos e co-orientada pela Prof^a. Dr^a. Carmem Lúcia Colomé Beck.

A presente pesquisa tem como objetivo geral verificar a correlação entre o conflito trabalho-família e o suporte social percebido em agentes comunitários de saúde, com três objetivos específicos: traçar o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, identificar a medida da ocorrência do conflito trabalho-família na amostra estudada e aferir a medida da percepção do suporte social recebido e oferecido pela amostra estudada. Os resultados desta pesquisa possibilitarão avanços teóricos sobre o tema e a construção de modelos de intervenção mais efetivos e eficazes.

Ao aceitar participar deste estudo, você realizará o preenchimento de um questionário sociodemográfico e duas escalas sobre os temas: conflito trabalho-família e suporte social percebido. O preenchimento de todos os instrumentos deve levar aproximadamente 60 minutos, e não necessita de identificação nominal, o que garante a confidencialidade das informações fornecidas.

A participação na pesquisa é voluntária, portanto, caso não queira participar da pesquisa você não deve assinar este termo. Se desejar terá total liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga qualquer prejuízo a você.

A qualquer momento você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis para obter esclarecimentos acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa. A psicóloga Vanessa Cadore Machado poderá ser contatada pelo e-mail: vacpsimachado@gmail.com.

Após a conclusão da pesquisa, a mesma estará disponível na biblioteca da UFSM e ainda poderá ser publicada em revistas científicas, sempre mantendo o sigilo sobre a sua identidade. A pesquisadora se compromete em fazer a devolução dos resultados através de uma palestra, a agendar o dia e a hora, para os participantes do estudo. As informações coletadas nessa pesquisa ficarão

armazenadas na sala do pesquisador responsável no Departamento de Psicologia da UFSM, sendo ainda construído um banco de dados para esse e outros estudos.

Dessa forma, pelo presente Termo de Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara, dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa, e que estou de acordo em participar da mesma. Fui igualmente informado: a) da liberdade de participar ou não da pesquisa, sem que isto me traga qualquer prejuízo; b) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; c) da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas a minha privacidade; d) que as informações obtidas com os instrumentos serão arquivadas junto ao banco de dados do pesquisador responsável na Universidade Federal de Santa Maria, ficando disponíveis para futuras análises.

Santa Maria, ____ de ____ de 2016.

Assinatura do informante

Vanessa Cadore Machado
Pesquisadora orientanda

Silvio José Lemos Vasconcellos
Pesquisador Orientador

APÊNDICE B – Termo de Autorização Institucional

A Secretária Municipal de Saúde de

Pela presente autorização, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, sobre os objetivos, a justificativa e os procedimentos que envolvem a realização do Projeto de Pesquisa de Mestrado intitulado: **“IMPLICAÇÕES DO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO E DO CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”**.

Dessa forma, autorizo a realização da pesquisa com os Agentes Comunitários de Saúde bem como, autorizo a utilização dos dados coletados para apresentações em eventos acadêmicos e/ou publicações em artigos e revistas científicas, desde que preservadas as identidades das pessoas envolvidas.

Entendo que o Departamento de Psicologia da UFSM manterá sigilo em relação à identidade dos participantes, sendo que os dados coletados serão arquivados na referida instituição, sob a responsabilidade do pesquisador-orientador do projeto, Prof. Dr. Silvio José Lemos Vasconcellos.

, ____ de _____ de 2016.

Responsável pelo Local