

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PRAZER, SOFRIMENTO E ESTRATÉGIAS
DEFENSIVAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE NO TRABALHO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Denise Maria Quatrin Lopes

Santa Maria, RS, Brasil

2009

**PRAZER, SOFRIMENTO E ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO
TRABALHO**

por

Denise Maria Quatrin Lopes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carmem Lúcia Colomé Beck

Santa Maria, RS, Brasil

2009

©2010 Denise Maria Quatrin Lopes

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

L864p Lopes, Denise Maria Quatrin

Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho. / Denise Maria Quatrin Lopes; orientadora Carmem Lúcia Colomé Beck. – Santa Maria, RS: 2010.

110p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

1. Enfermagem. 2. Saúde do trabalhador. 3. Agentes comunitários de saúde. I. Beck, Carmem Lúcia Colomé. II. Título.

CDU 616-083

Ficha catalográfica elaborada por Priscila Almeida Cruz CRB – 10/ 1554.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**PRAZER, SOFRIMENTO E ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO
TRABALHO**

elaborada por
Denise Maria Quatrin Lopes

como requisito para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Ana Zoé Schilling da Cunha, Dr^a (UNISC/RS)
(Membro)

Maria de Lourdes Denardin Budó, Dr^a (UFSM)
(Membro)

Teresinha Heck Weiller, Dr^a (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 04 de dezembro de 2009.

À minha família, **Juarez, Matheus, Diego, Fernanda e Maria**, pelo carinho, dedicação, compreensão, apoio e por partilhar as minhas dificuldades e vitórias. Vocês foram importantes para que eu pudesse superar os obstáculos e finalizar mais esta etapa importante de minha vida pessoal e profissional.

Aos meus pais **Francisco e Suely**, hoje não estão mais comigo, que me ensinaram que a vida é dom de Deus e que nossos caminhos envolvem flores e espinhos. Os exemplos que deixaram me tornaram uma lutadora. Obrigada, eu amei e amo vocês.

AGRADECIMENTOS

No decorrer da trajetória percorrida na elaboração desta dissertação recebi ajuda de várias pessoas. Assim sendo agradeço:

À professora Dr^a Carmen Lúcia Colomé Beck, minha orientadora. Muito obrigada pela tolerância e respeito aos meus limites, que não foram poucos, durante esta caminhada. Você é um ser humano especial, sua dedicação e competência superaram todas minhas expectativas. Acredito que sem seu apoio não teria conseguido. Você me ensinou muito!

À professora Dr^a Maria de Lourdes Denardin Budó, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (gestão 2006-2008), juntamente com a Prof^a Dr^a Adelina Giacomelli Prochnow, pelo exemplo de retidão e caráter, no gozo de suas atribuições, desde o processo seletivo até a conclusão desta dissertação. Obrigada pelas suas preciosas ações.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, pela contribuição na construção do conhecimento, pela aceitação das minhas interrogações, pela motivação que me proporcionaram e pela acolhida no meu retorno à academia. Vocês são ótimos!

Aos colegas desta turma de mestrado, com quem pude partilhar minhas dificuldades e facilidades. Já sinto falta dos encontros, das conversas, das discussões e até do recreio. Meu crescimento foi compartilhado com vocês. Obrigada!

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, em especial a Zeli de Maria Carvalho. Obrigada pela dedicação, gentileza e ajuda.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, por desvelar suas vivências pessoais e profissionais, foi uma experiência muito rica. Sem vocês este trabalho não seria possível. Obrigada por tudo.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

PRAZER, SOFRIMENTO E ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO TRABALHO

AUTORA: DENISE MARIA QUATRIN LOPES

ORIENTADORA: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

Data e Local de defesa: Santa Maria, 04 de dezembro de 2009.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva que teve como objetivo de conhecer o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, identificar as situações geradoras de prazer e de sofrimento relacionadas ao trabalho e descrever as estratégias defensivas utilizadas por eles no cotidiano laboral. Os participantes do estudo atuavam em equipes do Programa de Agentes Comunitários de saúde e da Estratégia de Saúde da Família, com uma amostra de 24 sujeitos. Foram selecionados dois instrumentos de coleta de dados quais sejam: um questionário de levantamento de dados sócio-demográficos e a técnica de grupo focal. Para tanto, o tratamento dos dados foi realizado em duas etapas, ou seja, para os dados sócio-demográficos foi utilizada a estatística descritiva e para os dados qualitativos coletados nos grupos focais, foi feita a análise de conteúdo. Este estudo atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Quanto aos resultados, a totalidade dos ACS é do sexo feminino; a maioria casada; com filhos; idade média 39 anos; ensino médio completo e tempo de serviço entre um e cinco anos. Quanto ao prazer, este se relaciona à valorização e reconhecimento da comunidade; ao sentir-se útil; às manifestações de carinho dos usuários; à resolução de problemas; a convivência harmoniosa entre os ACS e a participação nos eventos festivos no trabalho. Quanto ao sofrimento, evidenciou-se que ele surge quando existem falhas no serviço de saúde que impedem o ACS de realizar sua função; frente a perda da privacidade pelo fato de morar e trabalhar no mesmo local; ao compartilhamento do sofrimento das famílias diante da doença e da morte; no convívio com as questões sociais como miséria, violência; o conflito entre os valores do ACS e a realidade da comunidade e a frustração por não ter conseguido evitar algum agravo para a saúde do usuário. Além disso, destaca-se como fonte de sofrimento a falta de reconhecimento do trabalho por parte da equipe de saúde e chefia imediata e a ausência de averiguação sobre as queixas do seu trabalho. Quanto as estratégias defensivas utilizadas pelos agentes comunitários, destacam-se as elaboradas a fim de impedir a contaminação “do tempo de não trabalho” como, por exemplo, esquecer os problemas do cotidiano laboral; realizar atividades diferentes; colocar uma barreira física para impedir o acesso dos usuários à sua casa; o uso de medicamentos antidepressivos; a organização da agenda de visitas domiciliares; a procura de ajuda através do contato com colegas e o apoio da religião. A negação do sofrimento aparece como uma “válvula de escape”, isto é, fazer de conta que ele não existe, ou até mesmo quando a raiva se intensifica, esperar uma “providência divina”. No que se refere ao sofrimento advindo da violência, diante da impotência sentida, as estratégias relatadas foram ignorar, negar ou encontrar maneiras de racionalizar e explicar estas situações. No que se refere ao relacionamento com a equipe de trabalho, as estratégias elaboradas envolvem a criação de espaço de discussão e diálogo, o fortalecimento dos laços com outros ACS, a conscientização pessoal da importância do seu trabalho e a participação em grupos terapêuticos.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; trabalho; prazer e sofrimento.

ABSTRAT

Master Thesis
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

PLEASURE, SUFFERING, AND DEFENSIVE STRATEGIES OF HEALTH COMMUNITY AGENTS AT WORK

AUTHOR: DENISE MARIA QUATRIN LOPES

ADVISER: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

Date and place of defense: Santa Maria, December the 4th of 2009.

This is a qualitative research based on a descriptive-exploratory perspective whose aim was to understand the work process of Health Community Agents, to identify pleasure and suffering situations related to such work and to describe defensive strategies used by them in their daily practice. The informants of this study were agents in the Health Community Agents' Program and Family Health Strategy team, counting with an amount of 24 subjects. One selected two data collection instruments, such as: a socio-demographic survey questionnaire and the focus group technique. Based on them, data treatment consisted of two steps: descriptive statistics was applied to socio-demographic data and content analysis was applied to qualitative data from the focus group. This study responded to the National Health Council Resolution 196/96. Concerning the obtained results, the whole HCAs were female; most of them married; with children; 39 years-old in average; high school degree and one to five years of work in the field. Concerning pleasure, it is linked to community appraisal and consideration; to the feeling of being useful; to the kindness patients show them; to problem solving; to the harmonious acquaintance among HCAs and to the part they make in festivities at work. Concerning suffering, one evidenced that it emerges when there are flaws in the health structure which do not allow the agents doing their function; towards the lack of privacy when they live in the same place they work; when in touch with families' suffering in cases of illness or death; in daily acquaintance with social problems like violence and poverty; the clash between HCAs' beliefs and community reality and the frustration when they cannot help avoiding the illness progress of their patients. Besides, one highlights as a source of suffering the lack of consideration of their work by the health team and their immediate managers, as well as their absence concerning HCAs' work complains. In relation to the defensive strategies HCAs use, one highlights the ones related to avoiding the contamination of their "non-working time" with their work practice, such as, for instance: forgetting the problems of their daily practice; performing other activities; putting a physical barrier in their houses in order to avoid patients' access; taking anti depression medicines; organizing a home visiting agenda; searching for help in their group of colleagues and in religion. The denial of suffering appears as a escape device, dissimulating it and even when anger intensifies they seem to be "waiting for the divine providence". Regarding suffering as a result of violence, as they cannot fight it, the strategies they reported were: ignoring, denying or finding ways of rationalizing and explaining such situations. In which the relationship among members of HCA group is concerned, they developed strategies related to the creation of a dialogue and discussion space, strengthening the bonds among other HCAs, developing personal consciousness of the importance of their work and taking part in group therapy.

Key-words: Health Community Agents; work; pleasure and suffering.

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A -	Questionário para levantamento de dados sócio-demográficos dos ACS.....	103
APÊNDICE B -	Questões norteadoras para o Grupo Focal.....	104
APÊNDICE C -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
APÊNDICE D -	Ofício ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde.....	106

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Termo de Confidencialidade	107
ANEXO B- Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST).....	108

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivo Geral	13
1.2 Objetivos Específicos	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 O SUS e o Agente Comunitário de Saúde	15
2.2 A Saúde do trabalhador e a psicodinâmica do trabalho	19
3 METODOLOGIA	24
3.1 Cenário de pesquisa	24
3.2 Participantes da pesquisa	25
3.3 Instrumentos de coleta de dados	25
3.3.1 Questionário de levantamento de dados sócio-demográficos	26
3.3.2 Grupo focal.....	26
3.4 Organização e análise dos dados	27
3.4.1 Dados sóciodemográficos.....	28
3.4.2 Grupo Focal.....	28
3.5 Aspectos éticos da pesquisa	29
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
4.1 Dados Sócio Demográficos	31
4.2 Conhecendo as Agentes Comunitárias de Saúde	35
4.2.1 A identificação da Agente Comunitária associada à características pessoais.....	35
4.2.2 A identificação da Agente Comunitária associado ao contexto do trabalho.....	36
4.3 O trabalho das ACS	38
4.3.1 Atividades administrativas.....	39
4.3.2 Atividades educativas.....	40
4.3.3 Atividades na área de saúde da criança.....	41
4.3.4 Atividades na área de saúde da mulher.....	41
4.3.5 Visitas domiciliares.....	41
4.3.6 Mobilização da comunidade.....	43

	11
4.3.7 Atividades do tipo “quebra-galho”	44
4.4 Situações geradoras de prazer no trabalho do Agente Comunitário de Saúde	47
4.4.1 Realização profissional.....	48
4.4.2 Liberdade de expressão.....	51
4.5 Situações geradoras de sofrimento no trabalho do ACS	53
4.5.1 Esgotamento profissional	54
4.5.1.1 Deficiência dos serviços de saúde.....	54
4.5.1.2 Morar e trabalhar no mesmo local.....	55
4.5.1.3 Excesso de atribuições.....	56
4.5.1.4 Envolvimento emocional.....	57
4.5.1.5 Fofocas e boatos.....	59
4.5.1.6 Convivência com problemas sociais.....	60
4.5.1.7 Violência e medo.....	62
4.5.1.8 Violência intrafamiliar.....	62
4.5.2 Desvalorização profissional e falta de reconhecimento	63
4.5.2.1 Falta de reconhecimento.....	64
4.5.2.2 Injustiça.....	64
4.5.2.3 Mudanças na equipe.....	65
4.5.2.4 Trabalho real x trabalho prescrito.....	66
4.5.2.5 Trabalho x sofrimento mental.....	67
4.5.2.6 Desconhecimento das funções do ACS.....	68
4.5.2.7 Descontinuidade de projetos.....	69
4.5.2.8 “Euquipe”	69
4.6 Estratégias defensivas utilizadas pelo Agente Comunitário de saúde no seu trabalho	69
4.6.1 ESTRATÉGIAS CONSIDERADAS DE PROTEÇÃO.....	72
4.6.1.1 Elaborando estratégias defensivas ao longo do tempo.....	72
4.6.1.2. Reorganizando as visitas domiciliares.....	73
4.6.1.3. Elaborando estratégias para resolver conflitos na equipe.....	74
4.6.1.4. Impondo barreira física para evitar acesso da comunidade fora do horário de trabalho.....	77

	12
4.6.1.5 Procurando ajuda dos colegas.....	77
4.6.1.6 Apoiando-se na prática religiosa.....	78
4.6.1.7 Realizando atividades diferenciadas.....	79
4.6.1.8 Valorizando o trabalho realizado.....	79
4.6.1.9 Participando de grupo terapêutico.....	80
4.6.1.10 Usando medicamentos para depressão	81
4.6.2 ESTRATÉGIAS CONSIDERADAS DE ADAPTAÇÃO E DE EXPLORAÇÃO.....	82
4.6.2.1 Esquecendo os problemas da comunidade no “tempo de não trabalho”.....	82
4.6.2.2 “Deletando” o sofrimento no trabalho.....	83
4.6.2.3 Elaborando estratégias para lidar com a violência.....	84
4.6.2.4 Buscando o isolamento.....	88
4.6.2.5 Acreditando na providência divina.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	103
ANEXOS	107

1 INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 define que saúde é um direito do cidadão e um dever do estado (BRASIL, 1988) e para que essa determinação fosse cumprida foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, em 1990 foram elaboradas e aprovadas as Leis Complementares 8.080 (dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) e a lei 8.142 (regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências), as quais apontam para a reestruturação do modelo de saúde no Brasil.

Portanto, os eixos constitutivos do SUS, quais sejam a universalidade, a equidade e a integralidade estão sendo efetivados pelos esforços do governo, dos trabalhadores e dos usuários do próprio sistema de saúde. A lei 8080/90, que cria o SUS prevê também a execução de ações na área de saúde do trabalhador, o que inclui a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, sendo competência estadual e municipal executar serviços nesta área (BRASIL, 1990).

Diante disto, em 1996, o Ministério da Saúde (MS) criou a Norma Operacional Básica do SUS-NOB/96, a qual contempla os Programas de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégias para operacionalizar as mudanças do modelo de atenção em saúde (BRASIL, 1996).

Incluído nestes programas está o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que tem como funções a realização de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde, realizadas em domicílios e junto à coletividade. O ACS, por vivenciar os problemas e morar na comunidade em que desempenha seu trabalho, figura como importante elo de interlocução entre a equipe de saúde e os usuários. Este fato define um envolvimento pessoal diferenciado com questões que comprometem a saúde das famílias acompanhadas por eles (BEZERRA; ESPIRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005).

Mancebo (2007) destacou que a subjetividade é mobilizada no ambiente de trabalho, sendo que o processo de trabalho é o canal através do qual os trabalhadores expressam e buscam concretizar seus desejos, vontades e possibilidades, dando sentido e significado não só para o labor, mas também para a vida do sujeito (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001). Nesta perspectiva, é impossível separar o trabalho da produção de subjetividades e o modo de trabalhar dos modos de sentir.

Minha trajetória de trabalho como enfermeira de uma equipe de PACS no município de Santa Maria/RS foi construída ao longo de seis anos, em estreita convivência com os agentes comunitários de saúde. Minha preocupação em estudar este grupo deriva da responsabilidade como enfermeira supervisora destes trabalhadores, uma vez que o enfermeiro tem a função de planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, bem como desenvolver atividades de qualificação e educação permanente, com vistas ao desempenho adequado dos mesmos.

Outro aspecto que influenciou a escolha desta temática foi minha participação no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), quando tive muitas oportunidades de refletir junto com acadêmicos de graduação da enfermagem, enfermeiros assistenciais e outros mestrandos do programa, sobre questões referentes à saúde do trabalhador.

Sob esse viés, esta pesquisa teve como objeto de estudo o sofrimento, o prazer e a utilização de estratégias defensivas no cotidiano laboral dos Agentes Comunitários de Saúde. Refletir sobre o sofrimento, o prazer e as estratégias defensivas utilizadas por estes trabalhadores pode remeter a possibilidades de enfrentamento do adoecimento desta parcela populacional, uma vez que estes, por vezes, esquecem de cuidar da própria saúde e das condições do seu ambiente de trabalho.

A proposta de pesquisa junto a este grupo de trabalhadores pode contribuir para a efetivação do SUS, especificamente na área de saúde do trabalhador e no levantamento de intervenções passíveis de implementação.

A intenção foi identificar situações geradoras de prazer e de sofrimento no trabalho, bem como as estratégias defensivas utilizadas pelos ACS, destacando que o meu interesse foi de realizar uma produção acadêmica como requisito para

conclusão do curso de mestrado e, além disto, problematizar esta questão a fim de gerar uma produção científica relevante nesta área.

Pretende-se ainda oferecer subsídios para as equipes de saúde, especialmente, para os enfermeiros que trabalham junto a estes grupos e gestores da rede pública de saúde quanto à implementação de programas relativos à saúde do trabalhador.

Diante disto, realizou-se uma pesquisa junto aos ACS do Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul com o objetivo de conhecer o processo de trabalho do ACS, identificar o prazer e o sofrimento no trabalho, bem como as estratégias defensivas utilizadas pelos mesmos.

Para tal, a questão de pesquisa construída foi: quais as manifestações de sofrimento, prazer e as estratégias defensivas utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento do seu trabalho?

A partir desta questão, delinear-se os objetivos desta pesquisa:

1.1 Objetivo Geral

- identificar as situações geradoras de prazer e de sofrimento no Agente Comunitário de Saúde (ACS), bem como as estratégias defensivas utilizadas no seu cotidiano laboral.

1.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil sóciodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Conhecer o trabalho desenvolvido pelo ACS;
- Identificar as situações geradoras de prazer no trabalho;
- Identificar as situações geradoras de sofrimento no trabalho;
- Descrever as estratégias defensivas utilizadas pelos agentes comunitários de saúde para enfrentar o sofrimento no cotidiano laboral.

Entende-se que medidas de promoção à saúde dos trabalhadores de enfermagem que atuam como supervisores destes trabalhadores, assim como dos ACS precisam ser repensadas e adotadas, visando minimizar as dificuldades enfrentadas por todos, pois o prazer no trabalho pode ser considerado como um importante fator interveniente na saúde dos mesmos. Além disso, na medida em que os trabalhadores têm mais saúde, há reflexos positivos imediatos na qualidade do seu trabalho.

Assim, considerando a importância do trabalho na vida das pessoas e a carência de estudos que envolvem a temática de estudo proposta, fica evidente que esta é uma área de investigação que precisa ser potencializada.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta alguns referenciais teóricos utilizados neste estudo, os quais deram suporte a leitura e análise dos dados.

2.1. O SUS e o Agente Comunitário de Saúde

Desde o século XIX vem ocorrendo profundas mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais, as quais vem produzindo alterações importantes na vida em sociedade. Este movimento engloba também o processo de transformação do setor saúde, com discussões acerca da melhoria das condições de vida do cidadão através da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

No Brasil, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde”, tornando-se um fórum de luta pela saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (BRASIL, 1986). Este movimento, denominado de Reforma Sanitária, defendia a saúde como direito social, associado aos direitos humanos e de cidadania.

O relatório final da 8ª CNS propôs o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Na Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser um direito do cidadão e dever do Estado brasileiro, o que é reafirmado pela lei 8080 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir daí, as ações de saúde são desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal. Os níveis de atenção à saúde são representados pela promoção, proteção e recuperação da saúde, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo (BRASIL, 1988, 1990).

Nessa proposta, conforme a NOB 96, o poder público municipal fica investido da responsabilidade de atendimento das necessidades e demandas de saúde da população, contando com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados. Trata-se de um modelo de atenção centrado na qualidade de vida e na relação das equipes de saúde com a comunidade, privilegiando a abordagem familiar (BRASIL, 1996).

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, de acordo com esse novo referencial, deu origem a várias estratégias e programas de intervenção, entre eles o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), ressaltando-se que esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença.

Portanto, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, bem como na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2006).

Logo, o PACS se apresenta como um projeto para consolidação da nova política de saúde brasileira, sendo hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família.

No PACS, as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro supervisor, lotado em uma unidade básica de saúde. O ACS possui uma área geográfica de trabalho definida e um número de pessoas para atender (no mínimo 400 e no máximo de 750 pessoas).

Uma equipe de saúde da família é formada por, no mínimo, médico (01), enfermeiro (01), técnico e/ou auxiliar de enfermagem (01) e agente comunitário de saúde, sendo que o número desses profissionais varia de acordo com a população da área assistida. A contratação dos profissionais, obedecendo aos aspectos legais, fica a cargo dos municípios.

A atuação das equipes é baseada em territorialização com área de abrangência definida, ficando responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adscrita a esta área. A recomendação é que a equipe de PSF seja

responsável por no mínimo 2.400 e, no máximo 4.500 habitantes (média obtida dos dados do IBGE/1991). A diferença entre os dois programas está na composição das equipes sendo que o PACS conta somente com o enfermeiro e ACS e, no caso do PSF, existem outros profissionais. Os dois programas exigem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os profissionais (BRASIL, 1997).

É importante salientar que o Programa de Saúde da Família passou a denominar-se **Estratégia de Saúde da Família (ESF)**, tendo em vista que, com o tempo, o termo programa passou a não expressar sua missão de reorientação do modelo assistencial. Optou-se pelo termo estratégia, pois se pretende, estrategicamente, dinamizar a implantação do SUS através de um processo de substituição da rede básica de serviços tradicionais, por uma assistência de saúde que vem produzindo resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde no ano de 2006 definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, destacando-se o “Pacto pela Vida” no qual, dentro das macro-prioridades, deu relevância especial ao aprimoramento do acesso aos usuários e a qualidade dos serviços prestados no SUS. Para tanto, enfatizou a necessidade de fortalecer e qualificar a Estratégica de Saúde da Família/ESF (BRASIL, 2006).

A atenção primária possui inevitavelmente essa vocação de "porta de entrada" não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que se traduzem em demandas de saúde ou simplesmente se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão (TEIXEIRA, 2005).

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família e vinculados a uma Unidade Básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Sua atuação está relacionada tanto a comunidades rurais, periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados, contando com um número expressivo de trabalhadores atuando em todo o território nacional (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde (2006), na portaria 648 define, dentre outras questões, as atribuições dos profissionais do PACS e ESF, sendo comum a todos os profissionais participar do processo de territorialização e mapeamento da área, identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos

ao trabalho; realizar o cuidado em saúde a população adscrita e ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; proporcionar atendimento humanizado; participar das atividades de educação permanente, dentre outros.

No que tange a atribuições específicas destaca-se que cabe ao enfermeiro do PACS e ESF além de realizar a assistência aos usuários, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem.

O enfermeiro do PACS desenvolve seu trabalho ligado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e no caso da ESF, ligado a Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UESF).

Inicialmente o ACS não tinha regulamentação profissional, sendo que em 2002 foi sancionada a Lei 10507 que cria a profissão. Esta lei refere que o exercício da profissão dar-se-á exclusivamente no âmbito do SUS, destacando-se que a profissão caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local. O ACS deverá residir na área da comunidade em que irá atuar; ter concluído o curso de qualificação básica para a formação de ACS e o ensino fundamental (BRASIL, 2002).

Dentro deste contexto, destaca-se que os trabalhadores do PACS e ESF encontram-se num cenário onde coabitam o drama social brasileiro, marcado por contrastes, tensões, desigualdades e dificuldades sociais que transcendem a dimensão da clínica. Nogueira e Ramos (2000) alertaram para o tensionamento permanente entre a dimensão social e a dimensão técnico-assistencial do trabalho do ACS.

2.2. A saúde do trabalhador e a psicodinâmica do trabalho

A acumulação flexível do capital e a reestruturação produtiva dos anos 1990, articuladas às características da pós-modernidade, têm gerado inúmeras mudanças no mundo do trabalho. A lógica da racionalidade econômica passa a inspirar novas formas de organização do trabalho refletindo na relação homem-trabalho (MENDES,2007).

A reestruturação das tarefas, pós Organização Científica do Trabalho (OCT), oportuniza discussões sobre o objetivo do trabalho, a relação homem-tarefa e acentua a dimensão mental do trabalho (DEJOURS, 1992).

As lutas marcam a eclosão de temas novos, dentre eles, um olhar diferenciado para a vida do trabalhador. De um lado a luta pela sobrevivência, ou seja, a duração do trabalho, a saúde do corpo, as condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico, condições de higiene e segurança). De outro, a luta contra o sofrimento mental oriundo de aspectos como a organização/divisão do trabalho, os conteúdos das tarefas, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidades (DEJOURS, 1992).

O trabalho é um processo, evidenciando que

[...] antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza... Ele põe em movimento as forças naturais à sua corporeidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. (MARX, 1998, p.149).

Neste cenário, a Psicopatologia do Trabalho edificou-se a partir das idéias e da pesquisa de Christophe Dejours que entendia as dinâmicas do trabalho como produtoras de situações que ora conduzem ao prazer, ora ao sofrimento, além de perceber que o medo poderia ter desdobramentos, inclusive de levar a patologia mental ou psicossomática. Com a evolução, esta escola ultrapassou os estudos centrados na saúde/doença, assumindo a denominação de Psicodinâmica do Trabalho, na qual são analisados os movimentos psicoafetivos existentes na organização do trabalho (MARTINS, 2008).

Conforme Fernandes et al. (2006), a abordagem da psicopatologia do trabalho interessa-se pela fala do trabalhador, pelas suas vivências, pelo que não é

explícito pelo comportamento, o que foi silenciado sob o disfarce de uma conduta produtiva e estereotipada. Sob o ponto de vista metodológico, essa vertente analítica investiga a equação prazer e sofrimento dos indivíduos nas suas cotidianas e reiteradas relações com o trabalho. Considera o trabalho em suas duas dimensões: uma patogênica e outra protetora da saúde psíquica.

Em pesquisas nacionais observam-se temáticas que abordam a relação trabalho de enfermagem e o sentimento de satisfação e sofrimento. Gonzales (2001) estudou enfermeiros de uma cidade do Rio Grande do Sul e constatou que os trabalhadores de enfermagem podem ter dificuldade em identificar as fontes de prazer e sofrimento no trabalho. No entendimento da autora, a ausência de distinção entre o que proporciona prazer e sofrimento dificulta a percepção dos momentos de satisfação, alegria e contentamento, tanto na vida do trabalho quanto na vida social.

O fato de não conseguir identificar fontes de prazer e sofrimento no trabalho pode estar relacionado ao próprio processo de trabalho da enfermagem. Para Siqueira Junior; Siqueira; Gonçalves (2006), o trabalhador de enfermagem está muito próximo ao sofrimento que é inerente ao seu processo de trabalho, como enfrentar situações de morte e doenças crônicas, o que é uma ameaça a sua qualidade de vida.

Os trabalhadores de enfermagem, dependendo do contexto pessoal e profissional que experienciam podem identificar, mais facilmente, o sofrimento ao invés do prazer. No entanto, é necessário que esse trabalhador visualize a satisfação e o prazer no trabalho visto que esse fator está diretamente relacionado com a qualidade da assistência prestada.

Nesse entendimento, o trabalhador, quando satisfeito com seu trabalho, apesar das dificuldades enfrentadas no contexto laboral, realizará suas atividades prazerosamente, podendo desencadear a satisfação nos pacientes por ele assistidos.

Sob esse viés, contribui Dejours (2007) ao afirmar que, para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, é necessário tornar a organização do trabalho flexível, a fim de proporcionar ao trabalhador maior liberdade no trabalho, possibilitando identificar os fatores que desencadeiam prazer.

Desse modo,

[...] o prazer no trabalho e a satisfação pessoal estão vinculados às possibilidades de ser criativo, de ter liberdade para inovar, de participar ativamente nas decisões e, ainda, de ter reconhecida e valorizada sua prática profissional (GUIDO, 2003, p. 112).

Dejours (1994) compreende que a origem do sofrimento está na relação do homem com a organização do trabalho, destacando que se deve levar em consideração que o organismo do trabalhador não é “motor humano” pois, constantemente, é influenciado interna e externamente. O trabalhador não chega ao local de trabalho como uma máquina nova, ele tem uma história, aspirações, desejos, motivações, necessidades psicológicas, e outros; fazendo com que cada trabalhador tenha características únicas e pessoais.

Como o trabalho é um cenário para a realização de si mesmo e para o fortalecimento desta singularidade, destaca-se a importância do reconhecimento do trabalho do ACS como um exercício para a mobilização dos mesmos. Este reconhecimento é fator fundamental para evitar a alienação decorrente do desprezo e da falta de sentido diante daquilo que o homem realiza profissionalmente (LANCMAN; SZNEWAR, 2004).

A carga psíquica é fundamental para regular a carga global do trabalho; por isso quando o trabalho propicia sua diminuição, torna-se equilibrante, caso contrário, torna-se fatigante (DEJOURS, 1994).

Conforme a Psicodinâmica do trabalho existem três cargas que envolvem o trabalho: o físico, o mental (cognitivo) e o psíquico que se liga à saúde mental. Os vetores desta carga psíquica são o reconhecimento e a autonomia (SAINT-JEAN, 2003).

O trabalho (que é uma ação), dependendo de como está organizado, pode produzir sofrimento levando os indivíduos a tentarem se proteger lançando mão de mecanismos de defesa coletivos ou individuais para evitar o sofrimento psíquico (DEJOURS, 2000).

As estratégias individuais de defesa possuem importante papel na adaptação ao sofrimento, mas pouca influência no grupo, já as estratégias de defesa construídas coletivamente podem levar, no mínimo, a uma cooperação entre os indivíduos. Elas contribuem para a coesão do coletivo de trabalho e um exercício do

viver as adversidades em grupo, tendo um papel decisivo na estruturação do trabalho dos indivíduos (DEJOURS, 2000).

Por isso o sofrimento no trabalho ao invés de desestabilizar o sujeito, passa a produzir um aumento da resistência, fazendo com que se articulem estratégias de enfrentamento e se modifiquem as situações desencadeantes. É o controle do sofrimento, num movimento de luta contra a ruptura do equilíbrio psíquico e, conseqüentemente, da doença (DEJOURS, 2000).

Logo, estratégias defensivas são mecanismos que o trabalhador utiliza para modificar, transformar e minimizar o sofrimento no trabalho, resultante da composição entre o sofrimento e a luta individual e coletiva contra o mesmo. Se as defesas não são eficazes, podem impedir a tomada de consciência das relações de exploração do trabalhador levando ao triângulo do sofrimento/defesa/alienação, criando um ciclo vicioso e a crise de identidade (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

As estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores tanto podem ser positivas ou negativas. Elas vão desde uma atitude de desprezo em relação ao risco existente no trabalho; a atribuição de um valor simbólico para o sofrimento (o trabalhador domina o perigo e não vice-versa); a minimização da importância do sofrimento; as práticas de alcoolização, a racionalização, o individualismo; a passividade; o desenvolvimento de atividades físicas; a atenção à espiritualidade; encontros sociais; dança; música e outros.

No caso de trabalhadores em saúde é comum a manutenção de relação superficial com o paciente, o parcelamento da tarefa para reduzir o tempo de contato, a despersonalização e negação do indivíduo/paciente; o distanciamento e a negação de sentimentos controlando-os; a eliminação de decisões por meio de ritual de desempenho de tarefas, buscando rotinas e padronizações, a busca de cooperação entre colegas, a valorização individual e coletiva do trabalho, dentre outros (MARTINS, 2008).

Para Dejours (1992) a satisfação e a insatisfação do trabalhador podem estar vinculadas a aspectos como condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico), condições de higiene, segurança e a organização do trabalho (a divisão do trabalho e das tarefas), as relações de poder, as questões de responsabilidade, a habilidade para cuidar de pacientes graves, que estabelecem limites ou possibilidades diversas dos demais e também o relacionamento interpessoal.

O sentimento de satisfação é um processo dinâmico que pode ter influência tanto da organização do trabalho quanto da vida social (DEJOURS, 2007). Por isso a importância de, cada vez mais, estimularmos as ações de promoção de um ambiente de trabalho mais prazeroso.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracteriza como exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Na investigação avaliativa por método qualitativo são trabalhadas atitudes, crenças, comportamentos e ações, procurando-se entender o ser humano em suas relações com o mundo (MINAYO et al., 2005).

3.1 Cenário de pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida no Município de Santa Maria, interior do Rio Grande do Sul, que possui uma população aproximada de 240.000 habitantes, estando situado a 300 km da Capital.

O município de Santa Maria possui dezesseis equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Cada equipe de ESF conta com seis ACS e cada equipe de PACS conta com doze ACS, sendo que o número total de Agentes Comunitários de Saúde é de 144 trabalhadores (SECRETARIA DO MUNICÍPIO DA SAÚDE DE SANTA MARIA, 2008). Este estudo foi realizado com agentes comunitários de saúde, integrantes das equipes de PACS e de ESF do município.

Estas equipes estão pulverizadas nas várias regiões sanitárias de Santa Maria, com exceção da região central. O trabalho dos ACS no município iniciou em 1996 com equipe de PACS, que foi sendo ampliada até 2003 quando foi dado início às equipes de ESF.

Conforme foram sendo criadas as novas equipes, alguns dos ACS passaram a fazer parte da ESF, dependendo da área geográfica onde já atuavam. Algumas equipes seguem sendo do PACS, isto é, ligadas a Unidade Básica de Saúde tradicional.

3.2 Participantes da pesquisa

A população foi composta por todos os agentes comunitários de saúde que compõem tanto o grupo do PACS, quanto os ACS que estão vinculados às equipes de ESF de Santa Maria.

Na região trabalham 144 ACS, sendo que 96 ACS estão vinculados às 16 equipes da ESF (seis Agentes por equipe) e 48 ACS estão ligados as 4 equipes de PACS (doze ACS por equipe).

Para responder ao questionário bem como para formar o grupo focal, foram selecionados aleatoriamente 1 ACS de cada equipe de ESF e 2 ACS de cada equipe de PACS, totalizando 24 ACS. Os ACS foram divididos em dois grupos, sendo que um dos grupos contou com oito ACS do PACS e outro com dezesseis ACS da ESF.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram atuar há pelo menos um ano como ACS, seja no PACS ou ESF e pertencer ao quadro de ACS do município de Santa Maria.

Foram excluídos do estudo os ACS que não atenderam aos critérios anteriormente estabelecidos, bem como os que estavam ausentes do trabalho em licença de qualquer natureza, ou seja, saúde, gestante, adotante, etc, no período estabelecido para a coleta de dados.

3.3 Instrumentos de coleta de dados

A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, da autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde e de cada um dos participantes, respeitando todos os princípios que são preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

No primeiro encontro com os sujeitos desta pesquisa, foi entregue o termo de consentimento livre esclarecido (em duas vias, uma para o participante, outro para o pesquisador) e explicados os objetivos, a justificativa e os benefícios desta pesquisa, lembrando aos participantes que eram livres para aceitar ou não deste processo.

Foram selecionados dois instrumentos de coleta de dados quais sejam: um questionário de levantamento de dados sócio-demográficos e a técnica de grupo focal, os quais apresentam características e finalidades diferenciadas.

3.3.1 Questionário de levantamento de dados sócio demográficos

O questionário teve como objetivo realizar um levantamento dos dados sócio-demográficos dos ACS, a fim de caracterizá-los (APÊNDICE A), o qual incluiu aspectos como sexo, data de nascimento, estado civil, número de filhos, tempo de serviço, dentre outros.

3.3.2 Grupo focal

A técnica de grupo focal é utilizada na pesquisa qualitativa; ela consiste em obter os dados a partir de reuniões com um grupo de pessoas que representam o objeto de estudo (LERVORINO, PELICIONI, 2001). Para tanto foi utilizada neste estudo visto que se adapta aos objetivos, possibilitando ainda a exploração de um tópico a cada encontro (VICTORA; KNAUT; HASSEN, 2000).

Assim, o objetivo principal foi o de obter informações e realizar constatações, deixando emergir as diferentes visões sobre o assunto (RESSEL; GUALDA; GONZALES, 2000).

Foram realizados três encontros com cada grupo de Agentes Comunitários de Saúde, ou seja, três para os agentes do PACS e três para os da ESF sendo que, pela qualidade dos dados coletados, não foi necessário ampliar o número de reuniões ou de participantes.

Nos encontros, a mestranda foi responsável pela condução das temáticas e contou também com a participação de uma observadora que auxiliou no registro dos acontecimentos, observando a linguagem não verbal e outras manifestações que por ventura ocorreram em cada encontro (VICTORA; KNAUT; HASSEN, 2000). Foi

utilizado um gravador para o registro das falas e o observador realizou seus apontamentos em um caderno

As temáticas desenvolvidas nos encontros foram: o trabalho do ACS; situações geradoras de prazer e de sofrimento no trabalho, assim como a utilização de estratégias defensivas, individuais ou coletivas no cotidiano.

No sentido de auxiliar na realização dos encontros com a técnica de grupo focal, foram construídas algumas questões orientadoras da discussão, as quais se encontram explicitadas no Apêndice B.

O primeiro encontro dos Agentes Comunitários no Grupo Focal, contou com um planejamento especial, sendo que foram seguidos os seguintes passos:

1. Inicialmente foi explicado o motivo da pesquisa apresentando, com clareza, os objetivos, a importância e os aspectos éticos relacionados à mesma.

2. Foi proposta uma dinâmica que consistiu em oferecer revistas aos participantes para que escolhessem figuras ou frases que, de alguma forma, os representasse ou identificasse. Foi solicitado que cada um explicasse para os demais, o porquê de sua escolha e assim fizessem sua apresentação pessoal. A técnica foi realizada a fim de favorecer a comunicação, confiança e vínculo entre os participantes, constituindo um espaço para livre expressão.

3. Conforme as questões norteadoras, foi solicitado aos ACS que falassem sobre as atividades realizadas no seu cotidiano de trabalho. A partir das falas dos agentes comunitários, a pesquisadora foi construindo um cartaz com as diferentes ações, as quais eram complementadas pelos demais. Este resultado foi discutido pela pesquisadora e pelos ACS, a fim de que refletisse a realidade das ações desenvolvidas pelos ACS no dia-a-dia do trabalho.

3.4 Organização e análise de dados

A organização e análise dos dados foram realizadas em etapas, ou seja, inicialmente a mestrande fez a sistematização dos dados sócio-demográficos, o que permitiu conhecer o grupo de participantes. Em seguida, procedeu a transcrição das falas e a descrição dos dados coletados nos grupos focais, considerando as

anotações feitas pelo observador e os cartazes construídos em conjunto com os agentes.

3.4.1 Dados sócio demográficos

Para facilitar a leitura dos resultados, os dados sócio demográficos foram agrupados e descritos, utilizando-se as técnicas de estatística descritiva, a partir da apresentação dos mesmos com frequência e percentual.

3.4.2 Grupo focal

Os dados obtidos tanto nas gravações como nas anotações do observador no grupo focal, foram transcritos em um editor de textos. Posteriormente, foram lidos exaustivamente na busca de evidências para a melhor compreensão do conteúdo.

A seguir, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (2007) que se constitui de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final. Conforme Caregnato e Mutti (2006) na Análise de Conteúdo, o texto é um meio de expressão do sujeito, no qual o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

Como foram realizados encontros com ACS do PACS e da ESF, inicialmente, os dados foram analisados separadamente. Comparando-os se identificou semelhanças, por isso optou-se por agrupar os resultados, levando-se em conta somente as temáticas desenvolvidas em cada encontro de grupo focal. Destaca-se que, onde existiram diferenças, elas foram relatadas e analisadas dentro da própria categoria.

A organização da categorização dos resultados sobre o prazer e sofrimento dos ACS neste estudo partiu da Escala de Indicadores de Prazer-Sufrimento no Trabalho (EIPST) terceira versão; instrumento este criado e validado por Mendes e Ferreira (2007). Este instrumento foi utilizado para a coleta de dados quantitativos,

os quais não serão apresentados neste momento, tendo em vista o exíguo tempo para conclusão desta pesquisa. De qualquer sorte, optou-se por manter as categorias propostas por ele para a categorização dos dados qualitativos, considerando-se sua adequação.

A EIPST é uma escala composta por quatro fatores, dois para avaliar o prazer, que são a realização profissional e a liberdade de expressão; e dois para avaliar o sofrimento, que são a falta de reconhecimento e da liberdade de expressão. A escala representa alguns indicadores que podem ser considerados universais das vivências, pois foi submetida a mais de um processo de validação. Como citamos anteriormente trata-se de uma escala quantitativa, por isso os resultados são expressos em números que avaliam o nível de prazer e sofrimento no trabalho(MENDES e FERREIRA, 2007). A íntegra da tabela se encontra no Anexo B

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

A ética não é apenas questão de sigilo, envolve a observação de normas de conduta corretas em todas as dimensões da vida. Ao realizar uma pesquisa qualitativa, existe o risco de invadir a privacidade do pesquisado, pois se necessita utilizar suas falas e analisá-las. Por isto, a questão ética neste estudo foi além do instrumento de consentimento informado para atentar e garantir, durante todo o processo, o anonimato dos sujeitos pesquisados (VICTORA; KNAUT e HASSEN, 2000).

Assim, esta pesquisa obedeceu a Resolução 196/96, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde/CNS, o qual normatiza e autoriza a pesquisa em seres humanos.

Este projeto foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) e no SISNEP, sendo posteriormente encaminhado para avaliação e tramitação no Núcleo de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do município - NEPES. Após a aprovação, foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, onde se obteve a autorização para a execução mediante protocolo.

Após a aprovação do projeto nas instâncias legais da instituição pesquisada, foi efetuado o contato pessoal com os participantes da pesquisa, a fim de apresentar

o projeto, seus objetivos, informar os direitos quanto ao anonimato e proteção da imagem, quanto ao direito de recusar-se a participar da pesquisa, a retirar o consentimento (APÊNCIDE C) em qualquer momento da mesma sem que disto lhe resulte em algum prejuízo, conforme os preceitos da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Tendo em vista que os dados referentes ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde, o prazer, sofrimento e estratégias defensivas foram coletados através de grupos focais, não foi possível a identificação dos ACS. Optou-se, então, pela apresentação das falas em itálico, destacando-se que houve uma participação intensa de todos os integrantes do grupo.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados emergidos da coleta de dados desta pesquisa.

4.1 Dados Sócio Demográficos

A partir dos dados coletados, foi organizada a seguinte categorização dos ACS:

Quanto ao **sexo**, dos 24 Agentes Comunitários de Saúde pesquisados, 100%, isto é, todas são do sexo feminino. Inicia-se a análise dos dados constatando que todos os sujeitos desta pesquisa são mulheres, por isso cabe uma reflexão sobre a condição feminina e as implicações deste dado no objeto deste estudo, ou seja, na saúde do trabalhador.

Ávila (2007) fez um resgate histórico do trabalho dos agentes de saúde do Ceará. Naquele estado, o programa de Agentes Comunitários de Saúde, originou-se em 1987, como parte do programa de Emergência criado em decorrência da seca. Para tanto, foram selecionadas 6.000 ACS, tendo como critérios de seleção que fossem mulheres pobres (para garantir salário e sobrevivência às famílias durante a seca), capazes de realizar o trabalho, e ainda, deveriam ser conhecidas e respeitadas pela comunidade.

Segundo Daune-Richard (2003) e Tahon (2004), existem atividades excluídas de representação técnica e isso ocorre com mais freqüência num universo de trabalho em que são utilizadas qualidades inerentes a natureza feminina. A divisão sexual do trabalho é apoiada pelo discurso da fragilidade e paciência feminina, caracterizada pelo senso prático e pela capacidade de entrar em relação com os outros.

Diante do exposto, constata-se que o programa originou-se do emprego de mulheres pobres e não capacitadas, pois não se exigia escolaridade. Elas deveriam cumprir uma ação de urgência, principalmente, na área de saúde infantil, na qual se

acreditava conseguir resultados com ações simples. De 1987 para cá, o ACS se tornou profissão, sendo exigida escolaridade, mas continua sendo, assim como muitas outras, uma profissão feminina (ÁVILA, 2007).

Daune-Richard (2003) afirma que algumas atividades, como as do ACS, são consideradas pertencentes a um universo de trabalho em que são necessárias competências inerentes à natureza feminina. Esse fato pode estar intimamente ligado ao papel de cuidadora que a mulher desempenha na sociedade, sendo as principais responsáveis pela educação e pela alimentação das crianças, bem como pelos cuidados prestados aos membros idosos da família.

Por isso, há a necessidade de considerar a divisão sexual do trabalho nas análises e intervenções na área de saúde do trabalhador. Na medida em que compreendemos a saúde como multifatorial, na qual o ser humano é considerado nas dimensões biopsicossociais e históricas (BRITO; ATHAYDE; NEVES, 2003), a incorporação da problemática do trabalho em sua amplitude e complexidade (que engloba como vimos à questão da divisão sexual do trabalho e das relações sociais de sexo) passa a ser uma exigência epistemológica (BRITO, 2005).

Dejours (2004) destacou que o trabalho feminino apresenta um caráter paradoxal, por um lado faz a mediação das relações de dominação dos homens sobre as mulheres, mas por outro é um instrumento de reapropriação dos direitos das mulheres, o que representa um meio de conquista de novas normas de vida e, conseqüentemente, de saúde.

Estudos desenvolvidos com ACS em outros municípios brasileiros apresentaram resultados semelhantes a este, isto é, a predominância do trabalho feminino (MARTINS et al., 1996; ANDRADE, 1998; SILVA & DALMASO, 2002; FERRAZ & AERTZ, 2005; SANTOS et al., 2006; AZAMBUJA et al., 2007). Ressalta-se que estas pesquisas foram realizadas em períodos diferentes e que não existe mudança neste aspecto ao longo dos anos. Essa tendência também é observada entre os profissionais da saúde, em especial, os enfermeiros (MACHADO, 2000). Assim, destaca-se que as relações de gênero perpassam o mundo do trabalho e a divisão sexual, evidenciando as formas pela qual a sociedade organiza a produção e a reprodução (BRITO, 2005).

Outra consideração importante é a forma de seleção do ACS, pois o processo seletivo é orientado pelo Ministério da Saúde e realizado nos municípios. Em Santa Maria/RS, as seleções realizadas foram compostas por três fases: prova objetiva

eliminatória, entrevista individual e coletiva classificatória. A entrevista era realizada por enfermeiros (predominantemente mulheres), tendo um roteiro pré-estabelecido para traçar o perfil do candidato. Este roteiro pesquisa também a disponibilidade para o trabalho, conhecimento da comunidade, experiência em trabalhos comunitários, existência de tabus e preconceitos e a proposta de atuação (SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE, 2008). É possível que, neste processo, os entrevistadores tenham a tendência de procurar no candidato competências inerentes à natureza feminina reproduzindo a lógica dominante de divisão sexual do trabalho.

Sobre a **idade** dos ACS deste estudo, verificou-se que a idade média é de 39 anos, sendo que a idade máxima é de 50 e a mínima de 24 anos.

Um dos pré-requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para ser ACS é ter idade acima de 18 anos (BRASIL, 2001b), isto é, deve possuir capacidade civil plena, não existindo determinação de limite máximo de idade.

Este estudo aponta para um predomínio de adultos jovens. O mesmo ocorre em outros estudos realizados por Andrade (1998); Silva & Dalmaso (2002); Santos et al. (2006). Pesquisas revelaram também que, para muitos ACS, o trabalho foi uma oportunidade de reingresso no mercado e, para outros, representou reconhecimento e remuneração do trabalho já desenvolvido na comunidade (SILVA & DALMASO, 2002). Este dado aponta para um grupo de faixa etária ampla, possivelmente, com experiências que podem contribuir na realização do trabalho no cotidiano.

Quanto ao **estado civil**, 66% (16) são casadas, 25% (6) são solteiras e 8,3% (2) são separadas ou divorciadas.

Com relação ao **número de filhos**, a grande maioria possui filhos (91,6%), sendo que a média é de dois filhos e o número máximo é de cinco. As ACS têm, no total, 52 filhos, sendo que destes, 38,5% (20) estão na faixa etária de 5 a 15 anos, 38,5% na faixa etária de 16 a 25 anos; 7,7% (4) na faixa etária com mais de 25 anos e somente 2% (1) tem filho com menos de 1 ano.

Estudos desenvolvidos com ACS apresentaram resultados comuns a esta pesquisa, sendo que Santos et al. (2006), em São Bernardo do Campo/SP evidenciou que a maioria dos ACS possui união conjugal, assim como Azambuja et al. (2007) e SILVA, Dalmaso (2002). Estudo de Ferraz e Aertz (2005) constatou que a maioria das ACS vivia com companheiro e tinham um ou dois filhos.

Destaca-se que a grande maioria dessas trabalhadoras já passou pelo exercício da maternidade e trazem consigo experiências de cuidado com os filhos. Este dado demonstra que possuem vivência sobre saúde infantil o que, provavelmente, facilita o seu trabalho. Outra consideração importante é o fato de que, em geral, as mulheres que têm companheiro e filhos realizam dupla ou tripla jornada de trabalho; o que pode interferir nas condições de trabalho e de saúde.

Quanto à **formação**, 8,3% (2) possuem ensino fundamental; 16,6% (4) possuem ensino médio incompleto; 75% (18) possuem ensino médio completo; 16,6% (4) possuem curso de auxiliar de enfermagem; 29,1% (7) possuem Curso de Técnico de Enfermagem e 8,2% (2) possuem curso superior incompleto.

Percebe-se que um número expressivo possui ensino médio completo, demonstrando que as ACS, ao longo dos anos, foram identificando a necessidade de estudar. Isto é positivo tanto para a qualidade do serviço quanto para a evolução pessoal e profissional. Resultados semelhantes foram encontrados por Ferraz e Aertz (2005) e Santos et al. (2006).

Outro dado interessante são os cursos apontando para a busca de profissionalização no campo de atuação da enfermagem, sendo que onze ACS (45,01%) relataram que realizaram cursos técnicos ou auxiliares de enfermagem. Estudo desenvolvido por Silva (2001) apresentou resultados comuns aos desta pesquisa, quando três dos cinco entrevistados referiram estar fazendo curso de auxiliar de enfermagem como perspectiva de profissionalização, não só visando maior salário mas também buscando o apoio em um saber legitimado e o reconhecimento social.

Sobre o **tempo de serviço** dos ACS deste estudo, 62,5% (15) tem de 1 a 5 anos de serviço; 25% (6) têm de 6 a 10 anos de serviço e 12,5% (3) tem mais de 10 anos de serviço.

Estes dados representam a baixa rotatividade desses trabalhadores, sendo que alguns ACS que estão há menos tempo no trabalho, iniciaram suas atividades em micro-áreas implantadas recentemente. O tempo de permanência no Programa é importante para o entendimento do papel do agente, que é constituído nas suas práticas cotidianas (SILVA; DALMASO, 2002; FERRAZ; AERTZ, 2005; SANTOS et al., 2006).

A menor rotatividade dos ACS no trabalho também pode estar relacionada ao fato de gostarem do que fazem, uma vez que todas as participantes desta pesquisa

informaram que escolheram ser Agente Comunitário de Saúde, o que se evidenciou nas falas a seguir:

*“gosto do que faço”
 “tenho amor pelo que faço”
 “amo trabalhar em saúde coletiva”.*

4.2 Conhecendo as Agentes Comunitárias de Saúde

A partir dos dados coletados no primeiro encontro do grupo focal, onde foi solicitado que as ACS escolhessem figuras ou frases que as identificasse, foram criados dois grupos: as que descreveram suas características pessoais e as que se representaram no contexto do trabalho.

Cabe ressaltar que neste estudo que somente sete das vinte e quatro pesquisadas (28%) escolheram figuras ou frases que remetiam a suas características pessoais quando foram falar de si, enquanto os demais (72%) se remeteram à questões relacionadas ao trabalho.

Optou-se por apresentar os resultados desta etapa a partir da figura ou frase escolhida e os comentários que todas as ACS fizeram de si.

4.2.1 A identificação da Agente Comunitária associada à características pessoais

A seguir são apresentadas as figuras, palavras ou frases selecionadas pelos ACS:

Figura **coração**:

*“eu na minha vida sou **coração-emoção**”.*

Palavra **Conquiste** e a frase **a vida não pode esperar**:

“... porque sou mulher e a gente sabe que não pode parar, a gente está sempre se adiantando para não perder o trem da história”.

Figura do **Ipê amarelo** (árvore com flores amarelas):

“...escolhi esta paisagem (Ipê amarelo) de cores vibrantes, para destacar a beleza e a importância da vida, pois adoro a natureza e procuro passar para os filhos a questão da natureza.”

Gravura com **crianças**:

“Esta figura lembra meus filhos e a importância que eles têm na minha vida”.

Figura de uma **mulher**:

“Esta figura de mulher negra me identifica, porque sou mulher e negra”.

Figura de um **Eletrrodoméstico**:

*“Escolhi este eletrodoméstico (**liquidificador**) porque tenho uma personalidade inquieta, trabalho, chego em casa e faço tudo, gosto de agitar”.*

As ACS demonstram pelas verbalizações que são pessoas afetivas, que possuem características femininas, se consideram fortes com capacidade de enfrentar os desafios da vida. Estão continuamente acompanhando a evolução do mundo moderno, sua identidade está pautada no fato de ser mulher e nos laços familiares e afetivos que desenvolvem. Uma das ACS revela que tem orgulho da sua condição feminina e negra, tanto que se descreve e se identifica com estas duas características. A utilização da figura do eletrodoméstico foi para destacar traços de personalidade, jeito de ser, para tanto, destaca-se que o eletrodoméstico, neste caso, não foi usado de forma pejorativa pela ACS.

4.2.2 A identificação do Agente Comunitário associado ao contexto do trabalho

Das vinte e quatro ACS pesquisadas dezessete agentes, isto é, a maioria ao se descreverem, mesclou características pessoais com a vida laboral. Percebe-se aqui a importância do trabalho na construção da identidade do ser humano. A interação é intensa, pois ao se descreverem não se conseguiram separar o sujeito do trabalhador, criando um emaranhado impossível de ser desfeito.

O trabalho permeia e influencia outras esferas da vida do sujeito, configurando-se como elemento central na construção identitária, mesclando o tempo da jornada de trabalho propriamente dito, com o tempo de não trabalho (DEJOURS, 2004). Assim sendo, o trabalho é mais do que uma venda da força de trabalho, possui uma função psíquica de construção da identidade do sujeito e implicação direta nas várias formas de inserção social. Portanto, interfere na construção de redes de relações sociais, bem como nas trocas afetivas e econômicas, construindo o sujeito e sua rede de significados (JARDIN; LANCMAN, 2009).

Neste contexto, destacam-se as verbalizações na apresentação individual das ACS, a partir da escolha de palavras, frases e figuras:

Palavra **união**:

“Escolhi esta palavra, pois meu trabalho (de ACS) é mobilizar as pessoas”.

Palavra **calma**:

“... porque a gente precisa para tudo, e é necessária para realizar meu trabalho”.

Palavra **família**:

“... porque ela é boa para tudo, no trabalho temos outra família com os colegas e visitamos famílias também; “... somos uma grande família, me identifica no trabalho porque me sinto parte da família”.

Frase **cada dia nasce melhor**:

“me identifico através desta frase porque procuro dar o melhor de mim para as pessoas que atendo”.

Figura de **várias mulheres**:

“Porque participo de uma equipe e, como na foto, somos todas mulheres.” “... somos vencedoras”.

Palavra **escute**:

“No meu trabalho escuto e respeito as pessoas”.

Palavra **independência**:

“Sou independente pelo meu trabalho.”

Figura de **pessoas**:

“Escolhi esta figura de pessoas para dizer que pessoas têm gostos diferentes, eu tento respeitar isso. Sobre característica pessoal posso dizer que eu falo alto”.

Frase **mulheres valentes**:

“Eu me identifico porque nós ACS somos mulheres fortes, até pelo nosso trabalho, não pelo desgaste físico, mas pelo desgaste emocional, mesmo que a gente não queira, a gente se envolve”.

Através das verbalizações das ACS durante sua apresentação pessoal, podemos comprovar os destaques dos autores acima. Nas falas quando fazem alusão a: união, calma, escuta/respeito, relacionamento com as famílias, capacidade de relacionamento e respeito pelo outro; na realidade estão explicando que através do trabalho constroem sua identidade e suas redes de relação/inserção social.

Destaca-se ainda que este momento foi essencial para a qualidade deste trabalho, tendo em vista que oportunizou o conhecimento pessoal entre as diferentes ACS, aproximando-as e facilitando os encontros no grupo focal.

4.3 O trabalho da ACS

As atribuições básicas dos ACS estão estabelecidas na Portaria GM/MS n. 1.886 de 18 de dezembro de 1997, sendo detalhadas num total de 33 itens. São mencionadas atribuições que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico, mapeamento e outras); atribuições que fazem parte do acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo detalhados os grupos populacionais que deverão ser acompanhados (gestantes, puérperas, hipertensos e outros); os temas que deverão ser abordados (aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros) e as necessidades de monitoramento (diarréias, infecções respiratórias

agudas, tuberculose, hanseníase e outros). São mencionadas, ainda, ações educativas referentes à prevenção do câncer, métodos de planejamento familiar; saúde bucal, nutrição e atribuições que não são específicas da saúde, como ações educativas para preservação do meio ambiente; abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Dando continuidade à pesquisa, passamos a apresentar o resultado deste estudo sobre as atividades desenvolvidas pelas ACS no cotidiano laboral. Destaca-se que foi difícil categorizar os dados devido à infinidade de ações relatadas durante esta pesquisa. Assim, aglutina-se em categorias apresentadas a seguir:

4.3.1 Atividades administrativas

A seguir são apresentadas às atividades que foram consideradas administrativas, não levando em conta se estão dentro das funções dos ACS determinadas pelo Ministério da Saúde:

- realizar mapeamento e cadastro das famílias da micro-área;
- realizar cadastro do cartão SUS;
- prestar informações gerais às famílias sobre bolsa família, bolsa escola;
- emitir certificado de pobreza e de endereço;
- documentar na SIA/SUS as visitas domiciliares com os respectivos códigos, endereços e assinaturas;
- participar de reuniões de equipe e dos Conselhos Municipal e Regional de Saúde;
- elaborar relatório mensal com informações de saúde da micro-área e a produtividade;
- entregar nas famílias os encaminhamentos obtidos na Unidade Básica de Saúde para consultas com especialistas, exames e outros.

Ferraz e Aertz (2005) destacaram que 13% das atividades que compõe o trabalho do agente comunitário é o de apoio à equipe da ESF, isto é, o trabalho administrativo.

4.3.2 Atividades educativas

A seguir são apresentadas as ações desenvolvidas pelos ACS que envolvem atividades educativas realizadas tanto nas visitas domiciliares como em grupos comunitários. São elas:

- prevenção de doenças e orientações em saúde para crianças na comunidade e na escola incluindo teste do pezinho, informações sobre higiene, escovação, preparo da multi-mistura, participação na pastoral da criança, prevenção da dengue, realização de limpeza de áreas na comunidade, coleta de ervas medicinais para fabricação de sabão para pediculose;
- orientações sobre: hipertensão e diabete, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e uso de preservativos; importância e contra-indicação das vacinas; alimentação; direitos da mulher, dos adolescentes, das crianças; direitos e deveres dos comunitários, o funcionamento da unidade e agendamentos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as atribuições do agente estão relacionadas a um aspecto estruturante: o papel de educador como agente de mudança naquela comunidade.

O Ministério da Saúde elaborou um manual com o título “O trabalho do agente comunitário de saúde” que, no capítulo 2, nomeia o agente de saúde como agente de mudanças. Estas mudanças são realizadas a partir do conhecimento adquirido pelo ACS e o desenvolvimento da capacidade de transmiti-lo, mudando a realidade. Neste mesmo manual, o Ministério da Saúde deixa antever que as ações educativas promovidas por esse agente estão calcadas na educação popular, proposta que no Brasil teve como grande referência o educador Paulo Freire (AVILA, 2007).

Demonstra-se, neste estudo, que as ACS realizam várias ações educativas, não se limitando somente ao campo da saúde. Acredita-se que esta seja uma das tarefas de destaque no trabalho do ACS, isto é, ser um educador em saúde. Sua competência para ser um agente de mudanças, depende da sua competência como educador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Stotz; David e Wong (2005) ressaltam ainda que apesar da teoria de educação popular estar presente no movimento de reforma sanitária, a política de saúde manteve o modelo biomédico que determina a separação cultural entre os serviços de saúde e a população, dificultando o trabalho educativo dos ACS.

Estudos desenvolvidos por outros autores sobre o trabalho do ACS apresentaram resultados comuns aos deste estudo, quando afirmam que o ACS trabalha dialogando com a comunidade buscando ser um agente educador (SPIRI, 2006; LUNARDELO, 2004; SILVA e DALMASO, 2002), sendo que Ferraz e Aertz (2005) constataram que a educação em saúde é a segunda tarefa mais desenvolvida pelos agentes.

Destaca-se também que a tarefa educativa do ACS é complexa, pois além de instrumentalizar-se para as ações, precisa conhecer e compreender o contexto social, econômico e cultural da população que assiste.

4.3.3 Atividades na área de saúde da criança

As atividades na saúde da criança são consideradas prioritárias no trabalho do ACS (BRASIL, 2006). Dentre estas ações, destacam-se:

- pesar crianças de 0 a 2 anos mensalmente;
- estimular o aleitamento materno e orientar sobre alimentação infantil;
- acompanhar, orientar sobre o calendário de vacinas, divulgar campanhas e atuar na revisão do cartão de vacina;
- participar dos encontros da pastoral da criança e realizar o trabalho de agente da pastoral (preencher caderno, pesar, organizar encontro, preparar temas para desenvolver nos encontros, preparar lanche);
- encaminhar para atendimento na unidade básica crianças que apresentam problemas e que podem estar doentes.

4.3.4 Atividades na área de saúde da mulher

A seguir, são apresentadas as atividades relacionadas pelas ACS no que tange à mulher:

- acompanhar gestantes através de visita domiciliar, encaminhar para realização do pré-natal; verificar existência de cartão da gestante; acompanhar vacinas, orientar cuidados de alimentação e higiene, orientar preparo das mamas para amamentação;
- agendar consultas do pré-natal quando as mulheres não comparecem na Unidade de Saúde;

- orientar sobre planejamento familiar;
- orientar sobre prevenção de câncer de colo de útero e mamas.

4.3.5 Visitas domiciliares

A visita domiciliar (VD) é um instrumento de intervenção fundamental para estratégia de saúde da família, utilizado pelos integrantes das equipes para conhecer as condições de vida e saúde das famílias. Atividade esta, simultaneamente, educativa e assistencial que permite uma interação efetiva da equipe de saúde, em particular do ACS, com o indivíduo, a família e a comunidade. Ela é à base do trabalho do ACS que a utiliza, a fim de realizar o acompanhamento das famílias de sua micro área.

Além da visita mensal de rotina na qual são realizadas orientações e acompanhamento da saúde dos usuários, os ACS deste estudo destacaram que realizam VD para:

- acompanhar o médico, o enfermeiro e o técnico de enfermagem;
- realizar busca ativa de gestantes, de idosos, de pessoas com diagnóstico de tuberculose, imunodeficiência adquirida, hanseníase, dentre outras, na sua micro-área e, muitas vezes, fora dela;
- acompanhar acadêmicos dos cursos da saúde como medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, nas visitas domiciliares;
- identificar a presença na comunidade de pessoas com sinais de alteração na sua saúde mental;
- verificar os resultados de exames, fornecer orientações sobre receitas, medicações e encaminhamentos. São criadas estratégias para analfabetos tomarem corretamente os remédios e ajudar nos encaminhamentos para exames, especialistas e outros.

Sobre este aspecto destaca-se que em estudo desenvolvido por Bornstein e Stotz (2008) realizado em Bauru/SP, o ACS tem o papel de adequar as orientações de saúde à realidade da comunidade, sendo este mesmo dado percebido nesta pesquisa.

Com relação à função do ACS, Ferraz e Aertz (2005) constataram que, apesar de a visita domiciliar ser a principal atividade do agente comunitário, ela não é realizada com total efetividade, uma vez que parte do tempo de trabalho é

dedicado a atividades administrativas, fazendo com que o ACS não se dedique integralmente a esta ação em saúde. Em outro estudo (FERRAZ; AERTS, 2004), estes mesmos autores em pesquisa com ACS de Porto Alegre/RS, relatam que a visita domiciliar foi destacada por 2/3 de todos os profissionais da ESF como principal atividade do agente.

Identifica-se nas verbalizações dos ACS que, durante a visita domiciliar, uma função que consideram importante é a escuta e a identificação de problemas, o que aparece em destaque a seguir:

“ser ouvido; nas visitas é preciso mais escutar do que orientar...está faltando atenção às pessoas”.

“a gente precisa aumentar a auto-estima das pessoas, normalmente quando tu sai da VD a pessoa está outra”.

“a gente identifica os problemas, todos os que se pode imaginar: sociais, saúde, violência, etc.”

Bornstein e Stotz (2008) chamam a atenção ao papel de apoio emocional e psicológico assumido pelo ACS, para destacar a importância deste atendimento para a população assistida e para a efetivação da estratégia de saúde da família.

4.3.6 Mobilização da comunidade

Conforme o Ministério da Saúde (1997), uma das funções do ACS é a de estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida. Dentro destas funções os ACS destacaram:

- organizar confraternizações, excursões festivas para os grupos de comunitários;
- promover festas: dia da mulher e dia da criança;
- mobilizar a comunidade para o alcance de metas na vacinação;
- organizar grupos educativos na comunidade;
- participar dos Conselhos Local e Municipal de Saúde e estimular a comunidade para as Conferências de Saúde.

4.3.7 A atividades do tipo “quebra galho”

Esta categoria foi assim nominada pelos ACS e nela estão incluídas ações que são realizadas pelos agentes, com freqüência, e que eles não consideram como de sua competência:

- ligar para a unidade para resolver os problemas da comunidade, bem como receber telefonemas da UBS para avisar os usuários sobre marcação de exames e consultas; do Conselho tutelar; do serviço de tuberculose;
- agendamento de consultas na UBS;
- levar recados da unidade para fora de sua micro área, normalmente em áreas perigosas ou de difícil acesso;
- tomar decisões sobre o que fazer com pessoas que passam mal fora do horário de atendimento da UBS;
- chamar ambulância e acionar técnico de enfermagem na UBS para acompanhar doentes;
- providenciar carona para transportar doentes para a UBS, uma vez que muitos usuários não têm condições econômicas;
- acompanhar pacientes para o Pronto Atendimento, para o Hospital inclusive o psiquiátrico e para o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS).
- avisar datas das consultas, exames, Rx, endoscopia, vacina, psicólogo, psiquiatra, e outros aos comunitários;
- “tapa-furo” nas áreas descobertas por ACS.
- auxílio na secretaria, na recepção da UBS e limpeza quando falta funcionário;
- informação aos usuários sobre diversas questões como horário de funcionamento da prefeitura, do INSS, do ônibus, etc.
- diante de um óbito, providencia funeral;
- atendimento a pedidos do Conselho Tutelar para fazer o trabalho de investigação acerca de ocorrência na comunidade;
- administração de medicações no domicílio do paciente, em especial, dos portadores de HIV/AIDS, bem como certificar-se que o paciente tomou a medicação;
- separação de medicações para entregar no grupo de hipertensos e diabéticos;
- entrega de medicações para pacientes acamados;

- no sistema de Vigilância Alimentar (SISVAN): verificação de peso, altura e circunferência abdominal das pessoas da área do ACS e fora da área, ou seja, pesagem do bolsa família.

Estes resultados agrupados dão a dimensão da grandeza desta subcategoria no cotidiano laboral do ACS. As atribuições dos ACS, conforme documentos oficiais do MS podem ser sintetizadas em: promoção/ prevenção; tratamento/reabilitação e mediação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, 1997a,b, 2000b e 2002a, BRASIL, 2000). Nas Normas e Diretrizes do PACS, o item 8.6 diz: “é vedado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência operacionais”. Apesar dos documentos, percebe-se que as diversidades de ações relatadas neste estudo evidenciam distorções importantes neste processo.

Outros estudos desenvolvidos com ACS também vêm apontando para esta realidade. Vasconcelos (1997) já havia destacado que o ACS além de sobrecarregado com tarefas de sua atribuição, passa a ser o “tapaburaco” na carência de outros profissionais nos serviços de saúde. Silva (2001) constatou que as ações em torno da assistência médica e do controle de riscos, como reforço da conduta médica, controle de medicação e tratamento, marcação de exames e consultas representavam a maior parte das atuações dos agentes. Destacou ainda que a função de elo comunicativo do ACS trata especialmente das informações sobre o acesso aos serviços e ações de saúde, o que não se verifica neste estudo, pois as informações envolvem áreas que não são da competência do ACS.

Ferraz e Aertz (2005) em pesquisa com ACS do Rio Grande do Sul, encontraram a realização de atividade de suporte às equipes, auxiliando na recepção de pacientes, busca de prontuários, telefonia e organização e controle do almoxarifado.

Sobre isso, uma agente verbalizou:

“diz que chamaram a gente lá em Tramandaí (cidade do litoral do RS) de bombril: mil e uma utilidades”.

Ávila (2007) identificou uma categoria empírica no trabalho do ACS, denominando como a de Agente “pau-para-toda-obra”. Destaca-se, neste estudo, que o ACS incorporou funções que não são dele. Esta categoria de “quebragallo” faz com que o ACS, que já tem uma sobrecarga de funções, assumam uma gama de

responsabilidades acima de seu limite físico e emocional. Além disto, ao assumir funções de que não são de sua competência, potencializa as possibilidades de erros e de críticas ao trabalho.

Destacam-se também alguns resultados alarmantes desta pesquisa, nas verbalizações abaixo:

“a enfermeira solicitou que eu aplicasse insulina em pacientes; a maioria das enfermeiras da UBS não sabe a função da gente e tem colegas que verificam PA com autorização do médico”.

Diante dos resultados apresentados até aqui sobre o trabalho do ACS, cabe realizar algumas reflexões sobre a organização prescrita e a real do trabalho. Brito (2005) destaca que o trabalho é engendrado em confronto e em negociação com a realidade, produzindo ações reais que não estão prescritas. Nessa linha, Davezies (1993) definiu o trabalho como a atividade coordenada e desenvolvida por pessoas, para produzir o que não pode ser obtido pela estrita execução prescrita do trabalho. Por isso, o trabalho é sempre humano por essência ou definição (DAVEZIES, 1993; DEJOURS, 1995).

Estudos desenvolvidos com ACS apresentaram resultados comuns a esse, quando apresentam que o agente de saúde trabalha articulado com a equipe de saúde, interligando a comunidade e a unidade de saúde, as pessoas e os demais membros da equipe de saúde da família. As ações previstas não se desdobram em formas mais definidas de atuação e o ACS possui determinada liberdade para realizar as ações de saúde (SILVA, 2001). Destaca-se neste estudo que a liberdade está presente nas ações como: organização de eventos e grupos de comunitários, educação em saúde, acompanhamento de saúde do escolar, no trabalho da pastoral da criança, participação de instâncias colegiadas de saúde, dentre outras atividades.

Por outro lado, a situação de carência social e a ênfase da ESF nas ações de vigilância à saúde, criam condições para que a faceta de suporte do trabalho do agente seja reconhecido como de assistência social, quase caritativo, feito por sua própria iniciativa e baseado na sua experiência de vida (SILVA, 2001). Ferraz e Aertz (2004) destacam que o papel do agente foi percebido, de maneira diferente entre os próprios ACS, equipe e comunitários, sendo considerado como papel principal o de educador, o de elo entre equipe e comunidade e, por último, o de vigilante da saúde das famílias.

Esta percepção sobre o papel do ACS levou Nunes et al. (2002) a usarem a denominação de “fogo cruzado” para a situação de trabalho do ACS, referindo-se as demandas que se sobrepõe, ou seja, de um lado as demandas da comunidade, muitas de caráter pessoal e de outro, as da equipe de saúde que espera deste trabalhador, uma prática mais técnica e pedagógica. Por isso, este autor considera a posição do ACS como híbrida e de mediação, de difícil execução. Lunardelo et al. (2004) identificaram o trabalho do ACS como complexo, destacando o papel de sujeito mediador e terapeuta comunitário.

Através do conceito de atividade, o trabalho pode ser entendido como um lugar de micro-escolhas, no qual o sujeito é colocado diante de diferentes racionalidades: racionalidade/norma imposta pela hierarquia e racionalidade/norma do próprio coletivo de trabalhadores; isto é, seu patrimônio, suas descobertas cotidianas e valor econômico, social, político, de solidariedade, saúde, etc (BRITO, 2005).

Por fim, destaca-se que o trabalho possui significado intrínseco, pois o ser humano se reconhece nos produtos que cria. O trabalho, como processo de produção, faz parte do nosso mundo real. O trabalho é capaz de influenciar a personalidade do ser humano, podendo desempenhar um papel fundamental para o seu equilíbrio, sua inserção social, sua saúde física e mental. Weil (1998) e Azambuza et al. (2007) destacam ainda que, na contemporaneidade, o trabalhador está em um processo de contínua mudança, isto é, de uma contínua transcendência.

4.4 Situações geradoras de prazer no trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Gonzales (2001) em pesquisa com trabalhadores da área da enfermagem destacou que uma parte expressiva deles apresentava dificuldade em identificar as fontes de prazer e sofrimento no trabalho. Discorrendo sobre este assunto, a autora destacou a importância do ser humano saber distinguir o que proporciona prazer e sofrimento, a fim de perceber os momentos de satisfação, alegria e contentamento, tanto na vida do trabalho quanto na vida social.

Ainda sobre o tema, Siqueira Junior; Siqueira e Gonçalves (2006) referem que alguns trabalhadores, dependendo de suas experiências, podem identificar mais facilmente o sofrimento ao invés do prazer. No entanto, faz-se necessário a

percepção do prazer e da satisfação no trabalho, visto que esse fator está diretamente relacionado com a realização pessoal e profissional e, conseqüentemente, com a saúde do trabalhador.

Para tanto, nesta pesquisa, foi utilizada a Psicodinâmica do Trabalho, pois ela não é somente uma abordagem de pesquisa, mas também pressupõe a ação sobre o trabalho e o trabalhador (MENDES, 2007). Acredita-se nos pressupostos da teoria que dizem que o trabalho é um lugar de construção da identidade e que o maior desafio é produzir ações para modificar o destino do sofrimento.

Assim, no segundo encontro de grupo focal, após já terem realizado suas identificações e relatado o trabalho que realizam, a temática do encontro foi o prazer no trabalho.

A primeira verbalização feita por uma ACS durante o grupo focal, com a temática prazer no trabalho foi:

“me sinto muito satisfeita quando consigo resolver o problema do usuário”.

A expressão demonstra tanto as vivências de gratificação profissional como o orgulho e identificação deste trabalhador com o trabalho que faz, bem como do seu compromisso com o alvo destas ações que é também o usuário.

A partir desta fala inicial passo a relacionar os resultados, a partir da categorização e análise do núcleo de sentido, destacando que para a categorização foram utilizados dois grandes grupos: realização profissional e liberdade de expressão, sendo que estas duas categorias tiveram como base a EPIST (Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no Trabalho) anteriormente selecionada para nortear o percurso de análise deste estudo (MENDES; FERREIRA, 2007).

4.4.1 Realização profissional

Foram agrupados nesta categoria os discursos das ACS que falam de suas vivências de prazer relacionadas à realização profissional, conceituada como a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz. Os itens, conforme a EIPST, são: satisfação; motivação, orgulho pelo que faz, bem-estar; realização pessoal; valorização; reconhecimento; identificação com as tarefas e gratificação pessoal com as atividades (MENDES; FERREIRA, 2007).

Podemos identificar, no grupo focal, que a ACS sente prazer quando seu trabalho é valorizado, quando se sente útil, evidenciando-se que acreditam na qualidade do trabalho que realizam e que desejam continuar a execução do mesmódeste trabalho. Desta forma, têm o desejo de que seu trabalho melhore as condições de vida dos usuários, demonstrando que avaliam o sucesso do seu trabalho através dos resultados que obtém. A fala a seguir caracteriza esta afirmação e sintetiza o prazer proporcionado pela realização profissional:

“fico feliz quando as pessoas valorizam o ACS”.

Conforme Mendes (2007), o reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho. A vivência de prazer e realização de si advém da possibilidade de construção da identidade do sujeito. O processo de retribuição simbólica prevê o reconhecimento singular, isto é, por outra pessoa, neste caso o usuário. É o que demonstram as expressões:

“... a gente fica feliz quando os usuários falam ou tem atitudes que demonstram que nos valorizam”.

“me sinto feliz quando os usuários conhecem ou identificam a minha rotina de trabalho, sabem quando é o dia de visita, nos esperam e eu sinto que a minha presença fez bem aos outros”.

Estudos realizados por Barcellos, Pandolfi e Miotto (2006) sobre o perfil dos ACS de Vitória, evidenciaram que os mesmos percebiam que a comunidade reconhecia a importância do seu trabalho, dado também encontrado nesta pesquisa.

Ainda na verbalização acima, percebe-se que o ACS contribui para a organização do trabalho, pois desenvolveu sua rotina de trabalho, que inclui a visita domiciliar, a fim de proporcionar um atendimento especial para seus usuários. Mendes (2007) destacou a importância e a necessidade que o trabalhador tem de contribuir na organização de seu próprio trabalho, especialmente àquelas dirigidas à superação das contradições entre a organização prescrita e a real.

Para que o trabalho seja fonte de saúde, é necessário o reconhecimento do esforço e do investimento que o trabalhador faz em sua tarefa. Esse reconhecimento dá sentido ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores (MENDES, 2007).

O trabalho pode ser fonte de prazer e satisfação pessoal e isso advém da valorização e do reconhecimento das ações realizadas, da melhoria das condições

de saúde das famílias e dos vínculos de confiança e amizade que se criam (AZAMBUJA et al., 2007). As reflexões destes autores corroboram com a fala do ACS em que diz sentir prazer quando:

“a comunidade e equipe de saúde reconhecem o trabalho”.

Silva (2001) discorrendo sobre motivação para o trabalho destacou que além da possibilidade de remuneração, o ACS sente-se satisfeito quando desenvolve um trabalho que considera útil, sentindo-se orgulhosos quando constatam que o seu esforço é reconhecido pela comunidade e pela instituição. Assim ela verbaliza esta satisfação:

“quando tenho indicativos que meu trabalho está surtindo efeito, por exemplo, no planejamento familiar, quando está funcionando e reduz o número de gestantes e as que ficam grávidas é porque querem”.

O trabalho é uma relação social, histórica e intersubjetiva, ou seja, se trabalha para dar significado à nossa vida e à sociedade em que se vive. Segundo Barros (2007), trabalhamos para os outros, mas também para nós mesmos. O ACS está integrado em uma política pública de saúde e a ESF e o PACS possuem um conjunto de saberes e fazeres baseado no princípio do acolhimento e do vínculo do profissional com o usuário. Para que o acolhimento/vínculo aconteça, o ACS precisa ter uma interação humanizada com os usuários. Esta interação produz relações afetivas de carinho, amizade, companheirismo, afeto e amor, favorecendo sentimentos de prazer no ACS e no usuário.

Para o ACS as relações afetivas construídas no cotidiano laboral são fontes de prazer e, neste sentido, destacam-se as expressões:

“quando a gente recebe demonstrações de carinho da comunidade”.

Assim, as tarefas podem permitir uma relação de troca entre o ACS e o usuário, no qual ambos são beneficiados afetivamente, propiciando o sentimento de estar ajudando e a sensação de serem úteis. Isso se materializa no presente recebido como exemplifica a fala a seguir:

“[...] quando recebemos presentes, por mais simples que sejam a gente percebe que são carregados de carinho”..

Aqui o prazer pode ser interpretado como uma recompensa pelo trabalho realizado, não material, mas que invade a alma do sujeito ao ver seu objeto transformado, ou seja, o projeto arquitetado foi atingido (MARTINS; FARIA, 2002). A fala abaixo ilustra esta questão:

“... quando as pessoas nos tratam como se fossemos da família, e todo mundo nos conhece”.

“[...] os abraços que recebemos, as crianças nos chamam de tia, os idosos normalmente são afetuosos conosco e nós gostamos”.

Isso demonstra o prazer proporcionado quando existe a compatibilidade entre o conteúdo da tarefa e os desejos inconscientes do trabalhador (DEJOURS, 1994; MENDES, 1994).

É de fundamental importância que o trabalhador seja reconhecido e valorizado ao desempenhar suas funções, quer seja pelos usuários e familiares, quer seja pela equipe de trabalho, pela instituição ou ainda pela sociedade. O trabalhador através de suas competências, habilidades e até pela sua paixão e envolvimento, contribui para a organização do trabalho e para a constituição da subjetividade própria de cada um (MARTINS; ROBAZZI, 2006; MARTINS; ROBAZZI; PLATH, 2007).

O prazer proporcionado através deste feedback está expresso na verbalização:

“[...] de vez em quando a gente também fica doente ou tem algum problema, nasce filho, e daí alguém da comunidade vai nos visitar; isso é muito bom”.

4.4.2 Liberdade de expressão

Nesta segunda subcategoria estão os discursos dos sujeitos que relatam suas vivências de prazer relacionadas à liberdade de expressão, conceituada como a vivência de liberdade de pensar, organizar e falar sobre seu trabalho. Os itens, conforme a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho, são: liberdade com a chefia para negociar sobre suas necessidades e falar sobre o trabalho; de falar sobre seu trabalho com os colegas; de expressar opiniões e de usar sua criatividade. Além disto, são considerados os itens: solidariedade, confiança e cooperação entre os colegas (MENDES; FERREIRA, 2007).

Esta categoria, dentro do núcleo de sentido, inicia-se pela expressão:

“dá prazer trabalhar quando existe parceria entre os ACS, a gente resolve mais coisas juntas”.

O ACS usa o termo “parceria” para indicar uma relação horizontal, na qual existe liberdade para falar sobre os problemas no cotidiano laboral e elaborar estratégias para resolvê-los.

O prazer é expresso também na expressão:

“quando a gente consegue ajuda com os colegas ACS, quando conseguimos nos relacionar bem”.

A liberdade de expressão é traduzida pela vivência de liberdade para pensar, organizar e falar sobre seu trabalho (MENDES; FERREIRA, 2007). Este é um momento de criação no qual o ACS mobiliza suas potencialidades, produzindo “obras novas”.

O trabalhador faz uso de si, na medida em que o trabalho não é somente execução, o que seria invisível. O trabalhador faz escolhas, pois as consignas das prescrições são insuficientes (BARROS, 2007). O autor nos remete à capacidade inventiva do trabalhador, que não se detém somente à execução pura da ação e sim a procura, junto com os pares, de formas de atuação.

Neste sentido, destacam-se as verbalizações:

“quando conseguimos recursos para as festas. A gente faz com brechós, risotos e venda de materiais recicláveis”.

O trabalho do ACS transcende o entendimento de executar tarefas em si, uma vez que o prazer está em trabalhar e ao, mesmo tempo, colocar em prática suas potencialidades, talentos e habilidades. Construir ou reconstruir o prazer no trabalho inicia-se com dignificar sua própria vida através do resgate dos sonhos e transformação dos obstáculos em oportunidades de crescimento pessoal e aprendizagem (MARTINS; FARIAS, 2002). Assim expressa na fala a seguir:

“na festa dos hipertensos a gente faz cachorro quente, costura coletes com identificação do grupo, vai junto com eles, participamos da festa, fazemos torcida para rainha do nosso grupo e até dançamos”.

O trabalhador se mobiliza e se engaja no trabalho, suas ações promovem uma dinâmica de troca, a fim de possibilitar que os objetivos individuais e coletivos sejam alcançados, e conseqüentemente, o prazer.

Chama a atenção que os ACS desta pesquisa, quando falam de prazer no trabalho, citam seus pares e não a equipe, levando a pensar que não conseguem, no relacionamento com toda a equipe, vivenciar o mesmo grau de liberdade de refletir, organizar e falar sobre seu trabalho.

Os resultados encontrados mostram que, apesar de trabalhar em um ambiente complexo, com múltiplas funções e com situações de saúde e sociais adversas, os sujeitos da pesquisa relataram que sentem prazer em muitas situações. Este processo retrata a importância do trabalho na vida e na saúde do sujeito. Deste modo Dejours (1994) destaca que para se obter prazer no trabalho é necessário que ele se torne flexível, oportunizando o trabalhador utilizar suas aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas. Cabe então, proporcionar um trabalho no qual o planejamento seja flexível e as tarefas divididas de acordo com as funções de cada membro da equipe, não sobrecarregando ninguém e proporcionando a oportunidade ao ACS realizar vivências de prazer relacionadas à realização profissional. Neste texto compreende-se realização profissional como a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz. Já o prazer relacionado à liberdade de expressão é conceituado como a vivência da liberdade de pensar, organizar e falar sobre seu trabalho.

Assim, o prazer é somente uma conseqüência da organização do trabalho desenvolvido coletivamente, com respeito a cada ser humano, com as características que lhe são particulares (DEJOURS, 2004).

4.5 Situações geradoras de sofrimento no trabalho do ACS

A seguir são apresentados os resultados relativos às situações geradoras de sofrimento no cotidiano laboral dos ACS.

4.5.1 Esgotamento profissional

Da mesma forma como os ACS destacaram o prazer no trabalho, indicaram também a existência do sofrimento no seu cotidiano laboral. No grupo focal no qual foi desenvolvida a temática sofrimento, um dos participantes se expressou assim:

“o sofrimento faz parte do nosso cotidiano, muitas vezes tenho que chorar para não explodir”.

Jardin e Lancman (2009) ressaltam que o contato constante com a população, o envolvimento com as famílias, a entrada nos domicílios, o conhecimento das demandas e a impossibilidade de ações mais efetivas no setor de saúde podem gerar no ACS sentimentos ambíguos, ora de prazer, ora de sofrimento.

4.5.1.1 Deficiência dos serviços de saúde

As ACS deste estudo citam como fonte de sofrimento as falhas do serviço de saúde, o que se verifica na verbalização:

“existe um problema que não conseguimos resolver, daí encaminhamos para a Unidade de Saúde, aí começa o sofrimento para o ACS”.

Albuquerque (2000) realizou pesquisa com o objetivo de identificar as representações sociais dos ACS e observou que os agentes se representam e são representados como "elos, ligação" entre a comunidade e o serviço de saúde. Por isso são associados à eficiência e eficácia do serviço de saúde como um todo.

Nos serviços de saúde é possível observar a prescrição de regras, fluxos e normas, comumente surgidos a partir de pactos e negociações. Não é raro ocorrer problemas no funcionamento dos serviços de saúde. Isto provoca cobranças que recaem direta e primeiramente sobre tais trabalhadores “da ponta”, que vivenciam o problema quase sempre de modo isolado, nos moldes de uma impotência individual (SANTOS-FILHO, 2007). Isto provoca transtornos e desgaste para os ACS, o que se observa através da verbalização:

“[...] na UBS o ACS significa problema, pedra no sapato, porque o agente leva os problemas para a UBS e cobra resultados/soluções”.

“a gente instrui as pessoas, aí elas vão no posto e reclamam pelo atendimento, aí eles dizem, lá vem aquela encrenqueira da área da fulana (nome da ACS)”.

“a gente sofre porque precisamos tomar decisões quando as pessoas passam mal fora do horário de atendimento da unidade, e ainda depois somos cobrados pela equipe sobre a decisão tomada”.

Nunes et al. (2002) ressaltam a função de mediador do ACS, que pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho. Os ACS, pela responsabilidade que assumem ao compor a equipe de saúde da família, acreditam ter que dominar certos conteúdos e práticas referentes à área da saúde, o que está fora da formação que recebem. Esse processo gera ansiedade devido às complexas demandas da comunidade conduzindo, por vezes, a insatisfação do ACS quanto à formação que recebem para exercer esta atividade. Outro aspecto reportado na verbalização é o conflito de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir, e mesmo disputar, o seu lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe.

4.5.1.2 Morar e trabalhar no mesmo local

Outro ponto a considerar, quando se trata do sofrimento do ACS, é a obrigatoriedade de trabalhar e morar no mesmo local. Isso é evidenciado na verbalização:

“[...] no nosso trabalho tem algumas regras que fazem com que eu me sinta oprimida, um é o fato de morar na micro-área onde trabalho, faz com que perca privacidade”.

“tu é ACS de segunda a segunda, não tem folga nunca”.

“ACS não pode almoçar, nem dormir, nas férias tem que sair da comunidade”.

O fato dos ACS serem membros da comunidade e trabalharem com seus vizinhos pode representar desgaste emocional adicional aos ACS. Pessoas que moram no mesmo bairro ou vizinhança nem sempre têm os mesmos interesses ou se relacionam bem, sendo freqüente a existência de conflitos, inimizades e disputas. (TRINDADE; GONZALES; BECK, LAUTERT, 2007).

Por isso Jardim e Lancman (2009) questionam a obrigatoriedade do ACS morar na comunidade onde trabalha, alertando para o fato de poder ser fonte adicional de sofrimento psíquico e se tornar patogênico.

4.5.1.3 Excesso de atribuições

O trabalhador se mobiliza e se engaja no trabalho, suas ações promovem uma dinâmica de troca a fim de garantir que os objetivos individuais e coletivos sejam alcançados. Esse investimento pode gerar sofrimento porque a organização do trabalho nem sempre é lugar para essa mobilização (MENDES, 2007). Os ACS deste estudo sofrem porque sentem que seu trabalho não é totalmente compreendido. Sentem-se excessivamente cobrados, com múltiplas atribuições, sem o respaldo dos serviços de saúde. Por outro lado, os usuários, quando não atendidos pelo serviço de saúde passam a exigir do ACS a resolução de problemas que não são de sua competência.

Dentro deste núcleo de sentido destaca-se a verbalização:

“quanto mais a gente faz mais exigem da gente, eles querem que a gente faça tudo”.

Diante das exigências internas e externas, os trabalhadores se vêem sem condições de abarcar a imensa cota de responsabilidades que lhe são imputadas. Isso produz sensações de incompetência, de cansaço, de sofrimento, de desgaste, as quais interferem, sobremaneira, no processo de viver humano (AZAMBUJA et al., 2007).

Tomaz (2002) usa dois neologismos: a superheroização e a romantização do ACS quando se trata do papel do ACS, onde existe uma tendência de atribuir ao ACS o complexo papel de ser a “mola propulsora da consolidação do SUS”. A verbalização a seguir nos dá a impressão de que não existe uma delimitação clara das atribuições do ACS e isso faz com que ocorram distorções, produzindo sobrecarga de trabalho.

“a gente tem muita coisa para fazer, de um lado a cobrança cada vez maior dos usuários e de outro lado a equipe de saúde está sempre inventando mais coisas para fazer”.

No cotidiano do trabalho, espera-se que os agentes dêem conta também de resolver problemas sociais, o que é uma tarefa muito complexa. Na pesquisa realizada por Silva (2001), um ACS disse se sentir como uma “salsicha, apanhando dos dois lados”. Os dois lados são a comunidade e a equipe. Tem-se a mesma idéia na verbalização, percebendo-se a dimensão que pode tomar esta sobrecarga na vida pessoal e laboral do ACS.

“[...] eles descarregam tudo em ti, a gente faz muito mais do que precisaria”.

Outras verbalizações sobre este assunto são:

“[...] me cobram para fazer coisas que nem é função do ACS”.

“a UBS não atende e eles vem pra cima da gente exigir o atendimento e a gente não pode fazer nada”.

Estudos desenvolvidos com equipe de ESF apresentam resultados semelhantes a esses quando afirmam que o trabalho está ligado à sobrecarga de atividades e estresse. Nos depoimentos, é freqüente a queixa do desenvolvimento de inúmeras atividades durante a jornada de trabalho, sendo que várias outras deixam de ser realizadas, porque não há possibilidade concreta de execução (AZAMBUJA et al., 2007).

Avila (2007) destaca que o excesso de atribuições dos ACS, a falta de capacitação para o exercício de algumas delas e a exigüidade de tempo para o exercício de outras, mais a forma como são pressionadas em sua rotina de trabalho, tanto pelos demais componentes da ESF como pelas famílias acompanhadas, tornam conflituosa a relação ESF/agentes de saúde/famílias.

4.5.1.4 Envolvimento emocional

A ACS pertence à comunidade na qual desempenha seu papel profissional, por isso fica mais exposto ao envolvimento emocional com as famílias que atende. A

criação de vínculo produz também laços afetivos que pode acarretar em sofrimento psíquico. Dentro deste núcleo de sentido destaca-se a verbalização:

“a gente se envolve com as famílias, sofremos quando a pessoa tem problemas, doenças ou quando morrem”.

Jardin e Lancman (2009) consideram fonte de sofrimento o vínculo com a comunidade inerente do trabalho do ACS. Destacam que o envolvimento afetivo e ininterrupto com seus clientes, acrescido do testemunho das conseqüências que a falta de resolução das situações de saúde dos usuários provocam sofrimento no ACS.

Outro ponto relevante é o fato do ACS ser capacitado para desenvolver o papel de promoção e prevenção de saúde. No cotidiano laboral se depara com várias enfermidades e a morte. Este despreparo produz insegurança, frustração, medo e estresse no trabalho. Percebe-se isso nas verbalizações:

“um dos maiores sofrimentos no trabalho foi quando convivi com três casos de câncer na minha área. Um era de uma guria de 24 anos, eu me envolvi me empenhei em ajudar e, em oito meses ela morreu. Outra era jovem e estava com câncer de útero, não tive coragem de ir ao enterro. Outro foi um rapaz de 30 anos que quando soube da morte, fui para casa e chorei de frustração”.

“para mim o sofrimento de ter que conviver com a doença e com a morte, lidar com a pessoa e com os familiares. Ter que ver a pessoa mês a mês se definhando e tu não pode fazer nada”.

Para Siqueira Junior; Siqueira, Gonçalves (2006), o trabalhador de enfermagem, e neste caso o ACS, sofre porque está muito próximo ao sofrimento. E ainda, o trabalhador em saúde lida com o limite humano, com a impotência, com a evidência de que não são deuses, lidam com morte, a doença e a dor (WAGNER, apud BARROS, 2007).

Outro ponto a ser considerado é o fato das ACS se envolverem emocionalmente a ponto de tomarem para si os problemas dos usuários. É o que se percebe nas verbalizações:

“[...] eu sofro quando acompanho o sofrimento da família dos usuários de drogas”.

“[...] quando agente presencia discussões nas casas, tu não sabe se vai ou se fica, dá vontade de sair correndo”.

Silva (2001) destacou que apesar dos agentes valorizarem seu trabalho, pensam que a população valoriza neles traços de solidariedade institucionalizada. Pode ocorrer de tratarem o usuário como familiar e tomarem para si o seu problema. Silva e Menezes (2008) constataram que pode haver sobrecarga psicológica dos ACS quando, no cotidiano laboral, se defrontam com dor, angústia, raiva e outros.

4.5.1.5 Fofocas e boatos

Durante o grupo focal um ACS verbalizou:

“incomodam as fofocas e boatos que temos que conviver todos os dias”.

Isto provocou surpresa, levando-nos a aprofundar o assunto no sentido de entender sobre o que os ACS estavam falando. Entende-se que no cotidiano laboral o ACS fica muito próximo dos usuários. Alguns usuários podem entender mal esta proximidade e equivocar-se sobre o papel do ACS. Por isso passam a querer informações sobre a vida dos outros usuários. O que causa sofrimento e mal estar é quando o ACS se nega a fornecer estas informações e o usuário se sente desprestigiado e frustrado, tornando-se agressivo. Outra situação é de terem que tomar cuidado com o que dizem para não produzirem uma fofoca. Como nos seguintes depoimentos:

“[...] nos questionam sobre se o outro tem HIV, câncer, se está grávida, se vai morrer, se a mulher sofreu violência do marido, enfim tudo. Tem pessoas muito fofoqueiras mesmo, que ficam bravas se tu não fala nada”.

“uma usuária me disse: que tipo de ACS que é tu que não sabe nem das doenças que tem na tua área?”

“sempre tem aquela fofoqueira que faz questão de contar que alguém falou mal de ti”.

Neste sentido, Trindade; Gonzales; Beck e Lautert (2007) destacaram a necessidade do ACS, durante seu trabalho, ter alto grau de atenção sobre o que fala, pois pode ser mal entendido ou ocorrerem distorções naquilo que foi dito.

4.5.1.6 Convivência com problemas sociais

Neste item vamos começar a análise dos resultados encontrados neste estudo através da verbalização de uma ACS, por acreditar que esta sintetiza, genericamente, esta problemática.

“[...] lá o que dói é ver que as pessoas não têm o mínimo, gente passando fome, passando frio. Crianças que trabalham com reciclagem de lixo, eles vão para escola porque são obrigados, chegam em casa e voltam para o trabalho”.

Esta é uma referência a comunidade na qual se percebe que o ACS reside em áreas de risco social. A vulnerabilidade deste locus de trabalho faz com que o ACS se depare com a miséria, a violência, a falta de perspectivas, dentre outras situações. Isto produz um sentimento de frustração e inutilidade no ACS, sentindo-se impotentes e incapazes de ajudar.

Os trabalhadores do PACS e ESF encontram-se num contexto onde coabitam o drama social brasileiro, marcado por contrastes, tensões, desigualdades e dificuldades sociais de toda ordem. Neste cenário, a ação de saúde do ACS é complexa, provocando um tensionamento permanente entre a dimensão social e a dimensão técnico-assistencial do trabalho (NOGUEIRA; RAMOS, 2000). Percebe-se claramente o exposto acima na verbalização:

“uma vez eu cheguei numa casa e tinha uma senhora fervendo uma água com sal porque era a única coisa que tinha para dar para duas crianças”.

Duarte, Silva e Cardoso (2007) acreditam que os profissionais de saúde, norteados pelo referencial biologicista, sentem-se impotentes diante da miséria, do desemprego, da falta de higiene e da fome, destacando que os ACS demonstraram sentimentos de impotência e frustração frente aos problemas sociais. Os resultados deste estudo são semelhantes. Constata-se na verbalização:

“sofrimento... tem de ver a pobreza e se sentir impotente diante do problema. Não tem como ajudar a todos”.

“Ver a prostituição por falta de comida...”.

Interpreta-se que o ACS sofre com o problema da comunidade, mas o sofrimento não pode servir como desculpa para o não atendimento. O ACS tem consciência de que os usuários precisam ser cuidados e que, provavelmente, a solução deste problema não vai acontecer. Destacam-se as verbalizações:

"os traficantes não causam sofrimento, os usuários sim, às vezes tu vê eles drogados, alucinados, e a gente conhece ele desde pequeno dá uma pena".

"problemas das famílias da área: desestruturação pela miséria uso de crack, doença mental e outros".

Ainda dentro deste cenário de drama social, presente no cotidiano laboral do ACS, existem situações complexas para serem enfrentadas, como dinâmicas familiares de difícil intervenção, violência e tráfico de drogas; muitas vezes sem uma rede social instituída e sem a equipe interdisciplinar necessária, propiciando uma demanda emocional que contribui para o esgotamento do profissional (SILVA; MENEZES, 2008).

4.5.1.7 Violência e medo

Destaca-se que o ACS trabalha na comunidade onde reside com sua família. Por isso, quando considerarmos a violência e o medo, a preocupação do ACS não se restringe somente a sua segurança, mas também a de seus familiares. Ele convive com pessoas violentas e, muitas vezes com poder paralelo na comunidade. O medo aumenta devido a deficiências da segurança pública. O ACS se sente ameaçado e sem respaldo do poder público e, muitas vezes, precisam se calar para se proteger.

Neste núcleo de sentido destacam-se as verbalizações:

"eu tenho medo de alguns usuários da minha área, tem muita gente boa, mas tem uns barra pesada".

"de vez em quando a gente precisaria ajudar alguém, não podemos contar com a polícia, muito menos com o conselho tutelar".

"uma vez fiz uma denúncia sobre maus tratos de uma criança. O Conselho tutelar foi na casa e disse que tinha sido eu que tinha feito a denúncia. O pai me ameaçou por muito tempo. A criança continuou a ser maltratada e eu impedida de fazer visita na casa".

“um usuário de droga apontou a arma para mim, fiz denúncia na delegacia, depois disso ele passou a me perseguir...”.

“... tu não pode demonstrar medo, tu tem medo, mas tem que se fazer de forte”.

Estudos desenvolvidos por Uchida; Sznelwar e Jardim (2007) destacam que existem trabalhadores que vivem uma situação de intensa exposição, pois têm um contato direto com a população, com as suas carências, com a violência e com a falta de estrutura do sistema para atender às demandas da comunidade. Trindade et al. (2007) destacaram que o trabalho do ACS pode ser perigoso, existindo o risco de ser agredido em algum domicílio e que alguns ACS relataram terem sofrido alguns “empurrões” durante as visitas.

Outro aspecto a ser considerado, é quando o ACS experimenta sentimento de revolta contra a impunidade. Se sente constrangido por ter que proporcionar atendimento de maneira igualitária. Possui valores morais que entram em conflito com a realidade que convive. É o que expressam os ACS quando dizem:

“me revolta ter que ir à casa de um usuário que precisa de algum atendimento que já matou um trabalhador por dois reais...”.

“ele já roubou minha casa e de toda a vizinhança, mas tenho que ir lá e ainda tratá-lo bem”.

“ver usuários vendendo drogas, mulheres acompanhadas dos filhos comercializando. Aí se drogam vão para casa, ele bate na menina que eu praticamente vi nascer. Briga com facão”.

“Eu fui roubada por um vizinho, sei onde estão minhas coisas e nada posso fazer; fui na polícia e nada aconteceu”.

4.5.1.8 Violência intrafamiliar

Iniciando este tema causador de sofrimento, destaca-se o núcleo de sentido no qual uma ACS diz:

“as mulheres foram criadas para casar, ter filhos e serem sustentadas pelo marido, mesmo que apanhe”.

Isto significa que o ACS se depara com situações de violência intrafamiliar e violência contra a mulher. Sofre porque se sente impotente para evitar a violência e, neste caso, ele precisa continuar trabalhando com aquela família. Por isso destacam-se as verbalizações:

“eu descobri que existe muita violência contra a mulher e que as mulheres não largam dos maridos. Tem também o fato que descobri que de segunda a quinta feira os maridos são ótimos, na sexta feira eles saem do serviço e vão direto para o bar, voltam bêbados para casa, brigam e batem. A bebedeira vai até domingo de tarde. Na segunda feira tudo volta ao normal”.

“As meninas engravidam aos 14/15 anos, elas são mãezonas, já tem experiência, pois já criaram os irmãos, engravidam para casar e tirar a sobrecarga financeira da família ou mesmo para se livrar dela, daí passam a ser judiadas pelo companheiro”.

Estudo realizado por Deslandes et al. (2000) em hospitais públicos do Rio de Janeiro constataram que a maioria das agressões foram praticadas no interior da residência e que a violência contra a mulher normalmente é realizada pelo companheiro. Este é o local de trabalho dos ACS; por isso Scaranto; Biazevic e Michel-Crosato (2007) realizaram pesquisa com ACS sobre violência doméstica. Nas falas os ACS, assim como neste estudo, aparecem que as mulheres desabafam com eles, mas não tem coragem de denunciar os maus tratos, que a maioria sofre calada, intimidadas pelo medo do abandono ou mais violência.

Conforme o Ministério da Saúde (2002), o ACS precisa atuar nos casos de violência na família, o agente precisa ter conhecimento das leis e instituições que tratam do assunto, a fim de encaminhar para o apoio as pessoas vítimas de violência. Como se pode constatar nas falas acima, esta tarefa é difícil pois envolve não só as deficiências do poder judiciário como também todo um contexto social, econômico, cultural, emocional e outros.

4.5.2. Desvalorização e falta de reconhecimento

Nesta segunda subcategoria estão os discursos dos sujeitos que falam suas vivências de sofrimento pela falta de reconhecimento, conceituada como a vivência de injustiça; indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do trabalho. Os itens, conforme a EIPST, são: falta de reconhecimento pelo esforço e desempenho;

desvalorização; indignação; inutilidade; desqualificação; injustiça e discriminação (MENDES; FERREIRA, 2007).

4.5.2.1 Falta de reconhecimento

Dentro deste núcleo de sentido, destaca-se que o sofrimento que advém do sentimento de não reconhecimento do esforço realizado pelo ACS no cotidiano do trabalho. Percebe-se este sentimento na verbalização da ACS:

“tu faz 10 coisas certas e uma coisa que você não consegue é bastante criticado”.

O ACS relata também que tanto a população quanto a equipe de saúde são bastante severos quando se trata do trabalho a ser realizado pelo ACS, expressando-se assim:

“fico magoada, quando os usuários vão ao posto e dizem que faz dois ou três meses que tu não o visita, sendo que tu foi lá há uma semana”.

“... às vezes a pessoa está com algum problema e quem é o culpado? O ACS”.

Durante os grupos focais os ACS expuseram suas alegrias e tristezas, mas chama-nos a atenção que eles se sentem responsáveis e integrantes tanto da equipe quanto da população. Por isso sofrem quando sentem que o “outro” não percebe e não valoriza este sentimento. Para tanto se destacam as verbalizações:

“para se defenderem as pessoas colocam a culpa nos ACS e acabam tendo respaldo da equipe de saúde”.

“na realidade nossa casa é o posto, ai inverte a situação, ao invés de ser acolhida, nem bom dia!”

4.5.2.2 Injustiça

O ACS se sente injustiçado quando o enfermeiro, que faz sua chefia imediata, não averigua as reclamações que ocorrem sobre o desempenho do ACS. O ACS admite que algumas vezes ocorrem falhas, mas gostariam de poder argumentar

sobre o ocorrido. Aceitam ser criticados pelo enfermeiro em caso de falha. O mesmo não ocorre quando as críticas são feitas na presença de colegas ACS, equipe de saúde e usuários. Este sentimento está expresso nas falas:

“a enfermeira supervisora, diante das reclamações sobre o trabalho do ACS, não defende o ACS”.

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

“não gosto quando sou chamado a atenção durante a reunião mensal, na frente dos colegas”.

“parece que o ACS nunca tem razão, por que quando o ACS fala não conta, agora quando o povo fala é levado em conta”.

4.5.2.3 Mudanças na equipe

O trabalho do ACS se desenvolve através dos vínculos que estabelece com a população e com a equipe. A partir da formação da equipe as pessoas vão se adaptando ao trabalho, se conhecendo e se aceitando. Nas mudanças inicia-se um novo processo de trabalho e de relações. Ocorre também o que chamamos de luto pela equipe desfeita e um esforço de adaptação à nova realidade. O sofrimento por começar novamente se torna expressivo quando ocorre repetidamente, o que é expresso nas verbalizações:

“a gente sofre com as trocas de chefia, além disso, existem diferenças na forma de cada ACS trabalhar e as pessoas não percebem isso”.

“o que me desestruturou de verdade foi quando dividiram nosso grupo, eu já vinha sofrendo muito mas isso foi determinante para minha doença”.

“quando muda a supervisora desestrutura a equipe. Quando é o coordenador, além de ter que se adaptar ao novo, todo mundo acha que tem que mandar. E, o interessante é, só lembram de mandar o ACS”.

“após a mudança começar tudo de novo, demonstrar qual teu trabalho, se adaptar com aquela pessoa, sentir saudade da que saiu”.

Têm-se a impressão que este sofrimento no trabalho reflete as condições de trabalho das equipes de ESF. Neste município, a forma de contratação vem

apresentando problemas, fazendo com que ocorram mudanças constantes nas equipes. Além disso, sendo uma estrutura pública, normalmente a chefia da Unidade Básica de Saúde é realizada por cargos comissionados e estes são substituídos no mínimo a cada quatro anos, prejudicando o andamento do serviço causando desgaste no trabalhador.

4.5.2.4 Trabalho real x trabalho prescrito

Existe no trabalho do ACS o trabalho prescrito, definido, orientado durante as capacitações realizadas. No cotidiano de trabalho o ACS se defronta com o trabalho real que não é exatamente aquilo que foi preparado para realizar. Estudos realizados por Bornstein e Stotz (2008) abordaram as polêmicas: o que foi denominado por Merhy e Franco (2002) de "discurso mudancista" no qual a ESF aparece como estratégia de reorientação de modelo de atenção e, segundo os autores, as experiências que apresentam defasagem entre a missão propagada e as práticas. Dentro deste contexto destaca-se a verbalização do ACS:

“na capacitação tu é capacitado para fazer uma coisa, mas na realidade agente não consegue fazer. A gente faz mais remediação do que prevenção”.

“a gente não tem material para trabalhar com adolescente, eles estão precisando e a gente não consegue ajudar”.

O SUS foi organizado prevendo que existiria a participação popular, para tanto, foi criada a Lei 8.142 que regulamenta esta participação através da criação de conselhos e conferências de saúde. Estudos realizados por Silva (2001) apresentaram resultados comuns aos nossos, quando os ACS afirmaram que a função de estimular a participação popular é uma tarefa complexa. Trindade; Gonzales; Beck e Lautert (2007) alertaram sobre o conflito gerado entre o desejo do trabalhador e a realidade do trabalho, podendo ocasionar um bloqueio e sofrimento. E o que expressam as verbalizações:

“cobram da gente a mobilização para formar o conselho local de saúde e a comunidade adere muito pouco a idéia, nós tentamos mas muitas vezes não conseguimos. E daí quem é o culpado?”

“parei de ir às reuniões do conselho local de saúde porque só falavam mal dos ACS”.

4.5.2.5 Trabalho x sofrimento mental

As ACS quando falam no trabalho também abordam o sofrimento mental que o mesmo acarreta na sua vida. Neste sentido, destacam-se as verbalizações:

“nosso trabalho produz sofrimento mental, vários colegas já se afastaram (laudo) por depressão, sou a única do meu grupo que nunca usei medicação antidepressiva”.

“eu me dediquei muito à comunidade, esqueci da minha casa, chegou a um ponto que eu não tinha mais tempo para a família, adoeci por causa disto”.

Trindade et al. (2007) em estudo sobre cargas de trabalho de ACS, destacam a existência de cargas psíquicas e também que há dificuldades de encontrar medidas de proteção e conseqüente auto-cuidado. Os ACS deste estudo percebem e vivenciam o sofrimento mental no trabalho. Segundo eles os usuários e até mesmo a equipe não relacionam o sofrimento psíquico com o trabalho, preferem ignorá-lo. O ACS se sente abandonado, aumentando o sofrimento e as chances de adoecer.

Silva e Menezes, 2008 em estudo com ACS, obtiveram os resultados: 24,1% dos entrevistados apresentaram síndrome do esgotamento profissional; a prevalência de transtornos mentais comuns foi 43,3%; o número é alarmante fazendo com que se destaque a importância do sofrimento mental na saúde destes trabalhadores.

Apesar do sofrimento/doença mental serem comuns, os ACS deste estudo apontaram para mais uma dificuldade, que é a não aceitação por parte da comunidade da doença produzida pelo sofrimento mental. Verifica-se nas verbalizações:

“ACS não tem o direito de adoecer, eles acham que depressão é frescura”.

“para ficar doente, tu tens que te atirar numa cama e morrer”.

“a comunidade é muito boa quando você está servindo eles, mas quando sai de laudo eles viram as costas para ti”.

4.5.2.6 Desconhecimento das funções do ACS

A comunidade tem dificuldade de entender o trabalho do ACS. Prevalece ainda a visão tecnicista, centrada na doença, no remédio, nos procedimentos. O ACS tem uma dificuldade enorme de fazer com que seu trabalho seja aceito e reconhecido tanto pela comunidade como pelo serviço de saúde. Constantemente são pressionados para realizar ações e procedimentos que não lhe cabem. Os encaminhamentos deste tipo de ação vêm dos usuários, da equipe, dos serviços de saúde como UBS e hospital e de outros setores da estrutura pública (secretaria de obras, ordens judiciais, Conselho tutelar, vigilância sanitária e outras). Esta mesma dificuldade está presente neste estudo quando o ACS diz:

“faz seis anos que explico qual é o meu trabalho”.

“os usuários e não entendem que entregar medicações e verificar pressão não é nosso trabalho”.

“um usuário foi ao médico, queria ser encaminhado para consulta com especialista, ele não encaminhou. Quem é o culpado? O ACS”.

“o povo não sabe realmente qual é o nosso trabalho, há uma distorção muito grande, além disso, os usuários vão colocando cada vez mais responsabilidade da vida deles em cima dos ACS”.

Sobre este assunto, Miotto (1987) realizou um estudo para saber se a comunidade conhecia o trabalho do ACS; surpreendentemente, depois de seis anos de atuação, somente 21 dos 42 entrevistados sabiam sobre o trabalho dos ACS, sendo que, passados tantos anos, os ACS continuam com a mesma dificuldade.

4.5.2.7 Descontinuidade de projetos

Os ACS são chamados para participar de projetos acadêmicos, sociais, educacionais e outros. Perante a comunidade, se tornam co-responsáveis. Quando os projetos não dão certo ou acabam, o ACS que está mais próximo precisa explicar todos os porquês da situação. Sobre este aspecto causador de sofrimento para o ACS destacam-se as verbalizações:

“a maioria dos projetos não tem continuidade e a gente fica tendo que responder sobre eles”.

“todos os dias vem alguém, cheio de boas intenções, nos procurar para desenvolver alguma coisa na comunidade, depois vão embora e nós somos ameaçados porque o que prometeram não acontece”.

“a maioria dos projetos de acadêmicos não tem continuidade. Isso causa uma frustração, porque cria uma expectativa na comunidade”.

“uma vez fizeram um cadastro para doar leite para famílias carentes, nós nem ficamos sabendo. Deram um litro por família e disseram que seria mensal. Nunca mais apareceram na comunidade e eles ficaram furiosos conosco”.

“o projeto bolsa família, no fim das contas, o ACS se tornou o único responsável pela pesagem semestral. Quando eles perdem o benefício vem para cima de nós como se fossemos responsáveis por tudo”.

Este dado é bastante interessante, pois relata um sofrimento não muito explorado em outros estudos. Ele dá conta da responsabilidade que o usuário imputa ao ACS como se ele fosse o único responsável pelas ações de saúde e, além disso, das ações dos governos e da sociedade civil.

4.5.2.8 “Equipe”

Durante o grupo focal sobre sofrimento, tivemos momentos delicados. Uma ACS chegou ao grupo atrasada e chorando. Relatou que havia se atrasado porque estava com a filha doente e procurou a ajuda de sua equipe de ESF e não foi atendida. Os participantes do grupo deixaram que desabafasse e foram colocando dificuldades semelhantes no relacionamento com a equipe. Para tanto destacaram que normalmente falta diálogo/encontros da equipe para que possam expressar suas dificuldades. Outro ponto que destacaram é que a assistência em saúde para si e familiares fica em segundo plano, sendo que tem muita dificuldade de conseguir atendimento, chegando ao ponto de terem que procurar outros serviços quando estão doentes. Da mesma forma, destacam que são tratados hierarquicamente como subordinados imediatos de vários componentes da equipe, e na hora das premiações e elogios obtidos pela equipe o ACS não é chamado para compartilhar.

Dentro deste núcleo de sentido, ocorreram várias verbalizações. Optou-se por sintetizar em uma somente:

“... aqui predomina a euquipe”.

Estudos desenvolvidos por Crevelim e Peduzzi (2005); Bastos (2003) e Silva (2004) sobre o trabalho em equipe na ESF, destacaram a necessidade de avanços para a consolidação e maior integração da equipe de saúde da família. Para Bastos (2003), a concepção de equipe aparece de forma desigual entre as categorias profissionais e a hierarquia entre profissionais e não-profissionais está mantida, apesar do discurso igualitário e da ênfase na comunicação entre os componentes da equipe. Silva (2004) observa que, embora ocorra um expressivo investimento dos distintos profissionais na articulação das ações executadas, estes ainda não conseguem, efetivamente, construir um projeto comum. Silva e Menezes (2008) destacaram que os conflitos interpessoais no trabalho são estressores, os resultados apontaram que 84,4% dos pesquisados apresentavam conflitos interpessoais na relação com a equipe, sendo um dos aspectos relacionados ao esgotamento profissional.

Santos; Oliveira, Moreira (2006) alertaram que a convivência no trabalho pode tornar-se sofrida quando os interesses são confrontados. Neste aspecto, percebe-se nitidamente que existe um confronto entre o interesse do ACS e o dos outros participantes da equipe. A colaboração entre os membros da equipe faz com que cada um atue para que a equipe funcione bem. O trabalho coletivo propicia maior integração e interação das pessoas.

4.6 Estratégias defensivas utilizadas pelo Agente Comunitário de Saúde no seu trabalho

Os resultados do estudo evidenciam que as atividades desenvolvidas pelos ACS são complexas e requerem principalmente esforços psíquicos. No cotidiano laboral os ACS interagem com usuários, equipe e comunidade adotando estratégias defensivas individuais e coletivas para lutar contra o sofrimento.

Nos capítulos anteriores citamos vários estudos realizados com ACSs onde os resultados demonstram que o trabalho, apesar de conter sofrimento, possibilita vivências de prazer. Para tanto, iniciando o grupo focal onde a temática é as estratégias defensivas, solicitamos aos pesquisados que relatassem o que fazem

para se manterem bem, para não "pirarem", fazendo alusão às estratégias de ação para mediar contradições, nas patologias sociais e na saúde.

Mendes (2007) destaca que, a partir dos anos 1980, as pesquisas na área de saúde do trabalhador, procuram compreender, como a maioria dos trabalhadores conseguem driblar a doença mental apesar das pressões organizacionais. A normalidade é uma conquista resultante da criação de estratégias individuais e coletivas de defesa dos trabalhadores em relação ao sofrimento; mostrando a criatividade do homem para resistir às adversidades do mundo do trabalho. O autor reitera a visão de que o trabalho é o mediador da realização pessoal no campo social.

As estratégias defensivas são um meio utilizado pelo trabalhador para protegerem-se do sofrimento e poderem continuar a trabalhar. Elas podem ser elaboradas individualmente ou coletivamente (LANCMAN; SZNELWAR, 2004). Segundo Beck (2001); Mendes; Linhares (1996) normalmente a utilização de estratégias defensivas é considerada saudável, mas não se pode minimizar seus efeitos patológicos quando ocorre a cristalização da defesa, isto é, quando o indivíduo naturaliza o sofrimento ao ponto de desistir de lutar por seus objetivos dentro e fora do trabalho.

Segundo Dejours (1993/2004) as defesas podem ser de proteção (resistência, racionalização, individualismo e passividade), de adaptação (resignação, controle) e de exploração.

As defesas de proteção são modos de pensar, sentir e agir compensatórios, no qual as situações geradoras de sofrimento são racionalizadas. O trabalhador consegue evitar o adoecimento se alienando das causas do sofrimento, não agindo sobre a organização do trabalho, mantendo inalterada a situação vigente. Esta forma de proteção pode, com o passar do tempo, esgotar-se favorecendo o aumento da precarização na organização do trabalho. Como não se enfrenta o sofrimento, ele se intensifica aumentando a possibilidade de adoecimento (MENDES, 2007, p. 39).

As defesas de adaptação e de exploração, são na maior parte das vezes inconscientes, têm nas suas bases a negação do sofrimento e a submissão ao desejo da produção. O trabalhador mantém a produção através da direção dos seus modos de pensar, sentir e reagir somente para atender ao desejo da produção, não levando em conta seus desejos. Estas defesas exigem do trabalhador um

investimento físico e sociopsíquico para além do seu desejo e capacidade proporcionando-lhe um comportamento neurótico (MENDES, 2007).

As defesas de adaptação e de exploração estão agrupadas tanto na descrição realizada por Mendes como na categorização deste estudo, pois uma é complementar a outra. O trabalhador ao usar a estratégia de adaptação, negando seu sofrimento a fim de se manter produtivo, automaticamente, passa a utilizar também a estratégia de se deixar explorar.

Os ACS deste estudo relataram o uso de diversas estratégias defensivas. Para tanto passaremos a apresentá-las.

4.6.1 ESTRATÉGIAS CONSIDERADAS DE PROTEÇÃO

Os ACS deste estudo relataram o uso de diversas estratégias defensivas. Para tanto passaremos a apresentá-las, iniciando por aquelas que se consideram de defesa, de proteção, ou seja, aquelas em que os ACS buscaram racionalizar as situações geradoras de sofrimento.

4.6.1.1 Elaborando estratégias defensivas ao longo do tempo

Esta subcategoria contém relatos de estratégias defensivas que vão sendo elaboradas ao longo do tempo, isto é, no desenvolvimento do trabalho. Diante do sofrimento, elas vão sendo produzidas individual e coletivamente. São estratégias gerais elaboradas para evitar o adoecimento. Para tanto, destacam-se as verbalizações:

“no início era mais difícil, mas agora, com o passar do tempo tu vai aprendendo a se defender”.

“as primeiras vezes comecei a entrar em parafuso. Fiquei apavorada com todas as coisas que tinha para transformar [...] depois de um tempo comecei a perceber que a transformação ia acontecendo devagar, nas pequenas coisas”.

“procuro fazer tudo o que posso só que chega a um ponto que é o limite, daí me conscientizei que tenho que parar, aprendi a dizer não”.

“quando comecei a trabalhar eu perdia o sono, não comia, vi que não podia continuar assim”.

“no meu caso, conforme foram passando os anos, as coisas foram piorando, sofri muito, tive bulimia, emagreci muito”.

4.6.1.2 Reorganizando as visitas domiciliares

Neste estudo percebe-se que o ACS conhece sua comunidade e tem consciência do que lhe causa sofrimento. No que tange às visitas, ele tem autonomia para organizá-las, ele possui poder de estar constantemente re-planejando suas ações. Para tanto, lança mão deste poder para, dependendo de sua condição mental, utilizá-la como estratégias defensivas. É o que se percebe nas verbalizações:

“o dia que estou bem vou nos diet (os queridos), depois vou nos light e por último vou no terror, porque se faço o inverso passo o dia inteiro irritado. Tem dias que não estou muito bem, daí vou só nos diet porque se vou no terror fico pior ainda”.

“quando não estou bem vou naquelas casas em que me valorizam e me elogiam e depois vou às problemáticas”.

“quando chego numa família já tenho uma prévia (conheço os problemas) daí me preparo para enfrentar aquilo; e, dependendo do dia evito fazer, me afasto”.

“quando não estou bem e chego numa família complicada, chego lá, faço a visita e saio ligeirinho”.

Segundo Sznelwar (2009), trabalhar como ACS exige um constante re-planejamento de suas ações, uma vez que há muitas ações a serem desenvolvidas, bem como muitos eventos que ocorrem durante a jornada de trabalho que interferem no curso de suas ações. Autores como Feliciano; Kovacs e Sarinho (2007) destacam a importância da inserção do re-planejamento do trabalho no conjunto de estratégias voltadas para a promoção da saúde, buscando-se a adequação das situações de trabalho às características pessoais e aos limites subjetivos do trabalhador. Segundo os mesmos autores, estas são ações adaptativas relacionada à micropolítica do processo de trabalho/ relação de poder, que podem ser utilizadas nas estratégias de promoção da saúde no trabalho.

4.6.1.3 Elaborando estratégias para resolver conflitos na equipe

Um ponto bastante discutido quando se falou sobre as estratégias defensivas, foi como trabalhar com o sofrimento produzido pelo relacionamento com a equipe de trabalho. Destaca-se que esta foi a grande diferença entre os ACS do PACS e os das ESF, já que nos outros quesitos houve, praticamente, os mesmos resultados. Percebe-se que os ACS ligados as ESF identificam a necessidade de lançar mão de um maior número de estratégias defensivas.

Acredita-se que existem duas formas de compreender este resultado: uma delas seria o fato de que a equipe da ESF é composta por várias categorias profissionais, cada uma com suas especificidades, produzindo vários relacionamentos interpessoais e conseqüentemente, maiores oportunidade de conflitos. A outra se deve ao fato do ACS ter uma expectativa em relação à equipe de ESF, na qual se preconiza ações coletivas e a expectativa de um bom relacionamento entre os membros. Quando isto não ocorre, o ACS sofre e passa a elaborar estratégias para compensar este sofrimento. Já o ACS ligado ao PACS tem um relacionamento próximo somente com a enfermeira supervisora e não alimentam expectativas em relação a uma equipe perfeita ou idealizada, o que pode ocasionar uma diminuição dos conflitos, sofrimento e de construção e utilização de estratégias defensivas.

Corroborando com estes resultados, destacam-se os estudos desenvolvidos por Feliciano, Kovacs, e Sarinho (2007) que encontraram resultados comuns a esses, uma vez que os ACS referiram que a transição do PACS para a Saúde da Família é considerada uma experiência árdua, tendo em vista às mudanças no processo de trabalho. Pedrosa e Teles (2001) e Silva e Trad (2004) constataram também as dificuldades de comunicação na equipe de saúde da família, seja entre os profissionais de nível superior, seja entre os profissionais da saúde e os ACS. Estas limitações podem comprometer a reciprocidade entre intervenções técnicas e interação da equipe, produzindo uma fragmentação do trabalho da equipe e, conseqüentemente, diminuição da autonomia dos profissionais.

Mendes (2007) destaca que, na atualidade, o foco da psicodinâmica do trabalho não está centrado no prazer-sofrimento em si, mas no modo como são subjetivadas essas vivências, no uso de estratégias e nas conseqüências das novas formas de organização do trabalho. A descrição de trabalho elaborada por Schwartz

(2000; 2004) é pertinente neste estudo, pois localiza o trabalho como espaço concreto de reinvenção de regras e “uso-de-si”, para transformar as coisas e a si próprio. Dentro deste núcleo de sentido esta reinvenção está expressa na verbalização da ACS que diz:

“quando a equipe está com problemas tem que enfrentar e tentar resolver senão a gente explode”.

Baseando-se na concepção de que o trabalho é uma das possibilidades do trabalhador vivenciar seu sofrimento e tentar dominá-lo, reconhece-se a existência de um sofrimento criador (HALLACK; SILVA, 2005). A criação ocorre quando o sujeito luta contra o sofrimento. O mesmo autor destaca que na tentativa de resistência grupal à doença, os trabalhadores costumam reclamar de seus sofrimentos, estabelecendo laços discursivos, construindo sentidos intersubjetivos na tentativa de resistência grupal à doença. Para tanto, a estratégia da reclamação, é utilizada na tentativa de resistência dos componentes da equipe à doença. Percebe-se a criação desta estratégia defensiva coletiva na verbalização da ACS:

“antes eu ouvia e ficava quieta, chegava em casa e chorava. Agora choro ainda, mas falo e coloco meu ponto de vista, enfrento”.

Cardoso (2004) destaca que uma estratégia para o enfrentamento das dificuldades no trabalho, é a realização regular de reuniões de equipe. Neste encontro, além de se discutirem aspectos mais objetivos do trabalho, haveria também espaço para que os membros expusessem suas experiências de natureza mais qualitativa, interacional ou subjetiva. Dentro deste núcleo de sentido destaca-se a verbalização:

“nós brigamos bastante, mas na nossa briga nós nos entendemos, é bom, são bem produtivas essas brigas”.

“eu tinha problemas com uma médica, daí aprendi a não ter medo, eu enfrentava e falava sobre o que estava me aborrecendo”.

“como estourei com a médica, a enfermeira veio conversar, pedi que voltássemos a fazer reuniões uma vez por semana para tratarmos da organização do trabalho da equipe”.

Quando o ACS usa o termo “brigar” quer dizer que se cria um espaço de discussão onde todos os envolvidos podem expor seus sentimentos. Isto tanto pode

ser feito em reuniões da equipe como num espaço particular. O sentido das verbalizações, basicamente, é o de criar espaços onde os membros da equipe possam trocar experiências e expectativas, a fim de somar esforços para melhorar a convivência entre os pares e também a qualidade do trabalho. Esta estratégia foi muito destacada e discutida pelos ACS nos grupos focais. É uma estratégia amplamente utilizada e quando os ACS se sentem impedidos de realizá-la, ocorre uma intensificação do sofrimento.

Silva (2001) destacou que o vínculo do ACS é móvel e sua identidade é ambivalente. Para explicar esta afirmação, o autor destaca que os ACS tendem a se diferenciar da população sentindo-se, em algumas situações, mais próximos da equipe de saúde. Por outro lado, ainda não estão totalmente inseridos na equipe. Ao estarem entre a equipe e a população, conformam um grupo próprio, com motivações, desempenhos e opiniões comuns acerca do trabalho. Esta idéia do autor se materializa na verbalização do ACS:

“uma estratégia muito importante é fazer um grupo coeso dos ACS, falamos a mesma língua nos unimos e isso nos deixa mais fortes”

Percebe-se que, diante das mudanças ou conflitos com os membros da equipe, o ACS se fortalece com seus pares, utilizando certo distanciamento do restante da equipe. Segundo Baierle e Merlo (2008), o sofrimento provocado pelo trabalho é amortecido pela cooperação mútua, pela possibilidade do uso da inteligência astuciosa e pelo reconhecimento advindo de uma atuação com maior visibilidade. Os autores desenvolveram pesquisa com guardas municipais e apresentaram resultados comuns a esses quando os trabalhadores afirmaram que a vinculação com o colega é fator chave para o trabalho; que é com o colega que se pode contar; ele está ali nas situações boas e ruins. Para tanto, destacam-se as verbalizações:

“eu penso que os outros membros da equipe vão e os ACS ficam”.

“eu dou mais valor para a comunidade que gosta de mim do que para membros da equipe que passam por lá e logo vão embora”.

4.6.1.4 Impondo barreira física para evitar o acesso da comunidade fora do horário de trabalho

O ACS sente necessidade de se isolar do seu trabalho para poder relaxar. Como é morador da própria comunidade, sente a necessidade de impor uma barreira física para o acesso dos usuários. Estudos realizados por Azambuja et al. (2007) apresentaram resultados comuns aos desta pesquisa quando relatam que os ACS, por residirem no mesmo bairro onde trabalham, têm pouco tempo livre, uma vez que estes momentos de repouso merecido e de lazer são preenchidos com atividades na comunidade.

Sobre esta vivência destaca-se a verbalização:

“coloco um cadeado no portão e fecho a porta”.

“nas férias tem que sumir sair de casa para esquecer e conseguir descansar”.

Corroborando com isso, Jardim e Lancman (2009) concluíram que os ACS vivenciam constrangimentos no trabalho decorrentes de pertencerem à mesma comunidade na qual desempenham seu papel profissional, sendo que a porosidade de trabalhar e morar na mesma comunidade expõe, excessivamente, os trabalhadores havendo elevada contaminação “do tempo do não trabalho”.

Nesta perspectiva, os ACS deste estudo assim se manifestaram:

“no fim de semana meu marido despacha as pessoas que me procuram em casa”.

“a gente tem que sentar o pé e impor limite, fora do horário eu não atendo. Número de celular? Só para a enfermeira supervisora”.

4.6.1.5 Procurando ajuda dos colegas

Dentro desta subcategoria destaca-se o núcleo de sentido na verbalização de uma ACS:

“procuro ajuda com os colegas, nos encontros, conversas, consultas e até por telefone”.

A estratégia utilizada é o relacionamento com os colegas, o compartilhamento dos problemas, o desabafar, pedir e receber ajuda. Os ACS fazem isso com seus pares, pois se sentem partilhando os mesmos sofrimentos. Esta estratégia poderia ser ampliada com outros elementos da equipe, mas percebe-se que existe um distanciamento dos outros profissionais com os ACS. A estratégia é coletiva, mas somente com o grupo de ACS.

Identifica-se também que esta ajuda é utilizada para aumentar a autonomia dos ACS. Assim, Barros e Barros (2007) destacam que este processo de aumentar a autonomia dos trabalhadores permite transitar da dor ao prazer no trabalho. Quando os ACS se ajudam, automaticamente, estão realizando o processo de pensar-fazer; o que faz com que se sintam bem. Os mesmos autores destacaram que através da autonomia, não se corre o risco de banalizar o sofrimento, muito menos de idealizar o prazer. É o que se verifica nas verbalizações:

“contato com os colegas, com eles tu conversa, se apóia, compartilha experiências”.

“sempre me encontro com colegas, isto é, peço socorro para os colegas ACS e também sempre tiro alguma coisa boa daí”.

4.6.1.6 Apoiando-se na prática religiosa

Dentro deste núcleo de sentido, destaca-se que a maioria dos ACS acredita que a religião lhes ajuda a enfrentar o sofrimento no trabalho, sendo o que se constata nas verbalizações:

“me apego à fé, sou católica. Rezo, leio a bíblia, ao sair de casa peço que Deus ilumine meus caminhos”

“tenho muita fé, leio bastante, meu marido consegue livros religiosos para mim”.

“a religião é para mim uma estratégia defensiva, participo de grupo de oração”.

“quando passo por situações difíceis penso: Jesus, isto estou fazendo por ti”.

Santos et al. (2006) em estudos realizados com ACS destacou que a mais destacada forma de participação comunitária do ACS é a ligada a grupos religiosos. Neste estudo aconteceram vários os relatos sobre a utilização da prática religiosa como estratégia de enfrentamento do sofrimento no cotidiano laboral. Esta prática não é exclusividade dos ACS. Moura (2005) e Martins (2008) encontraram os mesmos resultados com enfermeiros que também recorrem à religião para se sentirem mais felizes e aceitarem o sofrimento no trabalho.

4.6.1.7 Realizando atividades diferenciadas

Dentro desta subcategoria destaca-se novamente a necessidade do ACS de se afastar do seu cotidiano de trabalho, até por que seu horário de trabalho consome, no mínimo, oito horas diárias. Segundo relatos deste estudo, esta estratégia produz um prazer intenso e fortifica o ACS para desenvolver seu trabalho. Os resultados apontam para atividades inusitadas e acredita-se a que tem melhor efeito no sentido de bem estar. Para tanto, apresenta-se as verbalizações:

“gosto de ouvir música, ir a shows, dançar”.

“chego em casa e vou brincar com meus filhos, com isso consigo dar carinho a eles, consigo dedicar o tempo para os filhos, pois sei que isso é muito importante”.

“seguidamente vou visitar minha mãe, e conviver com ela me faz muito bem”.

4.6.1.8 Valorizando o trabalho realizado

Uchida; Sznelwar e Jardim (2007) destacam que trabalhar como ACS é ainda uma incógnita, pois o trabalho pode ser fonte de sofrimento e, ao mesmo tempo, campo de possibilidades. Para tanto o ACS precisa apropriar-se do sentido de seu trabalho e esforçar-se para compreender sua realidade laboral. Os ACS deste estudo usam como estratégia defensiva seu próprio trabalho, a fim de equilibrar-se emocionalmente. Diante do sofrimento, realizam uma reflexão sobre a importância do seu trabalho para as pessoas que assiste. É o que percebe-se na verbalização:

“... uso como estratégia a minha conscientização da importância do trabalho do ACS”.

Feliciano, Kovacs, e Sarinho (2007) destacam que, no cotidiano laboral, os ACS demonstram preferir realizar ações preventivas nos domicílios das microáreas que ficam sob sua responsabilidade, ou seja, pela parte do trabalho identificado como componente técnico da atuação do ACS (SILVA; DALMASO, 2002). Para tanto, os ACS deste estudo tem consciência do seu trabalho e o realizam também como fonte de equilíbrio emocional. É o que se destaca nas verbalizações:

“para mim, no dia-a-dia, uso a estratégia de fazer bem meu trabalho e estar aberto para escutar as pessoas”.

“tem dias que você está acabada, mas tu vai para o trabalho na rua e passa tudo”.

4.6.1.9 Participando de grupo terapêutico

Dentro deste núcleo de sentido, os ACS relatam que se transformou em estratégia defensiva a participação de grupo terapêutico. Trata-se de um programa na área de saúde do trabalhador onde são discutidos os conflitos existentes no trabalho do ACS. Os encontros são mediados por profissionais da área de psicologia da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Basicamente, os encontros propiciam um espaço de fala e de escuta, no qual o ACS tem liberdade de expor suas angústias; ajudar e ser ajudado. Sobre o exposto acima, destaca-se a verbalização:

“uma das estratégias defensivas que mais nos ajuda é a de participamos de um grupo com acadêmicos de psicologia”.

Segundo Mendes (2007), o acesso e apreensão das relações dinâmicas do cotidiano laboral se dão através da análise da fala e da escuta do sofrimento dos trabalhadores. Desvelar o sofrimento através da fala permite o resgate da capacidade de pensar sobre o trabalho, tornando-se uma forma de desalienação, de apropriação e de dominação do trabalho pelos trabalhadores. Considera-se que a realização destes encontros é fundamental para a construção da cooperação entre os seus membros, oportunizando a produção de mudanças nas relações

interpessoais e na qualidade da assistência. É o que está expresso nas verbalizações:

“nos encontros discutimos sobre nosso trabalho, resolvemos nossas pendengas. No início não foi fácil, existiam muitos conflitos, mas hoje é uma excelente terapia. Nós aprendemos a conviver com o colega, aprendemos a nos impor com tranquilidade, aprendemos a ter auto estima”.

Segundo Feliciano; Kovacs e Sarinho (2007) as estratégias podem ser focadas no problema onde se atua, por meio de mudanças organizacionais. Também podem ser focadas na emoção onde se aprende a reduzir os transtornos emocionais advindos do estresse no trabalho. Maslach e Leiter (1997) alertaram que as intervenções necessitam levar em conta o vínculo indivíduo e o trabalho, a interação entre os elementos dos contextos de trabalho, as percepções e as práticas daqueles que trabalham. Para Carvalho (2004), o empowerment psicológico é um sentimento de controle da própria vida que os indivíduos experimentam pela pertença a grupos, sendo desenvolvido a partir das estratégias de promoção da saúde que fortalecem a auto-estima, a adaptação ao meio e a solidariedade. Para tanto se destaca a verbalização:

“é um grupo terapêutico, na realidade aprendemos que a gente nunca consegue resolver um problema sozinho, por isso temos colegas e nos ajudamos mutuamente”.

4.6.1.10 Usando medicamentos para a depressão

Durante a coleta de dados foi perguntados aos ACS se queriam realmente indicar o tratamento medicamentoso como uma estratégia defensiva. Os ACS afirmaram que:

“... chegamos a conclusão que o trabalho foi desencadeador da depressão e o medicamento teve que ser usado para evitar danos maiores, por isso o consideramos uma estratégia”.

“usei antidepressivo dois anos e meio”.

Estudos quantitativos desenvolvidos com ACS apresentaram resultados comuns a estes, quando 17% dos pesquisados afirmaram fazer uso regular de

antidepressivos. O autor da pesquisa comparou este dado com o índice de uso na população do município de São Paulo/SP que é de 10% e de Pelotas/RS que é de 9,9% indicando um alto uso de medicamentos pelos ACS (SILVA; MENEZES, 2008). É o que expressa na verbalização:

“... nós somos oito aqui e só duas não usaram medicação”.

Mendonça (2004) destaca que pode haver interferência pelo fato da identidade do ACS ainda estar em construção, o que pode gerar insegurança ou indecisão sobre o seu real papel na comunidade e na equipe. A ambigüidade de papel, a relação entre o ocupante do cargo e a sua clientela e a demanda emocional, podem contribuir para o esgotamento profissional e, conseqüentemente, o uso de medicamentos antidepressivos (CORDES; DOUGHERTY, 1993; ROSSI; PERREWÉ, SAUTER, 2005).

4.6.2. ESTRATÉGIAS CONSIDERADAS DE ADAPTAÇÃO E DE EXPLORAÇÃO

A seguir serão apresentadas as categorias consideradas de adaptação, ou seja, aquelas têm nas suas bases a negação do sofrimento e a submissão ao desejo do trabalhador.

4.6.2.1 Esquecendo os problemas da comunidade no “tempo de não trabalho”

Nesta subcategoria os ACS deste estudo, a fim de manter o equilíbrio, lançam mão da estratégia de esquecer, no período fora do trabalho, os sofrimentos do cotidiano laboral. É uma estratégia individual, por isso realizam-na de forma muito particular, cabendo neste estudo relacionar as verbalizações:

“antes de entrar no portão de casa é preciso esquecer os problemas da comunidade”.

“quando chego no portão da minha casa eu procuro esquecer tudo, eu deleto, vou cuidar de mim, da minha casa, dos meus filhos, me dedicar para minha família”.

“para fazer este rompimento do trabalho com a vida pessoal eu chego em casa, tomo um banho e escuto hinos de louvor (canções religiosas)”.

“antes de dormir faço um planejamento mental de como vou resolver os problemas no meu próximo dia de trabalho. Paro de pensar naquilo, para depois relaxar e dormir”.

“minha estratégia defensiva é sempre escolher uma coisa bem diferente do trabalho para fazer, é um jeito de não pensar, uma válvula de escape”.

“eu faço várias coisas, faço artesanato e vendo perfume, é uma forma de não ficar pensando no trabalho”.

4.6.2.2 “Deletando” o sofrimento do trabalho

Estudos realizados por Lacman et al. (2009) relataram que as equipes de saúde apresentam dificuldade em manter-se isentas e trabalhar submetida a uma lógica que não permite solucionar as demandas da população. Isso faz com que os trabalhadores tenham que controlar seu próprio envolvimento, estabelecer fronteiras entre ações de saúde e ações sociais e interagir em situações para as quais não se encontram preparados. As experiências vividas no cotidiano do trabalho provocam sentimentos de solidão e de vulnerabilidade no exercício do trabalho.

Os trabalhadores sentem-se responsáveis pela saúde dos usuários e, quando encontram dificuldades extremas, passam a negar o sofrimento pela frustração de não ter conseguido solucionar o problema, por isso “faz de conta que ele não existe”. Os ACS se sentem impotentes para mudar a situação, por isso lançam mão da estratégia de deletar o sofrimento, a fim de se preservar. É o que se percebe nas verbalizações:

“adotei a sigla SQPM que quer dizer, se quiser pode morrer”. É uma espécie de tratamento de choque que faço comigo mesma, quando depois de anos e anos tentando ajudar a pessoa percebo que não tem jeito, paro de sofrer”.

“continuo fazendo a visita, mas paro de me frustrar, eu deleto. Consigo olhar para ele friamente”.

“se escutar uma coisa que não gosto, entra por um ouvido e sai pelo outro. Se a pessoa está chingando, acusando, porque vou me estressar? se naquele dia não dá, volto no outro”.

Silva e Dalmaso (2002) identificam que para o ACS é marcante a percepção de ser culpabilizado quando as pessoas da comunidade não agem de acordo com as orientações programáticas. Isso suscita um grande temor, que leva à busca de alcançar um maior controle sobre as decisões do usuário, bem como a uma enorme revolta pelo peso excessivo da cobrança. A mediação da discussão com a comunidade sobre os problemas de saúde surge mais como uma preocupação, uma tarefa difícil de ser concretizada.

4.6.2.3 Elaborando estratégias para lidar com a violência

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), “a violência, pelo número de vítimas e magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública em vários países” (MINAYO, 1997, 1998).

Santos Junior e Costa Dias citam dois tipos de violência no trabalho, segundo a Occupational Safety & Health Administration (1995): a violência externa, quando quem a pratica não tem relação com o trabalhador, no caso de clientes/usuários, sendo necessária relação profissional entre o autor do ato violento e o trabalhador e violência interna, quando quem a pratica tem algum tipo de ligação com o local de trabalho, seja ele colega, chefe ou subalterno. A esses dois tipos de violência, agrega-se a violência indireta que ocorre quando o trabalhador convive com situações de miséria intensa, associadas à falta de recursos para resolvê-las e à impotência para propor-lhe alternativas. Nestas situações considera-se também a desqualificação do trabalho realizado, a impossibilidade de realizá-lo com qualidade e algumas situações que obrigam os trabalhadores a agirem contra a sua vontade, seus valores.

Para Lancman et al. (2009) discutir violência no trabalho é uma tarefa complexa e essas situações podem ser acentuadas em serviços como o PSF, que, na sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social, criou estratégias que prevêm um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida e atendimentos, normalmente, em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do trabalhador. Assim, regiões de maior risco social são também aquelas que podem gerar intensificação da violência.

Para a Organização Internacional do Trabalho (2003, p. 2), a violência no ambiente do trabalho, “é toda ação incidente ou comportamento mediante o qual uma pessoa é agredida, ofendida, prejudicada ou humilhada por outra pessoa em seu trabalho ou como consequência do mesmo”. Destaca-se que os ACS deste estudo foram unânimes em relatar o enfrentamento de situações de violência intra-familiar ou contra a mulher. Esta situação, no ambiente laboral, é enfrentada de várias formas. Nota-se que a estratégia é, freqüentemente, individual, apesar de haver divergências entre os ACS. Notou-se uma grande dificuldade de estabelecer uma estratégia coletiva, pois os sentimentos provocados pelo contato com a violência vão desde a raiva, o medo, a aceitação, a vontade de ajudar, a vontade de impor reação aos agredidos, dentre outros.

Lancman et al. (2009) destacaram que nas equipes do PSF, o convívio cotidiano, intenso e prolongado com os usuários provoca um impacto nesses trabalhadores. O convívio pode humanizar o trabalho, mas também pode provocar um forte impacto psicológico. No estudo realizado pelos autores, o impacto se expressa, dentre outras manifestações, em uma maior sensação de vulnerabilidade à violência, pois testemunham situações de risco e conhecem as pessoas nelas envolvidas. Diante disso, referiram temer a aproximação a uma residência habitada por alguém supostamente envolvido com agressões e/ou tráfico de drogas. Um dos ACS relatou que a violência física contra a mulher em geral é mantida em segredo, o qual somente é desvendado na visita do ACS.

A estratégia utilizada pode ser explicada da seguinte forma: a violência intra familiar ocorre com bastante freqüência nas famílias assistidas pelos ACS. Normalmente o ACS percebe que existe um pacto de silêncio sobre esta situação por parte dos familiares. O ACS não somente percebe a violência, assim como escuta os desabafos das vítimas, mas se sente impedido pela família de fazer alguma coisa para ajudar. Tem consciência que a decisão de sustar com a violência é da vítima, a qual, normalmente, não o faz. Isto provoca no ACS um “bombardeio” de emoções, entre elas a impotência e que, para se preservar, lança mão da estratégia de negar, ou fingir que a violência acontece. Percebe-se claramente esta estratégia na verbalização:

“eu larguei de mão; senão tu acaba enlouquecendo”.

Os mesmos autores citados acima, em estudo sobre a repercussão da violência na saúde mental dos trabalhadores do PSF, destacaram que os trabalhadores desenvolvem a astúcia necessária para criar formas de realizarem seu trabalho. Evitavam saber de situações comprometedoras, trocavam informações sobre o lugar, as pessoas, os costumes, os hábitos, os lugares de circulação “permitidos e proibidos” visando criar estratégias de prudência e de proteção. Os pesquisados indicaram como saída criar um distanciamento e fingir ignorância (LANCMAN et al., 2009). Corroborando com este estudo destaca-se a verbalização:

“elas se sentem bem melhor se a gente fizer de conta que não percebe que elas estão apanhando” e o ACS utiliza a estratégia de fingir que a violência existe”.

Sznelwar (2009) destacou que os ACS vivem o paradoxo da necessidade de se envolverem e a necessidade de se distanciarem para se defender. Na construção de estratégias defensivas utilizaram o distanciamento para procurar não saber, evitando o contato com situações comprometedoras que envolvem violência. Esta estratégia é usada principalmente quando sentem que não podem fazer nada para ajudar. Moura (2005) em estudo com enfermeiras encontrou resultados semelhantes, o que foi denominado pelo autor como cegueira, isto é fingir que não vê e até mentir para si mesma que aquela realidade não existe.

Dentro deste contexto, passam-se as verbalizações dos ACS deste estudo:

“situações de mulheres que apanham eu não me meto, eu até tinha raiva, mas aprendi a lidar com isso”.

“... faço de conta que não percebo, daqui a pouco você aconselha ela deixar do marido e cria um problema ainda maior, a filha mais velha vai ser abusada pelo padrasto”.

Dentro deste núcleo de sentido, percebe-se que o ACS, impossibilitado de lutar contra a violência, procura encontrar outras formas de ajudar esta família que sofre. O empenho em procurar outras saídas é realizado como forma de compensar o usuário da falta de resolução do seu problema. Para tanto, destaca-se a verbalização:

“procuro encaminhar mulheres para projetos de geração de trabalho e renda, pois isso ajuda a diminuir a agressão”.

A problemática da violência é também pensada pelos autores Dominguez; Sanseviero; Vásquez (2002) como uma rede, na qual a violência estrutural é uma referência para a violência do comportamento. Varela (1992) destaca que os profissionais que convivem com situações de violência, tendem a conviver com pensamentos, sentimentos e sensações que podem prejudicar a saúde física e mental. Para tanto, os trabalhadores desenvolvem estratégias para minimizar esse sofrimento e continuar a trabalhar. Neste intuito, buscam construir redes de solidariedade e de proteção com a população visando à diminuição da vulnerabilidade (LANCMAN et al., 2009). Sobre isso se destacam as verbalizações dos ACS:

“quando não tem jeito, passo a me preocupar com as crianças, encaminho essas crianças que vejo que são mal tratadas para escolas, projetos sociais, e outros para afastá-los o máximo possível da situação”.

“a gente tem que aprender a trabalhar com esta família, criar estratégias junto com as mulheres para evitar a violência”.

Dentro deste núcleo de sentido, percebe-se que o ACS faz um exercício mental, a fim de tentar buscar motivos para explicar a violência. A estratégia defensiva é utilizada a fim de anular os sentimentos de impotência, raiva e descontentamento.

Destacam-se as verbalizações:

“procuro entender o porquê que as pessoas se submetem a estas situações”

“na minha rua são raras as pessoas que trabalham, as mulheres não tem vontade de trabalhar, elas não tem profissão, não tem estudo, e muitas vezes é comodismo”.

“se a família se desfaz a mulher fica sem ter como sustentar os filhos, o marido encontra outra e tem mais três ou quatro filhos e aí por diante”.

“neste caso falo com a mulher sobre o que está acontecendo, ou questiono e procuro entender o porquê, acreditando que a maioria não se rebela contra a violência por várias razões e tenho que aceitá-las”.

4.6.2.4 Buscando o isolamento

Destaca-se o isolamento, uma estratégia defensiva individual, na qual o ACS passa a viver sozinho, em silêncio, evitando contatos sociais e com a família. Acredita-se que, de todas as estratégias relatadas neste estudo, é a mais negativa e remete à necessidade de intervenção devido à grande possibilidade de adoecimento. A verbalização abaixo expressa esta situação:

“quando chego em casa a família sabe que preciso de silêncio, baixam o volume da TV, desligam som; vou para a cozinha”.

Maslach (2005) alerta que a elaboração de determinados mecanismos de enfrentamento podem culminar na despersonalização do trabalhador. Na despersonalização ocorre a perda de motivação, ansiedade, irritabilidade e redução do idealismo. É utilizada a estratégia defensiva de confrontamento, ou seja, o sujeito se afasta para poder lidar com a exaustão emocional. O mesmo autor destaca que uma das características preditoras de maior chance de apresentar despersonalização moderada ou alta, além da presença da exaustão emocional, é atuar em comunidades em que muitas famílias possuem condições socioeconômicas precárias, sendo que as ACS deste estudo atuam normalmente em áreas com estas características.

Complementando o exposto acima, passam-se as verbalizações:

“se posso no final de semana fico trancada sozinha em casa”.

“já houve dias em que não tive vontade de sair para fazer visitas”.

“não demonstro para as pessoas os meus problemas, as pessoas nunca sabem. O meu sentimento fica comigo”.

“gosto também do silêncio, fico com os problemas para mim, não falo”.

4.6.2.5 Acreditando na providência divina

Dentro deste núcleo de sentido destaca-se a verbalização,

“quando presencio alguma coisa que me dá raiva, eu penso: um dia eles vão pagar, a volta vem”.

Procurando explicar esta estratégia defensiva destaca-se que a raiva e indignação advinda do cotidiano laboral é um sentimento muito forte. Diante disto, o ACS faz um exercício mental caracterizado pela esperança de que alguém ou algum ser superior vai fazer o que ele tem vontade de fazer. Trata-se de justiça ou a vingança pelo sofrimento vivenciado. Estudos realizados por Moura (2005) com enfermeiros evidenciam estes sentimentos de raiva que são equacionados pelo uso estratégias defensivas, dentre elas, o silêncio e a fuga que segundo o autor, minimiza os efeitos da ansiedade. Destacam-se as verbalizações:

“presenciei uma agressão física: a filha bateu no pai, foi uma sensação horrível, graças a Deus eu não faço mais visita para ela”.

“quando acontecem situações de enfrentamento, evito bater boca. Nada como um dia após o outro, mas fico aguardando para a volta”.

Percebe-se que o ACS não faz, exatamente, o papel de elo entre o serviço de saúde e a comunidade, muitas vezes servindo de “escudo”, ora da equipe de saúde, ora da comunidade. Esta situação faz com que o trabalhador, diante do sofrimento ocasionado por este fato, lance mão de estratégias defensivas para suportar a realidade.

Neste sentido, os ACS necessitam desenvolver habilidades e criar um ambiente de trabalho favorável para atender a população. Entretanto, observa-se que, por vezes, atuam em condições desfavoráveis para o bom desenvolvimento de suas atividades, o que pode contribuir para a ocorrência de adoecimento (TRINDADE et al., 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar estas considerações finais, reportam-se ao núcleo de intenções iniciais quando decidimos realizar uma pesquisa na área de saúde do trabalhador, na qual pudéssemos compreender melhor o trabalho do Agente Comunitário de saúde.

Para tanto, iniciamos esta pesquisa conhecendo o trabalho real do ACS e, gradativamente, fomos mergulhando no cotidiano laboral e suas subjetividades. Queríamos compreender não só o que propiciava prazer, mas também o sofrimento, pois acreditamos que tanto o trabalho como a vida produz esta dualidade. Sob a ótica de alguns autores que balizaram este estudo, o equilíbrio do trabalhador é alcançado através do sopesamento entre prazer e sofrimento, mediados pelas estratégias defensivas elaboradas individual e coletivamente pelos trabalhadores.

Nosso interesse não se detém apenas na efetivação de um trabalho científico em si, mas também na construção de um corpo de conhecimentos sobre os significados que o trabalho tem para os sujeitos, estimulando propostas para melhorar as condições de trabalho e de saúde dos ACS. Acreditamos que o conhecimento só se efetiva quando produz mudanças/ação e é isso que nos motivou neste estudo.

Na construção desta pesquisa enfrentamos muitas limitações e desafios, experimentando muitas inquietações. Foram obstáculos superados em doses homeopáticas, mas acreditamos que conseguimos atingir os objetivos propostos. Temos humildade suficiente para perceber que este estudo não esgota o assunto e, com certeza, emergirão outros com novas contribuições.

Apesar das limitações deste estudo, como por exemplo, a subjetividade expressa pelos pesquisados, a interpretação singular de cada Agente Comunitário de Saúde sobre seu trabalho, o momento de intranqüilidade funcional, e outros, acreditamos que avançamos no sentido de compreender melhor o trabalho realizado pelos ACS deste município, as situações geradoras de prazer e de sofrimento no trabalho, bem como as estratégias defensivas construídas e utilizadas por eles.

Conforme os objetivos deste estudo, pode -se concluir que:

- a totalidade das ACS é do sexo feminino; a maioria casada e com filhos. A idade média é de 39 anos, isto é, adultos jovens. A maioria possui ensino médio

completo e várias possuem curso de auxiliar ou técnico na área de enfermagem. Com relação ao tempo de serviço, a maioria das ACS tem entre um e cinco anos de serviço;

- quanto à identificação do ACS, um número expressivo mesclou características pessoais com questões relacionadas ao trabalho, demonstrando a importância do trabalho na vida de cada um;

- quanto às atividades realizadas por elas, destacam-se atividades administrativas, educativas, na área de saúde da criança, da mulher, realização de visitas domiciliares e atendimentos de grupos, além de ações de mobilização da comunidade e de outras que não se caracterizam como específicas deste trabalhador;

- quanto ao prazer, este se relaciona à valorização e reconhecimento da comunidade, ao sentir-se útil, às manifestações de carinho dos usuários, à resolução de problemas. Outros pontos a serem destacados são o prazer da convivência harmoniosa entre os ACS e na participação nos eventos festivos no trabalho.

- quanto ao sofrimento, evidenciou-se o seu surgimento quando existem falhas no serviço de saúde que impedem o ACS de realizar sua função, a perda da privacidade pelo fato de morar e trabalhar no mesmo local, o excesso de cobranças e as múltiplas atribuições, muitas vezes sem o respaldo dos serviços de saúde, o compartilhamento do sofrimento das famílias diante da doença e da morte, o convívio com as questões sociais como miséria, violência, o conflito entre os valores do ACS e a realidade da comunidade e a frustração por não ter conseguido evitar algum agravo para a saúde do usuário. Além disso, destaca-se como outras fontes de sofrimento a falta de reconhecimento do trabalho por parte da equipe de saúde e chefia imediata e a ausência de averiguação sobre as queixas do seu trabalho.

- quanto à presença das estratégias defensivas elaboradas individual e coletivamente pelos agentes comunitários, a partir do sofrimento vivenciado, destacam-se algumas elaboradas a fim de impedir a contaminação “do tempo de não trabalho” como, por exemplo, esquecer os problemas do cotidiano laboral, realizar atividades diferentes, colocar uma barreira física para impedir o acesso dos usuários à casa dos ACS. Além disso, evidenciou-se como estratégia, a procura de ajuda através do contato com colegas, o apoio da religião. A negação do sofrimento aparece como uma “válvula de escape”, isto é, fazer de conta que ele não existe; ou até, quando a raiva se intensifica, esperar uma “providência divina”. Cabe ressaltar

ainda que, neste estudo, o uso de medicamentos antidepressivos foi citado como estratégia defensiva; além de organizar a agenda de visitas domiciliares, considerando a sobrecarga naquele dia. No que se refere ao sofrimento advindo da violência, diante da impotência sentida, as estratégias relatadas foram ignorar, negar ou encontrar maneiras de racionalizar e explicar estas situações. No que se refere ao relacionamento com a equipe de trabalho, as estratégias elaboradas envolvem a criação de espaço de discussão e diálogo, o fortalecimento dos laços com outros ACS, a conscientização pessoal da importância do seu trabalho e a participação em grupo terapêutico.

Neste contexto, destacamos que o trabalho, por sua remuneração, possibilita a sobrevivência e também compõe um universo no qual o encontro com o outro propicia o desenvolvimento da identidade do sujeito, tornando-se parte importante da vida.

Durante a realização deste estudo, percebo o quanto é prazeroso realizar esta aproximação com o cotidiano do trabalho, uma vez que a interação da pesquisadora com os ACS nos grupos focais foi intensa, favorecendo a escuta e a fala dos mesmos sobre experiências, sentimentos e percepções do trabalho realizado. Acredita-se que tanto os Agentes comunitários de saúde como a pesquisadora tiveram a possibilidade de refletir sobre seu processo de trabalho e também da importância destes momentos para a vida do trabalhador.

Finalizando, quer se destacar que medidas de promoção à saúde dos ACS devam ser adotadas, visando promover a satisfação no trabalho, considerada um importante fator interveniente na saúde. Sabemos que o Sistema Único de Saúde do Brasil preconiza ações na área de saúde do trabalhador, mas este campo está pouco desenvolvido ainda. Acreditamos que os profissionais do SUS têm a obrigação de desenvolver estas ações junto aos trabalhadores, sejam ora proponentes, ora sujeitos delas.

Na esfera do ensino, almeja-se que os resultados deste estudo venham a auxiliar na sensibilização das instituições formadoras de profissionais da saúde na graduação e na pós-graduação, no que tange a necessidade de se abordar questões referentes ao trabalho e a saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K.F. **Representações sociais sobre o agente comunitário de saúde**: elo de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde. 2000. 154p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2000.

ANDRADE, F.M.O. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1998.

ÁVILA, M.M.M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & saúde coletiva**,v.30,2007.

AZAMBUJA, E.P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Enferm.** v.16, n.1. jan./mar. 2007.

BAIERLE, T.C.; MERLO A.R.C. Saúde mental e subjetividade no trabalho de uma guarda municipal: estudo em psicodinâmica do trabalho. **Cad. psicol. soc. trab.** v.11, n.1. São Paulo, 2008.

BARCELLOS, C.S. N; PANDOLFI, M; MIOTTO, M.H.M.B. Perfil do agente comunitário de saúde (ACS) de Vitória - ES. **Rev.Odontologia**, v.8, n. 1, p. 21-28, jan./abr. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Lisboa: 2004.

BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: UNIJUÍ, 2007 (Coleção saúde coletiva).

BARROS, R.B.; BARROS, M.E.B. da dor ao prazer no trabalho... In: MENDES, A.M. **psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. Ijuí: UNIJUÍ, 2007.

BASTOS, L.G.C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família**. 2003. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

BECK, C. L. **Da banalização do sofrimento a sua resignificação ética na organização do trabalho**. 2001. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, [online]. v. 39, n. 5, p. 809-815. 2005.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.1, jan./fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399/GM**, de 22 fev. 2006. Pacto pela Saúde. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#acs>>. Acesso em: 20 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648**. Política nacional de atenção básica e revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa de saúde da família e programa de agentes comunitários de saúde Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>> Acesso em: 4 mar. 2009.

BRASIL. **Lei n. 10.507**, de 10 jul. 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>> Acesso em: 02 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 8, série A - Normas e Manuais Técnicos, n. 131, Brasília-DF, 2002.

BRASIL. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde**: um pacto tripartite. Brasília: MS; 2002a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão de acidentes - violências. **Portaria GM/MS n. 737**, de 16 maio 2001. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes-violencias>>. Acesso em: 05 jul. 2002.

BRASIL. **Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: MS, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.886/1997**. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acesso em: 02 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: MS, 1997b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acesso em: 02 set. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96, de 10 out. 1996. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v.1, n.1, p. 34-42, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8142/90**, de 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá providências. Disponível em: <<http://dtr2004.Saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acesso em: 10 set. 2008.

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://dtr2004.Saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acesso em: 10 set. 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988** - texto constitucional de 5 out. 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatório%20Final.pdf>. Acesso em: 10 set. 2008.

BRITO, J. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**. v.10, n. 4. out./dez. 2005.

BRITO, J. et al. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. Trabalho, **Educação e Saúde**, São Paulo, 2003.

BROOCK NETO, W. H. Contra-regras do cenário da saúde: os agentes comunitários de saúde em foco. **Escola de Saúde Pública**. 2006. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/img2/LIVRO%20PARTE5.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2009.

CARDOSO, C. L. O aís na equipe do programa saúde da família: relações interpessoais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, 2004.

CAREGNATO, R.C. A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**. v.15, n. 4, out./dez. p. 679-684, 2006.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto da Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, 1986. **Anais**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CORDES, C. L, DOUGHERTY, T W. A review and a integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev.* v. 18, n. 4, p. 621-56, 1993.

CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. saúde coletiva.** v.10, n. 2. abr./jun, 2005.

DALMASO, A.S. W; SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições**. São Paulo, 2002.

DAUNE-RICHARD, A. Qualificações e representações sociais. In: HIRATA & MARUANI (orgs.). **As novas fronteiras da desigualdade**: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: Senac, 2003. p. 65-76.

DAVEZIES, P. Eléments de psychodynamique du travail. 1993.

DEJOURS, C. (1993/2004). *Addendum* da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: S. LANCMAN & L.I. SZNELWAR (Orgs.). **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, Paralelo 15. p. 47-104.

DEJOURS, C. **A banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994, p 21-32.

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

DEJOURS, C. A violência invisível. (Entrevista) **Caros amigos**, mai.1999.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção.** v.14, n.3, p.27-34, set./dez.2004.

DEJOURS, C. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994b. p. 21-32 e 45-65.

DEJOURS, C. Doctrine et théorie en psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 1995. In: PEZE, M.G. Forclusão do feminino na organização do trabalho: um assédio de gênero. **Prod.** [online]. v.14, n.3, p. 6-13, 2004.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p.129-137, 2000.

DOMINGUEZ, R; SANSEVIERO, R; VÁSQUEZ, I. **O estado da paz e a evolução da violência**: a situação da América Latina. Centro internacional de Investigação para a Paz das Nações Unidas. Trad. Maria Dolores Prades. Campinas, SP: UNICAMP, 2002.

DUARTE, L.R. et al. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface** (Botucatu). v.11, n. 23, set./dez. 2007.

FAVORETO, C.A. O; CAMARGO Jr, K.R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**. v.12, n.1, p. 59-75, 2002.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. **Sentimentos e práticas das equipes de saúde da família em situações de trabalho**: condições de possibilidade do burnout - Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP, 2007.

FERNANDES, J. D. et al. Saúde Mental e Trabalho: Significados e limites de modelos teóricos. **Revista Latino-Am. de Enfermagem**, v.14, n. 5, set./out, 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. **Saúde debate**. v. 28, n. 66, p. 68-74, jan./mar. 2004.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**. v.10, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=PT>. Acesso em: 24 set. 2009.

GIFFIN, K; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Cad Saúde Pública**. v.5, n. 1, p. 24-44, 1989.

GONZALES, R M B. **Sofrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido**. - Série Teses em Enfermagem. Florianópolis, 2001.

GUIDO, L A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 112p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, 2003.

HALLACK, F S; SILVA, C.O. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento - **Psicologia & Sociedade**, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 1994. **Censo Demográfico de 1991**. Rio de Janeiro, 1991.

JARDIN, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunic.,Saúde, Educ.**,v.13, n. 28, p. 123-35, jan./mar. 2009.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M.I. G; CASTRO, E.; TUACEK, T. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online]. v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009.

LANCMAN, S; SZNEWAR, L.I. (Orgs). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde **Rev.Esc. Enfermagem. USP**. V.35,n.2,jun.2001.

LUNARDELO, S.R. et. al. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto-São Paulo**. 2004. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP, 2004.

LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; SPRICIGO, J. Trabalho da Enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 9, n. 2, mar./abr. 2001.

MACHADO, M. H (Coord.) **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

MANCIBO, D. Trabalho docente: subjetividade, sobre implicação e prazer. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 20, n. 1. 2007. Disponível em:
<<http://search.bvsalud.org/regional/?q=subjetividade%20no%20trabalho&lang=pt& charset =iso-8859-1>>. Acesso em: 10 out. 2009.

MARTINS, C.L. et al. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. **Revista Saúde Debate**. v. 51, p. 38-43, 1996.

MARTINS, J.J.; FARIA, E.M. O cotidiano do trabalho de enfermagem em UTI: vivências de prazer e sofrimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.11, n.1, p. 222-243, jan./abr. 2002.

MARTINS, J.T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva**: estratégias defensivas. Tese (Doutorado) - Escola de Medicina de Ribeirão Preto-SP, 2008.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; PLATH, G.A. Satisfacción e insatisfacción entre auxiliares y técnicos de enfermería de una unidad de ingreso feminina de um hospital escuela. **Rev. Cienc. Enferm.**, Concepcion (Chile), v.13, n.1, p. 25-33, jun. 2007.

MARTINS, J.T. ROBAZZI, M.L.C.C. Sentimentos de prazer e sofrimento de docentes na implementação de um currículo. **Rev. Gaúcha Enf.**, v. 27, n. 2, p. 284-90, jun. 2006.

MARX, K. **O capital**: crítica, economia política. Livro primeiro: o processo de produção do capital. São Paulo: Nova Cultura, 1998.

MASLACH, C, LEITER, M. *The truth about burnout*. San Francisco (USA): Jossey-Bass Publishers, 1997.

MASLACH, C. Entendendo o burnout. In: ROSSI AM, PERREWÉ, PL, SAUTER SL, (Org.). **Stress e Qualidade de Vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005.

MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: Teoria, Método e Pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A.M.; FERREIRA, M.C. Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento - ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. (org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. (Coleção trabalho humano).

MENDES, A.M.B. **Prazer e sofrimento no trabalho qualificado**: um estudo exploratório de uma empresa pública de telecomunicações. 1994.125f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 1994.

MENDES, A.M; LINHARES, N.J.R. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. **Rev.Bras.Enf.**, v. 49, n.2, p. 267-80, abr./jun.1996.

MENDONÇA, M.H.M. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber o fazer. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n. 5, p.1433-1434, 2004.

MERHY, E.E., FRANCO T.B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**. v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

MINAYO, M.C.S, SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist Cienc Saude-Manguinhos**. v. 4, n. 3, p. 513-31, 1997-1998.

MINAYO, M.C.S et al. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOURA, F.J.M. O mundo do trabalho da enfermeira no programa saúde da família: Riscos e Desgastes no Enfrentamento da Violência Estrutural. 2005, 144p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 2005.

NOGUEIRA, R; RAMOS, Z.V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis** - o agente comunitário de saúde. [Texto para discussão 735]. 2000. 33p. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: jun. 2000.

NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v.198, n. 6, p. 1639-1646, nov-dez, 2002. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0747.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2009.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Informe para discusión en la Reunión de expertos encargada de elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente. (8-15 oct 2003). Ginebra. 2003. Disponível em: <MEVSWS-R-2003-03-0208-26-Es.Doc>. Acesso em: 26 out. 2003.

PEDROSA, J.I. S, TELES J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n. 3, p. 303-11, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Secretaria do Município da Saúde de Santa Maria. Núcleo de Atenção básica. Santa Maria, RS, 2008.

RESSEL, L. B; GUALDA, D. M. R; GONZALES, R. M. B. (2002). Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. *International Journal of Qualitative Methods*. v. 1, n. 2, Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/~ijqm>>. Acesso em: 07 set. 2008

ROSSI, P. S. (Org.). **Stress e Qualidade de Vida no trabalho**: perspectivas atuais. São Paulo: Atlas, 2005.

SAINT-JEAN, M. Organizações do trabalho e saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ**, São Paulo, v.14, n.1, p. 48-51, jan./abr. 2003.

SANTOS, J.R. E. A, DIAS, E.C. Violência no Trabalho: uma revisão da literatura. **Rev. Brás. Med. Trab**. v.2, n. 1, p. 36-54, 2004.

SANTOS, L. P. G. S. et al. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo**: possibilidades e limites para a promoção da saúde. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP, São Paulo, 2006.

SANTOS. J.M; OLIVEIRA, E.B.; MOREIRA, A.C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. **Rev. Enf. UERJ**, v.14, n.4, p.580-5, 2006.

SANTOS-FILHO, S. B. um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizaus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: MENDES. A. M. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. 2007. Cap. 3, p. 74-91.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. A base político metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise de intervenção no trabalho em saúde. In: MENDES. A. M. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. 2007. Cap. 2, p. 123-142, 2007.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18, n. 5, p. 1147-166, 2002.

SCARANTO, C. A. A.; BIAZEVIC, M. G. H.; MICHEL-CROSATO, E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. **Psicol. cienc. prof.**, v.27, n. 4, p.694-705, 2007.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE M, B, J: ALVAREZ, D. **Labirintos do trabalho**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. **Pro-Posições**. v. 5, n. 32, p. 34-50, 2000a.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 42, n. 5, p. 921-9, 2008.

SILVA, I.Z.Q.J. **Equipe de saúde da família**: problematizando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

SILVA, I.Z.Q.J. LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 16, p. 25-38, 2004.

SILVA, J.A, DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface**. v. 6, n. 10, p. 75-83. 2002.

SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis**: agente institucional ou agente de comunidade? 2001. 290p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Publica. Departamento de Pratica de Saúde Publica. São Paulo, 2001.

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

SOLLA, J.J.S.P.; MEDINA, M.G.; DANTAS, M.B.P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**. v. 51, n. 4, p. 4-15, 1996.

SPIRI, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde- uma abordagem fenomenológica. **Cienc. Saúde Colet.**, 2006. Disponível em:<<http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos>>. Acesso em: 4 mar. 2009.

STOTZ, E.N.; DAVID, M.H.S. L; WONG, U.N. Educação popular e saúde - trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Rev. de Atenção Primária a Saúde** v. 8, n. 1, p. 1-23. 2005. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br>>. Acesso em: 1 mar. 2006.

SZNELWAR, L.I. *El trabajo desde una mirada sustentable* – desafíos para los servicios de salud pública: Estudio de caso del Programa de Salud Familiar en San

Pablo, Brasil. Dossier Temático - laboreal. up.pt v. V, n. 1, p. 38-52, 2009. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/media/volumes/32/Laboreal_PT_V2009.pdf#page=38>. Acesso em: 10 out. 2009.

TAHON M.-B. *Sociologie de rapports de sexe*. Collection "Le sens Social". Rennes/Ottawa: Presses Universitaires de Rennes/ Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2004.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 3, p. 585-598, 2005.

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

TRAD, L.A. B et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Rev C S Col**. v.7, n. 3, p. 581-589, 2002.

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

UCHIDA, S.L. S; SZNELWAR, L.I.; JARDIN, T. Agente comunitário de saúde: um trabalhador na «berlinda». **Estudo em psicodinâmica do trabalho**. Enquête n° 17 2007.

VARELA, Z.M.V. Apoiando profissionais que trabalham com violência. **Texto & Contexto** - Enfermagem/Universidade de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, v. 1, n.1, p. 221, 1992.

VASCONCELOS, E. *Os novos profissionais: as auxiliares de saúde*, pp. 51-57. In: _____. Educação popular nos serviços de saúde. Hucitec: São Paulo, 1997.

VICTORA, C., KNAUT, D.R.; HASSEN, M. N. **A pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre, Tomo Editorial, 2000.

WEIL, P. Entrevista sobre educação e a dimensão espiritual do trabalho, no contexto das grandes transformações atuais. **Diálogo**. v. 12, p. 54-8, out. 1998.

WRIGHT, M. G. M. O agente de saúde na atenção primária de saúde: da teoria à realidade. **Rev. bras. enferm**. v. 40, n. 4, p.183-189, out./dez. 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário para levantamento de dados sócio-demográficos dos ACS

INSTRUMENTO Nº _____

1. Agente comunitário integrante:

PACS - equipe _____

PSF - equipe _____

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Data de nascimento: _____ Idade: _____

4. Estado civil: Solteiro Casado/companheiro
 Separado/divorciado viúvo

5. Possui filhos? Sim ? Quantos? _____ Idades: _____
 Não

6. Nível de formação:

<input type="checkbox"/> ensino fundamental	<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto
<input type="checkbox"/> ensino médio	<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto
<input type="checkbox"/> curso de auxiliar de enfermagem	<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto
<input type="checkbox"/> curso técnico de enfermagem	<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto
<input type="checkbox"/> curso superior	<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto

7. Tempo de serviço como ACS:

01 - 05 anos
 06 - 10 anos
 mais de 10 anos

8. Você escolheu trabalhar como ACS?

Sim Não

9. Outro dado que deseje informar: _____

APÊNDICE B - Questões norteadoras para o Grupo Focal

1. Que atividades você desenvolve no seu dia a dia como Agente Comunitário de Saúde?
2. O que te dá prazer no trabalho?
3. O que é sofrimento no trabalho?
4. Como você age, o que você faz frente às dificuldades no dia a dia do seu trabalho?
5. O que você acredita que poderia contribuir para a melhoria do seu trabalho?

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Projeto de Pesquisa: SOFRIMENTO, PRAZER E ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO TRABALHO

Coordenadora da Pesquisa: **Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck**

Eu, informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção que a pesquisa “Sofrimento, prazer e estratégias defensivas do Agente Comunitário de Saúde no trabalho”, coordenado pela Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck, tem como objetivos traçar o perfil sóciodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde; conhecer o trabalho desenvolvido pelo ACS; identificar as situações geradoras de prazer no trabalho; identificar as situações geradoras de sofrimento no trabalho; descrever as estratégias defensivas utilizadas pelos agentes comunitários de saúde para enfrentar o sofrimento no cotidiano laboral.

A justificativa para a realização desta pesquisa está na intenção de conhecer mais profundamente o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), identificar o prazer e o sofrimento no trabalho, e, a partir dele, as estratégias defensivas utilizadas.

As informações serão fornecidas através de um questionário e da participação em grupo focal. Estas informações serão agrupadas com outras fornecidas por outros colegas, de modo que não serei identificado. Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentarem o relatório final nesta instituição, para que possamos, efetivamente, conhecer a nossa realidade.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de:

- Receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- Retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- Este estudo não coloca em risco a vida dos seus participantes e
- Os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 196/96 sobre pesquisas em seres humanos.

Data: ___/___/ 2009.

Nome e assinatura do informante

Nome do pesquisador e assinatura

Carmem Lúcia Colomé Beck

Telefone para contato: (55) 84064397

Departamento em que trabalha: Enfermagem (55) 3220 8263

Para maiores informações:

Denise M. Quatrin Lopes. Tel: (55)96441969; e-mail: deniseqlopes@hotmail.com;

Profa. Dra. Carmem L. C. Beck. Tel: (55)3220 8263; e-mail: carmembeck@smail.ufsm.br

Para dúvidas ou considerações sobre a ética na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 Santa Maria-RS. Tel: (55)3220 9362; e-mail:

comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

OBS.: este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador outra para o participante.

APÊNDICE D – Ofício ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde

Sra. Hedionéia Pivetta

Coordenador do Núcleo de Educação Permanente em Saúde- NEPS- Santa Maria/- RS

Assunto: Realização de Pesquisa.

Prezado Senhora

Ao cumprimentá-lo cordialmente, dirigo-me a Vossa Senhoria, na intenção de solicitar permissão para desenvolver uma pesquisa junto aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Santa Maria - RS. Tal pesquisa dará origem a Dissertação de Mestrado, a qual faz parte das exigências do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, do qual sou aluna mestranda.

Os objetivos deste estudo são traçar o perfil sóciodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde; conhecer o trabalho desenvolvido pelo ACS; identificar as situações geradoras de prazer no trabalho; identificar as situações geradoras de sofrimento no trabalho; descrever as estratégias defensivas utilizadas pelos agentes comunitários de saúde para enfrentar o sofrimento no cotidiano laboral.

A abordagem do estudo será qualitativa e as técnicas a serem utilizadas serão: questionários para levantamento de dados sócio-demográficos e grupo focal.

Como pesquisadora, assumo o compromisso de fazer a devolução dos dados da pesquisa para os participantes, bem como para os gestores municipais.

As atividades acima referidas de coleta de dados serão desenvolvidas no ano de 2009, com início provável para o mês de janeiro e término em abril do mesmo ano, sendo minha orientadora a prof. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck.

Diante disso, considera-se que este estudo contribuirá para construção do conhecimento científico da Enfermagem, na área da Saúde Coletiva, assim como dará retorno à reflexão da prática exercida por estes trabalhadores, fortalecendo a gestão local do SUS.

Atenciosamente

Denise Maria Quatrin Lopes

Mestranda do PPGEnf – UFSM

ANEXO A

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Prazer, Sofrimento e estratégias defensivas dos Agentes Comunitários de Saúde no Trabalho

Pesquisadora orientanda: Denise Maria Quatrin Lopes

Pesquisador responsável (Orientadora): Carmem Lúcia Colomé Beck

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: 55 84064397 (Carmem Lúcia Colomé Beck)

Local da coleta de dados: Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria-RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos pesquisados cujos dados serão coletados por meio de um questionário, uma escala e grupo focal a ser realizado com os Agentes Comunitários de Santa Maria. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade de Denise Maria Quatrin Lopes em sua casa por um período de cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,dede 200.....

Carmem Lúcia Colomé Beck

RG: 3016441473

Denise Maria Quatrin Lopes

RG: 3012841668

ANEXO B

ESCALA DE INDICADORES DE PRAZER-SOFRIMENTO NO TRABALHO (EIPST)

Avaliando o seu trabalho nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorrem vivências positivas e negativas.

0	1	2	3	4	5			6		
nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes			Seis vezes		
1 Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6			
2 Liberdade para falar sobre meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6			
3 Solidariedade entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6			
4 Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6			
5 Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6			
6 Liberdade para usar minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6			
7 Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6			
8 Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6			
9 Satisfação	0	1	2	3	4	5	6			
10 Motivação	0	1	2	3	4	5	6			
11 Orgulho pelo que faço	0	1	2	3	4	5	6			
12 Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6			
13 Realização Profissional	0	1	2	3	4	5	6			
14 Valorização	0	1	2	3	4	5	6			
15 Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6			
16 Identificação com minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6			
17 Gratificação pessoal com minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6			
18 Esgotamento Emocional	0	1	2	3	4	5	6			
19 Estresse	0	1	2	3	4	5	6			
20 Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6			
21 Frustração	0	1	2	3	4	5	6			
22 Insegurança	0	1	2	3	4	5	6			
23 Medo	0	1	2	3	4	5	6			
24 Falta de reconhecimento de meu esforço	0	1	2	3	4	5	6			
25 Falta de reconhecimento de meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6			
26 Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6			
27 Indignação	0	1	2	3	4	5	6			
28 Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6			
29 Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6			
30 Injustiça	0	1	2	3	4	5	6			
31 Discriminação	0	1	2	3	4	5	6			