UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

ANDREA LUIZA ESCARABELO SOTERO

**O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma análise
psicológica da saúde do trabalhador**

BAURU
2017

ANDREA LUIZA ESCARABELO SOTERO

**O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma análise
psicológica da saúde do trabalhador**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Nilce EmyTomita

Versão Corrigida

BAURU
2017

So76t Sotero, Andrea Luiza Escarabelo
O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde:
uma análise psicológica da saúde do trabalhador/
Andrea Luiza Escarabelo Sotero. – Bauru, 2017.
139p.: il. ; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de
Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Profa. Dra. Nilce EmyTomita

Nota: A versão original desta dissertação/tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 1.009.484
Data: 25/03/15

ERRATA

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha **família**, que esteve comigo em todas as minhas caminhadas sempre me mostrando onde eu devo ancorar.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Nilce EmyTomita**, que com maestria me possibilitou um crescimento profissional e sobretudo humano. Muito obrigada pelos seus ensinamentos, pela confiança e pelo seu exemplo de pessoa e profissional ética e comprometida.

À Ilustríssima Diretora da FOB/USP, **Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida de Andrade Moreira Machado**, pelo suporte, estrutura organizacional e a pela oportunidade de poder fazer parte, com muito orgulho, de uma das melhores universidades do mundo.

Ao Presidente da Comissão de Pós-Graduação, **Prof. Dr. Guilherme Janson**, agradeço pela disponibilização da atenção e orientações necessárias para a realização do meu mestrado.

Ao **Prof. Dr. Roosevelt da Silva Bastos** e **Prof. Dr. Rogério Leoni Buchain**, meus agradecimentos pelas contribuições que enriqueceram este trabalho.

Ao **Prof. Dr. Edson Cardia**, **Prof^a Dr^a. Maria de Lourdes MerighiTabaquim** e **Prof^a Dr^a. Marlivia Gonçalves de Carvalho Watanabe**, agradeço pelas considerações e importantes apontamentos para o refinamento dessa pesquisa.

A todos os colaboradores da Secretaria Municipal da Saúde de Bauru, por permitirem e incentivarem a realização do meu projeto de mestrado, meus agradecimentos sinceros.

À **Silvia Cristina Tonin Costae a todos os meus professores do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva**, agradeço pela atenção, dedicação e ensinamentos a mim concedidos.

E a **todos** que direta e indiretamente contribuíram para essa realização.

“O autoconhecimento tem um valor especial para o próprio indivíduo. Uma pessoa que se ‘tornou consciente de si mesma’, por meio de perguntas que lhe foram feitas, está em melhor posição de prever e controlar seu próprio comportamento.”

(B. F. Skinner, 1974)

RESUMO

SOTERO, Andrea Luiza Escarabelo. **O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma análise psicológica da saúde do trabalhador**. 2017. 139p.

Dissertação (Mestrado em Ciências) – Departamento de Ortodontia, Odontopediatria e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2017.

Com o objetivo de reestruturar a atenção básica caracterizada pelo atendimento assistencialista, centrado na doença e atendimento médico individualizado, surge no Brasil em 1987, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia Saúde da Família. Incorporando os princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, desenvolve atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde em conjunto com a comunidade. Dessa proposta emerge um novo trabalhador, o Agente Comunitário de Saúde, considerado ponto chave na integração entre a equipe de saúde e as famílias da comunidade. Nessa perspectiva, o Agente Comunitário de Saúde é o foco dessa pesquisa que tem como objetivo identificar, através das percepções desses trabalhadores, os sofrimentos advindos da organização do seu trabalho e vivenciados diariamente. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa com a participação de 24 Agentes Comunitários de Saúde, 100% mulheres, selecionadas por sorteio, integrantes das equipes das sete unidades de Saúde da Família da cidade de Bauru, estado de São Paulo. Utilizou-se como critério de inclusão as Agentes Comunitários de Saúde maiores de dezoito anos e o critério de exclusão foi estar em acompanhamento psicológico devido ao trabalho. As participantes foram entrevistadas com um roteiro semiestruturado para o conhecimento das características das trabalhadoras, a organização do trabalho e a concepção que elas têm sobre o seu trabalho. Foram aplicados o Inventário de Sintomas de Stress em Adultos, o Inventário de Depressão de Beck e o MaslachInventoryBurnout junto a 41,6% das participantes. Para a análise dos dados coletados nas entrevistas, utilizou-se a metodologia da Análise do Discurso. Após leitura meticulosa do material coletado, constatou-se nos discursos das trabalhadoras a percepção de sua prática diária envolvendo uma problemática em relação ao vínculo, reconhecido como uma importante tecnologia de trabalho para estabelecer a confiança entre os serviços de saúde e os usuários. Contudo, os

meios pelos quais essa tecnologia é efetivada, adicionada à exigência de morar no mesmo bairro dos usuários, distorcem o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde como ato, invadem e se misturam às vivências e sentimentos mais particulares dessas trabalhadoras. O vínculo formado com a população produz fragilidades emocionais que influenciam a construção da identidade e deixa evidente que esse trabalho vai além do âmbito profissional. Ainda, através das análises realizadas, identificaram-se relatos de sofrimentos psíquicos diários advindos de fatores psicossociais decorrentes da organização do trabalho. Os testes psicológicos mostraram resultados não significativos para detecção de estresse, depressão e síndrome de *burnout*. Nas falas foram identificadas ideologias defensivas, o que dificulta que as percepções descritas nessa pesquisa adquiram formas de alavancar uma mudança social na organização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Agentes Comunitários de Saúde. Psicopatologia.

ABSTRACT

SOTERO, Andrea Luiza Escarabelo. **The work of the Community Health Agents: a psychological analysis of the health of the worker.** 2017. 139p. Dissertation (Master of Science) - Department of Orthodontics, Pediatric Dentistry and Public Health, Bauru School of Dentistry, University of São Paulo, Bauru, 2017.

With the objective of restructuring the basic care characterized by care assistance, centered on the disease and individualized medical care, the Program of Community Health Agents and the Family Health Strategy emerged in Brazil in 1987. Incorporating the principles of universality, equity and integrality of the Unified Health System, it develops health promotion, prevention and recovery activities together with the community. From this proposal emerges a new worker, the Community Health Agent, considered a key point in the integration between the health team and the families of the community. In this perspective, the Community Health Agent is the focus of this research whose objective is to identify, through the perceptions of these workers, the sufferings arising from the organization of their work and experienced daily. It is a qualitative study with the participation of 24 Community Health Agents, 100% women, selected by lot, members of the teams of the seven units of Family Health in the city of Bauru, state of São Paulo. The inclusion criteria were Community Health Agents over eighteen years old and the criterion of exclusion was to be in psychological accompaniment due to work. Participants were interviewed with a semistructured roadmap for the knowledge of the characteristics of the workers, the organization of work and the conception that they have about their work. The Inventory of Stress Symptoms in Adults, the Beck Depression Inventory and the Maslach Inventory Burnout were applied to 41.6% of the participants. For the analysis of the data collected in the interviews, the Discourse Analysis methodology was used. After a meticulous reading of the collected material, it was observed in the workers' discourses the perception of their daily practice involving a problem related to the bond, recognized as an important work technology to establish trust between the health services and the users. However, the means by which this technology is applied, added to the requirement of living in the same neighborhood as the users, distort the work of the Community Health Agents as an act, invade and mix with the experiences and feelings more particular of these workers. The bond formed with the

population produces emotional fragilities that influence the construction of identity and makes evident that this work goes beyond the professional scope. Also, through the analyzes carried out, reports of daily psychic suffering from psychosocial factors resulting from work organization were identified. The psychological tests showed non-significant results for detection of stress, depression and burnout syndrome. Defensive ideologies were identified in the speeches, which makes it difficult for the perceptions described in this research to acquire ways of leveraging a social change in the organization of the work of the Community Health Agent.

Key words: Occupational health. Community Health Agents. Psychopathology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades de Estratégia Saúde da Família da cidade de Bauru. Bauru-SP, 2016.....	53
Tabela 2 - Distribuição de participantes na pesquisa por unidade da ESF. Bauru-SP, 2016.....	54

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BDI	Inventário de Depressão de Beck
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
MBI	Maslach Burnout Inventory
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtornos Mentais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE O TRABALHO	25
2.2	A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	26
2.3	SOFRIMENTOS PSÍQUICOS E FATORES PSICOSSOCIAIS	28
2.4	TRANSTORNOS MENTAIS E SAÚDE DO TRABALHADOR	32
2.5	ESTRESSE OCUPACIONAL	33
2.6	DEPRESSÃO	34
2.7	SÍNDROME DE BURNOUT	35
2.8	TESTES PSICOLÓGICOS	36
2.9	O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	38
2.10	VÍNCULO E ACOLHIMENTO	42
2.11	PSICODINÂMICA DO TRABALHO	43
2.12	PESQUISA QUALITATIVA	44
3	PROPOSIÇÃO	47
3.1	OBJETIVO GERAL	49
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
3.2.1	Investigar a organização do trabalho do ACS	49
3.2.2	Identificar a percepção dos ACS sobre o seu trabalho	49
3.2.3	Identificar queixas de sofrimentos psíquicos	49
3.2.4	Analisar como o processo de trabalho afeta o ACS	49
4	MATERIAL E MÉTODOS	51
4.1	CARACTERÍSTICAS DO CENÁRIO DA PESQUISA	53
4.2	TIPO DE PESQUISA	53
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	54
4.4	ESTUDO PILOTO	55
4.5	COLETA DE DADOS	55
4.6	ENTREVISTA	56

4.7	TESTES PSICOLÓGICOS	56
4.8	ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	57
4.9	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	57
4.10	QUANTO AOS RESULTADOS	58
5	RESULTADOS	59
5.1	ARTIGO 01	61
5.2	ARTIGO 02	75
6	DISCUSSÃO	95
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES	121
	ANEXOS	127

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho tem sido um tema fascinante e amplamente estudado por profissionais das mais diversas áreas. É um mundo dinâmico e repleto de complexidades que instigam o interesse em compreender o seu funcionamento e, sobretudo, entender a relação com o seu principal agente de transformação, o trabalhador. Embora na antiguidade tenha sido considerado como instrumento de tortura e punição, atualmente é sabido, que o trabalho é um importante instrumento de transformação social e expressão da vida humana.

O trabalho é fonte de produção individual e social de riqueza, em compasso com a produção de subsistência de cada um, há um processo de criação de sentidos existenciais que contribui para a estruturação da identidade e subjetividade (TOLFO; PICININI, 2007).

Para Marx, o trabalho é uma dimensão inerente à vida humana, isto é, uma dimensão ontológica fundamental, pois, por meio dele, o homem cria, livre e conscientemente, a realidade, conforme suas vontades, bem como o permite dar um salto da mera existência orgânica à sociabilidade, diferentemente do trabalho animal onde as ações acontecem de forma instintiva, sem consciência e liberdade de transformação e criação (LUCKÁCS, 2012). É também pelo trabalho que a subjetividade se constitui e desenvolve-se constantemente, num processo de autocriação de si. O homem está em um constante processo de autoconstrução, tanto em sua dimensão subjetiva quanto intersubjetiva, é um ser em movimento e, essa recriação de si é possibilitada por sua atividade essencial, o trabalho (OLIVEIRA, 2010).

Pesquisas realizadas pelo grupo Meaning of Work International Research Team - MOW (1987) e por Morin (2001), sobre o sentido do trabalho, demonstraram que, a maioria das pessoas, mesmo que tivessem a oportunidade de viver confortavelmente o resto da vida, continuariam a trabalhar, pois o trabalho, além de ser uma fonte de sustento, é um meio de interação social, de se sentir como parte integrante de um grupo ou da sociedade.

Contudo, nas últimas décadas o mundo do trabalho sofreu importantes alterações que afetaram tanto a organização e as condições de trabalho, quanto às relações trabalhistas influenciando a saúde do trabalhador (Chiavegato e Navarro,

2012; Reis; Fernandes e Gomes, 2010), não o limitando somente ao trabalho de caráter útil, “aquele que produz o valor de uso das mercadorias e cria coisas úteis e necessárias” (D’Acri, 2003, p. 17) mas, enquanto “o conjunto de atividades corporais, intelectuais, que envolve a produção e a manipulação criativa, afetiva e comunicativas inerentes ao trabalhador”, atualmente valorizadas e impostas para de que o trabalhador se torne sujeito ativo do trabalho como condição indispensável à produção que prejudica a sua saúde (GRISCI, 2006).

Considerando que o trabalho é inerente ao homem e reforçando a concepção de que este deve ser realizado dando-lhe a possibilidade de expressão do seu poder criativo, da satisfação das suas necessidades e a busca do prazer no trabalho, podemos enfatizar que a impossibilidade dessa realização gera desprazer o que desencadeia o sofrimento deste homem (Freud, 1974), e conseqüentemente o adoecimento psíquico.

Por sofrimento psíquico:

“O prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza. Por outro lado, o sofrimento é caracterizado por sensações desagradáveis provenientes da não satisfação de necessidades. Estas são de origem inconsciente e estão relacionadas aos desejos mais profundos dos sujeitos, revelados muitas vezes ao consciente em forma de projetos e expectativas de vida”. (DEJOURS, 2015 p. 52).

As causas dos sofrimentos psíquicos são explicadas, principalmente, na organização do trabalho que exigem do homem trabalhador uma carga psíquica em dissonância com seu potencial de realização (DEJOURS, 1987). Essa ideia percorre os estudos sobre os sintomas psicossomáticos e doenças psíquicas sofridas que, com base na teoria de Dejours (2015), sobre as estratégias defensivas, este homem/trabalhador não tem a consciência desse sofrimento que afeta sua vivência saudável, por fim, refletida em suas relações sociais.

Conforme assinalam Dejours e Abdoucheli (1994), as estratégias defensivas são defesas que os trabalhadores utilizam para minimizar a percepção das pressões da organização do trabalho, que geram sofrimento.

Neste cenário, atua em especial, uma categoria de trabalhadores; o Agente Comunitário de Saúde (ACS). É um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a integração entre

os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade. Seu trabalho é fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce. É necessário que exista entre a comunidade e os profissionais de saúde relação de confiança, atenção e respeito. Essa relação é uma das principais características da reorganização do processo de trabalho por meio da Estratégia Saúde da Família e se dá na medida em que os usuários têm suas necessidades de saúde atendidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2009). “O trabalho do ACS tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Para que isso aconteça, ele tem que estar alerta. Tem que estar sempre “vigilante”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

No município de Bauru, São Paulo, esse programa teve seu início em junho de 2000, nas regiões dos bairros Jaraguá e Godoy, atendendo às famílias residentes (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

No ano de 1994, com a proposta de uma reorientação do modelo assistencial da atenção básica à saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), sedimentando a promoção da saúde como um dos principais pilares dessa estratégia, gerando novas práticas e garantindo a adesão dos trabalhos clínicos à promoção da saúde (BRASIL, 2005).

Na prática, percebe-se que a organização do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) está relacionada com a qualidade da relação vincular da equipe entre si e desta com as famílias, vale ressaltar que diante das necessidades, as pessoas da comunidade buscam em primeiro lugar o ACS, quer seja uma informação, uma reclamação ou a solução de um problema mais grave e dele esperam uma resposta, em uma relação de cobranças e exigências nem sempre tranquila. (MARTINES e CHAVES, 2007)

Com frequência, há uma desproporção entre o perfil real X perfil esperado, que desencadeia uma série de esforços do ACS para superar as incompetências identificadas, tanto pelo próprio ACS, como pela equipe de saúde da família e até pela comunidade atendida, após algum tempo de trabalho. (MARTINES e CHAVES, 2007). Ainda, segundo os autores (op. cit. 2007), esse descompasso entre o perfil real do ideal e as expectativas de várias naturezas que são

depositadas nos ACS e nem sempre correspondidas, podem ser as maiores causas dos sofrimentos cotidianos deste trabalhador.

Essa pesquisa concentra seus esforços na intenção de contribuir para o conhecimento desses sofrimentos dos Agentes Comunitários de Saúde colocando à luz dessa classe de profissionais, que trabalha para a qualidade de vida das famílias em suas comunidades, a possibilidade de entender alguns destes sofrimentos que afetam uma grande parte de trabalhadores do mundo, ampliando sua visão quanto às dificuldades enfrentadas no cotidiano laboral, no que diz respeito aos fatores psicossociais advindos da organização do seu trabalho e que podem gerar algumas das principais doenças psíquicas, na intenção de, após a identificação dessas doenças, sugerir uma estratégia de acompanhamento da saúde mental deste trabalhador contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE O TRABALHO

Karl Marx foi um dos principais teóricos do trabalho. O conceito filosófico de trabalho formulado por ele abarca, ontologicamente, o todo da existência do homem. O trabalho, por consequência, é o que permite ao homem construir seu mundo objetivo e a si mesmo enquanto indivíduo, buscando a satisfação de suas necessidades (MARX, 2004).

Para Marx, além da construção de simples meios de sobrevivência, o homem estabelece uma mediação entre si e a natureza, produzindo e reproduzindo sua existência material, vital e espiritual. O trabalho é inerente à vida humana, isto é, uma dimensão ontológica fundamental, pois, por meio dele, o homem cria, livre e conscientemente, a realidade, bem como o permite dar um salto da mera existência orgânica à sociabilidade (LUCKÁCS, 2012).

Isso quer dizer que o homem está em um constante processo de autoconstrução, tanto em sua dimensão subjetiva quanto intersubjetiva, possibilitada por sua atividade essencial, o trabalho (OLIVEIRA, 2010). É por meio dessa atividade, a qual Marx define como vital, que o homem objetiva o seu espírito no mundo e materializa em objetos suas inquietações, ideias e sentimentos, resultando daí os bens materiais necessários à existência, bem como toda a riqueza social, que é “o trabalho que se fixou num objeto, fez-se coisa (sachlich), é a objetivação (Vergegenständlichung) do trabalho” (MARX, 2004, p. 80). Desse modo, “quando se fala do trabalho, está-se tratando, imediatamente, do próprio homem. ” (MARX, 2004, p. 89). Ademais, ele modifica a realidade natural que o circunda e, ao modificá-la, cria uma nova realidade, da qual os demais homens usufruem, engendrando assim um feixe de relações sociais. É nessa relação com a natureza e os demais homens, mediada pelo trabalho, que o ser humano constrói sociedades, reconfigura a história e, simultaneamente, molda a sua essência (OLIVEIRA, 2010).

Em Freud (2002), O trabalho como instrumento da sublimação das pulsões é tanto o trabalho psíquico e intelectual (a arte, a ciência, etc.) restrito a poucos, como o exercício repetitivo do trabalho comum, não criativo, que se institui como fuga da realidade. Os atributos psíquicos do trabalho – necessidade, amor

social, agressividade, sujeição, pulsões – que, sublimados, forjam a relação do indivíduo com a sociedade, produzindo uma contradição. Quando escolhida livremente, a atividade profissional proporciona satisfação compensatória. O ser humano, quando sublima seus instintos, quando subtrai ao instinto sua satisfação, quando procura compensação nas atividades criativa e produtiva, está, na verdade, construindo uma válvula de escape às pulsões inibidas (FREUD, 2002).

O trabalho faz parte da construção da identidade de um indivíduo e também de seu desenvolvimento pessoal (MORIN; TONELI; PLIOPAS, 2003). Não é apenas um meio de ganhar dinheiro, mas um processo de criação. Dejours, Abdoucheli e Jayet, (1994) apontam que o prazer do trabalhador resulta da descarga da energia psíquica do trabalho. O trabalho tem poder estruturante em face tanto da saúde mental como da saúde física, logo, ao ser fonte de prazer, o trabalho é mediador da saúde (RANGEL; GODOY, 2009).

2.2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

No início do século XX, criado por Frederick Winslow Taylor, surge o movimento denominado Administração Científica com o objetivo de aumentar a eficiência da produção, tendo como um dos pressupostos principais, o combate ao desperdício. Para eliminar a vadiagem e as perdas decorrentes, Taylor aplicou o estudo dos tempos e movimentos, padronizando a atividade corporal do operário e o tempo exato para a execução das tarefas. Desenvolveu a superespecialização das atividades, segmentando o trabalho e tornando-o repetitivo (CHIAVENATO, 2010).

A aplicação direta destes princípios trouxe graves prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores, em consequência de prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado da produção, fadiga física e, sobretudo, a concepção mecanicista do homem (MENDES, 1995). Nessa abordagem, considerando o operário apenas como um complemento da máquina subtrai-se o que há de mais importante para o homem na sua relação com o trabalho, o poder criativo e a criação dos laços sociais.

"A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora." (DEJOURS, 2015, p.25)

Dejours, (2015) conceitua organização do trabalho como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (à medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade. Os aspectos relativos à divisão e conteúdo das tarefas, sistema hierárquico e relações sócio profissionais são estabelecidos a partir de padrões específicos do sistema de produção que, por sua vez, determina a estrutura organizacional na qual o trabalho é desenvolvido. Desta forma, cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos homogêneos ou contraditórios, facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador. (MENDES, 1995)

E assim, do choque entre um indivíduo dotado de uma história personalizada, e a organização do trabalho, portadora de uma injunção despersonalizante, emergem uma vivência e um sofrimento. Até indivíduos dotados de uma sólida estrutura psíquica podem ser vítimas de uma paralisia mental induzida pela organização do trabalho. (DEJOURS, 2015).

O sofrimento gerado pela organização do trabalho fabril devia ser entendido como uma forma aguda de desenraizamento que, está ligado ao impedimento de “participação real, ativa e natural numa coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro” (BOSI, 1996). Esta forma de compreender o sofrimento no trabalho leva em conta não apenas as exigências feitas à mente e ao corpo dos trabalhadores, mas principalmente a impossibilidade de participação no governo do trabalho e impossibilidade de participação criativa nas atividades realizadas, o impedimento de relação com o passado e com o futuro a partir das tarefas e do lugar social ocupado (SVARTMAN, 2011).

Com isso, pode comprometer o equilíbrio psicossomático deste trabalhador (BAUMANN; KASCHEL; KUHL, 2005; BREDE, 1972; ENGEL, 1967).

Quanto mais rígida for a organização do trabalho, menos ela facilitará estruturas favoráveis à economia psicossomática individual. A organização do trabalho é causa de uma fragilização somática, na medida em que ela pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental, como analisa Dejours (2015).

O aumento do número de registro de doenças relacionadas ao trabalho a cada ano instiga os pesquisadores a investigar a relação entre o surgimento de doenças (físicas, mentais ou psicossomáticas) e a organização do trabalho e as modificações nas relações sociais de produção, principalmente a partir da década de 1970 (VASCONCELOS; FARIAS, 2008).

2.3 SOFRIMENTOS PSÍQUICOS E FATORES PSICOSSOCIAIS

É fundamental que a saúde do trabalhador seja analisada de forma sistêmica a qual os riscos profissionais fazem parte (COSTA; SANTOS, 2013).

O acumular de conhecimentos científicos não tem impedido a persistência dos riscos no trabalho nem o agravamento dos constrangimentos organizacionais e no caso dos fatores psicossociais de risco, especialistas de psicopatologia do trabalho, desde o início dos anos 80, mostram as repercussões que as diferentes dimensões do uso da saúde na atividade de trabalho têm sobre a saúde mental dos trabalhadores, o que sobressai, os efeitos nocivos da falta de reconhecimento no trabalho, mas também os fortes constrangimentos no controle do tempo de produção (ARAÚJO; ROLO, 2011; GANEM, 2011).

No final da década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um fórum interdisciplinar em Estocolmo, com o objetivo de discutir a influência dos fatores psicossociais na saúde, formular medidas e propor políticas de saúde inclusivas baseadas nesses fatores. (WHO, 1976). Nos idos de 1980, a Organização Internacional do Trabalho e a OMS publicaram documento em que chamavam a atenção dos efeitos adversos dos fatores psicossociais relacionados ao trabalho (ILO, 1986). Segundo esse documento, ambas as organizações internacionais concordavam que... “o crescimento e progresso econômico não dependiam apenas da produção, mas também das condições de vida e trabalho, saúde e bem-estar dos trabalhadores e seus familiares”. O documento citava que não apenas os riscos físicos, químicos e biológicos tinham importância na saúde do trabalhador, mas vários fatores psicossociais presentes no trabalho.

Entre as muitas definições deste tipo de riscos, destacam-se alguns exemplos: a Organização Internacional do Trabalho, em 1986, descreve os fatores psicossociais no trabalho como sendo fatores suscetíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho e que consistem em interações do ambiente

de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, por um lado, e as capacidades, necessidades, cultura e condições de vida do trabalhador fora do trabalho, por outro.

A OMS caracterizou as doenças relacionadas ao trabalho como multifatoriais, o que implica em sua múltipla causalidade, incluindo fatores de ordem física, organizacional, psicossocial, individual e sociocultural, o que implica em ampliar o conceito de doenças ocupacionais para muito além de fatores fisiológicos. (BERNARD, 1997)

O Internacional Labour Office definiu estes fatores como a interação entre os aspectos do ambiente de trabalho (ou externos a ele) e características do indivíduo, que afetam o bem-estar e o desempenho, com ênfase nos efeitos psicológicos. Em termos práticos, os estudos denominam psicossocial toda variável de natureza não física, relacionada a efeitos sobre a saúde e/ou ao desempenho.

Kalimo (1988), assim como Fernandes (1999), ao discorrer sobre os fatores psicossociais e suas implicações na saúde do trabalhador, enfatizam a interação de aspectos do ambiente de trabalho e de variáveis de caráter individual e subjetivo, como as experiências passadas, os fatores genéticos e as condições de vida, que vão influenciar o modo como os indivíduos experimentam e interpretam suas vivências. Embora também considere as diferenças individuais como fatores que intervêm na relação trabalho-saúde, ressalta a importância de avaliar tais aspectos com enfoque no grupo, já que julga que, quando a influência de um fator psicossocial é intensa, é menor a importância da vulnerabilidade individual.

Os fatores psicossociais do trabalho englobam aspectos como sobrecarga (excesso de tarefas, pressão de tempo e repetitividade); subcarga (monotonia, baixa demanda, falta de criatividade); falta de controle sobre o trabalho (baixo poder de decisão sobre o que e como irá fazer); distanciamento entre grupos de mandos e de subordinados; isolamento social no ambiente de trabalho; conflitos de papéis, conflitos interpessoais e falta de apoio social (SOUZA, 2010).

A teoria do modelo demanda–controle, focada na organização psicossocial do trabalho, postula que o estresse psicológico e o consequente adoecimento físico ou mental resultam da interação entre duas características específicas do trabalho: demanda psicológica e controle. A demanda psicológica se refere às exigências psicológicas enfrentadas na realização da tarefa, envolvendo pressão de tempo, concentração e interdependência de tarefas. Por controle,

entende-se a possibilidade de o trabalhador usar as habilidades e de tomar decisões sobre o seu próprio trabalho. A principal predição do modelo é a de que a maioria dos efeitos adversos à saúde ocorre quando a demanda de trabalho é alta e o controle do trabalhador sobre o seu trabalho é baixo (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2013).

Ainda de acordo com Gollac e Bodier (2011), os fatores psicossociais de risco no trabalho, podem ser agrupados em seis dimensões: a intensidade do trabalho e o tempo de trabalho; as exigências emocionais; a falta/insuficiência de autonomia; a má qualidade das relações sociais no trabalho; os conflitos de valores e a insegurança na situação de trabalho/emprego.

O sofrimento, por seu turno, é desdobrado: o ponto de incidência proveniente das ações mecânicas, conteúdo ergonômico da tarefa, é o corpo e não o aparelho mental; esse último será afetado pela insatisfação propiciada pelo conteúdo significativo da tarefa a ser executada, transformando em sofrimento bem particular, cujo alvo, antes de tudo, é a subjetividade, ou seja, a mente (HELOANI; CAPITÃO, 2003).

O sofrimento mental é entendido em uma perspectiva dinâmica, onde tanto pode propiciar elementos que favoreçam à saúde quanto ao processo de adoecimento (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994). É necessário que este sofrimento seja relacionado com as situações concretas de trabalho, considerando as interações entre condições físicas, químicas e biológicas e a organização do trabalho.

Estudos mais abrangentes, relacionados à origem e as transformações do sofrimento mental decorrentes da organização do trabalho, apresentam as pressões decorrentes desta, como desestabilizadoras para a saúde mental dos trabalhadores. Conceitua-se a organização do trabalho pelo contraste com as condições de trabalho, alvo da maioria dos estudos desenvolvidos pelos pesquisadores. As condições de trabalho estão relacionadas às cargas físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho, que incidem sobre o corpo dos trabalhadores, ocasionando desgaste, envelhecimento precoce, perda de tempo de vida útil, morte prematura e perfil patológico (OLIVEIRA, 2001).

Para Freud (1974), a atividade do homem caminha em duas direções: busca de ausência de sofrimento e desprazer, e de experiência intensa de prazer. O prazer está relacionado à satisfação de necessidades representadas em alto grau

pelo sujeito, tornando-se desta forma, uma manifestação episódica, tendo em vista as contrariedades impostas pela civilização. A esse conceito, acrescenta-se a afirmação de Dejours (2015), de que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza.

Ainda em Freud, este considera que o sofrimento ameaça o sujeito em três direções: a do próprio corpo, do mundo externo e dos relacionamentos com os outros homens. Desta forma, a busca do prazer no trabalho e a fuga do desprazer constituem um desejo permanente para o trabalhador em face das exigências contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho, que muitas vezes, só oferece condições contrárias a este propósito, gerando desprazer, expresso numa vivência de sofrimento, com sintomas específicos, transformando o trabalho em necessidade de sobrevivência, no lugar de fonte sublimatória de prazer (MENDES, 1995).

Os constrangimentos decorrentes das atividades de trabalho e do ambiente físico e social podem ocasionar desgastes e custos para o indivíduo de ordem física, mental, emocional e afetiva (MORAES e MONTALVÃO, 2003). Segundo os autores (op. cit, 2003), a carga de trabalho pode ser definida como consequência dos constrangimentos impostos ao operador durante a realização da tarefa. Os constrangimentos e custos humanos do trabalho são explicados por Montmollin, (1986) a partir dos seguintes níveis:

- a) Nível das condições de trabalho – são as características físicas, sociais, culturais, cognitivas e psicológicas do trabalhador. Neste nível tratam-se ainda os fatores que atuam sobre o trabalhador durante o desempenho das atividades das tarefas.
- b) Nível da atividade da tarefa – são as ações desempenhadas pelo trabalhador durante a execução da tarefa: informações recebidas, decisões, manipulações acionais, comunicações, deslocamentos, movimentação de materiais, posturas assumidas. Neste nível os constrangimentos que se apresentarem para o trabalhador irão determinar seus efeitos sobre o desempenho das atividades da tarefa.
- c) Nível dos efeitos da atividade – é a carga de trabalho, as consequências para o trabalhador, os custos humanos para o trabalho. Refere-se ainda ao desempenho do trabalhador, ao rendimento do trabalho, a produtividade e a qualidade do trabalho.

Dejours (2015) afirma que executar uma tarefa sem envolvimento material ou afetivo exige esforço de vontade que em outras circunstâncias é suportado pelo jogo da motivação e do desejo. Quando o progresso e o avanço dessa relação são bloqueados por algum motivo ou circunstância, observa-se a incidência do sofrimento.

2.4 TRANSTORNOS MENTAIS E SAÚDE DO TRABALHADOR

As estimativas da OMS, ressaltam que os transtornos mentais menores acometem aproximadamente 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, entre 5 e 10%. No Brasil, dados do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS – referentes à concessão de benefícios previdenciários de auxílio-doença, por incapacidade para o trabalho superiores a 15 dias e de aposentadoria por invalidez ou incapacidade definitiva para o trabalho, demonstram que os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar entre as causas dessas ocorrências (Brasil, 2002; REIS; FERNANDES; GOMES, 2010)

Alterações do funcionamento mental, os Transtornos Mentais (TM) prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, social, pessoal, laboral, nos estudos, na compreensão dela mesma e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. São agrupamentos de sinais e sintomas associados a alterações de funcionamento sem origem conhecida, e resultam da soma de vários aspectos que perturbam o equilíbrio emocional (BÁRBARO *et al*, 2009).

No Brasil, os TM têm causado incapacidade grave e definitiva, inclusive, de executar atividades laborativas; as taxas de mortalidade são elevadas, com prejuízos nas funções sociais e físicas e existência de aposentadoria precoce (BÁRBARO, *et al* 2009). TM podem se tornar incapacitantes e causas importantes de dias de trabalho perdidos (LUDERMIR, 2002).

Um dos objetivos mais recentes da saúde mental não se restringe apenas à cura das doenças ou a sua prevenção, mas envidar esforços para a implementação de recursos que tenham como resultado melhores condições de saúde para a população (HELOANI; CAPITÃO, 2003).

Para Bleger (1984) não interessa apenas a ausência de doenças, mas o desenvolvimento integral das pessoas e da comunidade. A ênfase, então, na saúde

mental, desloca-se da doença à saúde e à observação de como os seres humanos vivem em seu cotidiano.

Nas ideias de Heloani e Capitão (2003), ao contrário do que muitos possam supor, a organização do trabalho não cria doenças mentais específicas. Os surtos psicóticos e a formação das neuroses dependem da estrutura da personalidade que a pessoa desenvolve desde o início da sua vida, chegando a certa configuração relativamente estável, após o período de ebulição da adolescência – quando as condições sociais são relativamente favoráveis –, antes mesmo da pessoa entrar no processo produtivo. No entanto, “o defeito crônico de uma vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas” (DEJOURS, 2015).

2.5 ESTRESSE OCUPACIONAL

Basicamente, o estresse ocupacional pode ser definido com ênfase nos fatores do trabalho que excedem a capacidade de enfrentamento do indivíduo (estressores organizacionais) ou nas respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais dos indivíduos aos estressores (JEX, 1998; JONES; KINMAN, 2001).

Para Beehr (1998), por exemplo, o estresse ocupacional deveria ser concebido como uma área de estudo e prática que se preocupa com diversas variáveis interligadas, tais como estímulos do ambiente de trabalho e respostas não saudáveis de pessoas expostas a eles. A tendência nos últimos anos, portanto, tem sido de considerar o estresse ocupacional como um processo concebido por estressores e respostas e como um conceito relacional, o qual enfoca a relação entre o ambiente de trabalho e o sujeito (PASCHOAL e TAMAYO, 2005). Segundo os autores (op. cit. 2005), O estresse não seria uma propriedade da pessoa ou do ambiente, mas poderia se desenvolver a partir da conjunção de um tipo particular de ambiente com um tipo determinado de pessoa. Pressão de tempo, sobrecarga de trabalho, falta de autonomia e conflitos com superiores certamente são estressores para um grande número de trabalhadores, mas não necessariamente para todos. Certos tipos de pessoas, como aquelas que têm tendência à depressão, por exemplo, teriam tendência a reagir mais vezes ou mais intensamente aos

estressores organizacionais, o que resultaria em problemas como absenteísmo, baixo desempenho e disfunções emocionais.

2.6 DEPRESSÃO

Segundo estudos na área da psicopatologia do trabalho, a depressão atinge todas as raças, idades e profissões, tanto os profissionais que trabalham direto com o contato humano como aqueles que têm atribuições rotineiras extremamente operacionais e mecânicas. A vinculação entre o trabalho e o adoecimento psíquico apresenta visibilidade crescente devido ao número elevado de casos de depressão e suicídio entre a população rural associado ao uso indiscriminado de agrotóxicos e o número crescente de transtornos mentais entre trabalhadores que vivenciaram processos de reestruturação produtiva nos seus locais de trabalho, conforme dados do Ministério da Saúde (2001). (TEIXEIRA, 2007).

A saber, tem-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta dados alarmantes sobre a depressão no mundo, liderando as doenças mentais dos trabalhadores, alertando que até 2020 será a doença mais incapacitante para o trabalho, perdendo apenas para as doenças cardíacas. Pelo que se colhe da literatura médica, a depressão é um distúrbio emocional que produz alterações no modo de ver o mundo e sentir a realidade. O sintoma da doença é, basicamente, o transtorno do humor. A falta de esperança e de vitalidade são sentimentos constantes na vida de uma pessoa deprimida. Seus sintomas podem ser a insegurança, o isolamento social e familiar, a apatia, a desmotivação, ou seja, a perda de interesse e prazer por coisas que antes gostava, com o agravante de que podem também ocorrer perda de memória, do apetite e da concentração, além de insônia (TEIXEIRA, 2007).

Atualmente, a depressão atinge índices significativos em estudos epidemiológicos realizados em diversos países. São, em grande parte, pessoas em fase economicamente ativa e que em razão da depressão, conforme estudos realizados nos EUA, apresentarão prejuízo no trabalho, inabilidade, absenteísmo e redução da produtividade no emprego (Druss, Rosenheck e Sledge, 2000; Kessler, Greenberg e Mickelson, 2001), e afastamento do trabalho. Trata-se, assim, de um fenômeno social que atinge diretamente o contexto organizacional e do trabalho, e

cujas aproximações (trabalho e depressão) ainda são pouco estudadas e conhecidas.

A depressão pode manifestar-se em diferentes momentos do ciclo de vida de uma pessoa. Pode ser entendida, no senso comum, como qualquer manifestação de tristeza e/ou estresse, ou pode se constituir em um problema de saúde pública, pelo grau de sofrimento e pelas altas taxas de suicídio (LAFER; ALMEIDA; FRÁGUAS; MIGUEL, 2000). Na perspectiva biomédica, é considerada doença, e como tal é classificada pela (OMS) de acordo com a Classificação Internacional dos transtornos mentais e do comportamento CID-10 (OMS, 2008) e pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002), segundo o Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-IV) como pertencente ao item transtorno do humor (INOCENTE; CAMARGO, 2004; CAVALHEIRO; TOLFO, 2011). Em estudos verificou-se que há lacunas importantes para o estudo dos processos saúde e trabalho, e estudar a depressão de trabalhadores pode contribuir para identificar características desse processo de adoecimento que levam ao afastamento do trabalho e ao comprometimento na busca de equilíbrio entre saúde e doença. (op. cit. 2011)

2.7 SÍNDROME DE BURNOUT

O termo burnout foi utilizado pela primeira vez em 1974, mencionado pelo psicólogo Herbert J. Freudenberger, que descreveu um quadro observado em jovens trabalhadores de uma clínica de dependentes de substâncias químicas na cidade de Nova York, Estados Unidos. (MOREIRA *et al*, 2009)

As primeiras pesquisas sobre Burnout são resultado de estudos sobre as emoções e formas de lidar com elas. Foram desenvolvidas com profissionais que, pela natureza de seu trabalho, necessitavam manter contato direto, frequente e emocional com sua clientela, como os trabalhadores da área da saúde, serviços sociais e educação. Verificava-se nessas profissões, grande estresse emocional e sintomas físicos (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

Christina Maslach, Ayala Pine e Gary Cherniss foram os estudiosos que popularizaram o conceito de Burnout e o legitimaram como uma importante questão social (FARBER, 1991). Nesta fase foi adotado o termo Síndrome de Burnout (SB). Sendo caracterizado nesse primeiro momento como uma resposta inadequada

frente ao estresse crônico acompanhada de tédio e aborrecimento (MASLACH, 1978). O interesse por Burnout cresceu devido a três fatores. O primeiro deles foram as modificações introduzidas no conceito de saúde e o destaque dado a melhoria da qualidade de vida pela OMS. O segundo foi o aumento da demanda e das exigências da população com relação aos serviços sociais, educativos e de saúde. E por último, a conscientização de pesquisadores, órgãos públicos e serviços clínicos com relação ao fenômeno, entendendo a necessidade de aprofundar os estudos e a prevenção da sua sintomatologia, pois a mesma se apresentava mais complexa e nociva do que se projetava nos estudos iniciais (PERLMAN; HARTMAN, 1982).

Os avanços nos estudos da SB têm ocorrido na medida em que as questões metodológicas têm sido qualificadas desde a sua fase pioneira. Maslach e Schaufeli, (1993) observam que os progressos ocorreram devido a três questões: na medida adotada, uma vez que o MBI (Maslach Burnout Inventory) tem sido o instrumento utilizado pela maioria dos pesquisadores; nos estudos transnacionais; e nas investigações sobre o processo de desenvolvimento da síndrome (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

2.8 TESTES PSICOLÓGICOS

Um teste psicológico é um instrumento de medida, um procedimento por meio do qual se busca medir um fenômeno psicológico Van Kolck (1974), estando nele resumidas amostras de comportamentos relacionados a uma variável psicológica. Nesse sentido, Anastasi e Urbina (2000) definem um teste psicológico como a medida padronizada e objetiva de uma amostra comportamental.

Os testes psicológicos têm fornecido contribuições tanto no campo teórico, em pesquisas básicas e aplicadas, como também no campo prático, onde são fundamentais na realização de diagnósticos, seleções e classificações, orientações e treinamentos (SOUZA, FILHO; GOUVEIA, 2006).

Instrumentos de avaliação como o Inventário de Depressão de Beck (BDI) que tem por objetivo medir a intensidade de sintomas de depressão tem alcançado um papel de destaque no meio clínico e de pesquisa, por conseguirem avaliar sentimentos subjetivos e de auto percepção, aspectos importantes para auxiliar no diagnóstico formal da depressão e que são mais difíceis de serem observados apenas pela avaliação clínica. Dentre os instrumentos de auto relato mais reconhecidos e mais

utilizados no mundo, encontra-se o (BDI), desenvolvido por Beck e seus colegas (BECK; WARD; MENDELSON; MOCK; ERBAUGH, 1961). Dadas as suas propriedades psicométricas satisfatórias se tornou um dos instrumentos mais comumente utilizados (décadas de 60, 70, 80 e parte de 90) e confiáveis para a avaliação da intensidade de sintomas depressivos (MCREYNOLDS, 1989; NEIMEYER; FEIXAS, 1992; VINCENT, 1987).

Ao longo das décadas, o BDI acompanhou o consenso clínico sobre os sintomas diagnósticos da depressão, definidos pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM (edições I, II, III e III-R). Em 1996, Beck, Steer e Brown, o instrumento passou por uma revisão considerável, o que resultou em uma segunda edição, com o objetivo de conseguir uma maior aderência aos critérios diagnósticos para episódios de depressão maior, segundo o DSM-IV. A segunda edição do BDI (Beck; Steer e Brown, 1996) também se destina a medir a intensidade da depressão, tanto em pacientes psiquiátricos como em sujeitos da população geral (PARANHOS; ARGIMON; WERLANG, 2010).

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos – ISSL padronizado por Lipp analisa e classifica os sintomas do stress em níveis físicos e psicológicos, permitindo a identificação da sintomatologia dominante e sua medida objetiva em jovens acima de 15 anos e adultos (LIPP, 2003).

As fases do estresse e suas respectivas sintomatologias podem ser descritas segundo Camelo e Angerami (2004):

1ª- FASE DE ALARME: O organismo tem uma excitação de agressão ou de fuga ao estressor, que pode ser entendida como um comportamento de adaptação. Nos dois casos, reconhece-se uma situação de reação saudável ao estresse, porquanto possibilita o retorno à situação de equilíbrio após a experiência estressante. Essa fase é caracterizada por alguns sintomas: taquicardia, tensão crônica, dor de cabeça, sensação de esgotamento, hipocloremia, pressão no peito, extremidades frias, dentre outros.

2ª- FASE DE RESISTÊNCIA: Havendo persistência da fase de alerta, o organismo altera seus parâmetros de normalidade e concentra a reação interna em um determinado órgão-alvo, desencadeando a Síndrome de Adaptação Local (SAL). Nessa fase, ocorre a manifestação de sintomas da esfera psicossocial, como ansiedade, medo, isolamento social, roer unhas, oscilação do apetite, impotência sexual e outros.

3ª- FASE DE EXAUSTÃO: O organismo encontrasse extenuado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia. Ocorre, então, a falência do órgão mobilizado na SAL, o que se manifesta sob a forma de doenças orgânicas.

O instrumento mais conhecido para estudar a síndrome de burnout é o Maslach Burnout Inventory (MBI), onde o burnout é concebido como uma síndrome com três diferentes, embora relacionados, aspectos. Maslach tem claramente uma visão multidimensional do burnout. Dos resultados dos estudos exploratórios, Maslach e Jackson (1996) desenvolveram essa escala de medida para o burnout, o MBI. Este instrumento foi usado para obter dados de diferentes amostras de trabalhadores e foram obtidos três fatores principais de análise:

- Exaustão emocional: refere-se ao sentimento de estar emocionalmente drenado pelo contato com outras pessoas;
- Despersonalização: refere-se à resposta insensível de tratamento às pessoas; segue a exaustão emocional e é evidenciada pela insensibilidade em relação aos clientes e colegas de trabalho.
- Reduzida realização pessoal: refere-se ao declinante sentimento de ser bem-sucedido no trabalho com pessoas.

2.9 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Para conhecer o nosso agente de estudo – os ACS, faz-se importante uma contextualização da inserção deste profissional, assim como uma breve descrição de suas principais funções.

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território. **(Brasil, 2012 p. 16)**

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991 e as atribuições definidas em 1997 pela Portaria Nº. 1886 (Brasil, 1997) que aprovou as normas e diretrizes do PACS/PSF. A regulamentação da profissão aconteceu em 2002, com a promulgação da Lei Nº 10.507 (Brasil, 2002).

O PACS foi efetivado no Município de Bauru, Estado de São Paulo, em junho de 2000, com 22 agentes atuando na região do Parque Jaraguá e Jardim Godoy, num total de 2.609 e 2.164 famílias atendidas, respectivamente, em cada bairro. A partir de julho de 2002, 26 agentes comunitários passaram a trabalhar nestes bairros. (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004). Atualmente, atuam na cidade de Bauru, 78 ACS nas regiões de abrangência dos bairros de Santa Edwiges, 09 de Julho, Vila São Paulo, Pousada da Esperança II, Jardim Godoy, Vila Dutra e Cidade Nova Bauru.

Orientada pelo princípio da acessibilidade, vínculo e continuidade do cuidado, na APS é importante que haja uma relação de confiança e durabilidade entre a equipe de saúde e seus usuários que ao longo do tempo se conhecem melhor, fortalecendo a relação de vínculo (BRASIL, 2009). É neste contexto que se insere o trabalho do agente comunitário da saúde ACS que faz parte da comunidade que atende, estabelecendo com ela, um envolvimento pessoal na escuta e orientação às questões que promovem e constroem a saúde em conjunto com essa população.

O seu trabalho é orientado para a plena participação em equipe, formada por outros profissionais da saúde e a população, que, considerando a condição humana, abriga conflitos e expectativas, ora positivas e em outros momentos frustrantes.

Além da orientação para a construção do trabalho em equipe, faz parte do seu trabalho as atividades específicas como; cadastramento das famílias no seu território de atuação, o mapeamento/desenho de toda a sua área de trabalho, a visita domiciliar, que é a atividade mais importante do seu processo de trabalho, as ações educativas em saúde e trabalhos articulados com outros setores que direta ou indiretamente proporcionam a promoção da saúde. (BRASIL, 2009)

Na descrição do cargo, Brasil (2010 p. 773-4)

TÍTULO

5151-05 Agente comunitário de saúde - Agente de saúde; Visitador de saúde; Visitador de saúde em domicílio.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA

Visitam domicílios periodicamente; assistem pacientes, dispensando-lhes cuidados simples de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais da

saúde; orientam a comunidade para promoção da saúde; rastreiam focos de doenças específicas; realizam partos; promovem educação sanitária e ambiental; participam de campanhas preventivas; incentivam atividades comunitárias; promovem comunicação entre unidade de saúde, autoridades e comunidade; realizam manutenção dos sistemas de abastecimento de água e executam tarefas administrativas.

FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA

O exercício profissional requer ensino fundamental, além de curso profissionalizante com duração de duzentas a quatrocentas horas/aula. O ensino fundamental também é desejável para o agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento, que, muitas vezes, dependendo da região ou da distância de centros urbanos, não possuem nenhuma escolaridade formal. Os profissionais da saúde indígena são preparados com cursos profissionalizantes com carga horária acima de quatrocentas horas/aula. A principal característica do agente comunitário de saúde, do visitador sanitário, do agente indígena de saúde e do agente indígena de saneamento é a capacidade de relações interpessoais, mobilizada no trabalho de orientação junto à comunidade, no que se refere à saúde e prevenção de doenças. A(s) ocupação(ões) elencada(s) nesta família ocupacional demanda formação profissional para efeitos do cálculo do número de aprendizes a serem contratados pelos estabelecimentos, nos termos do artigo 429 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, exceto os casos previstos no art. 10 do Decreto 5. 598/2005.

CONDIÇÕES GERAIS DE EXERCÍCIO

Em sua maioria, são empregados formais com carteira assinada, ou autônomos que atuam no ramo da saúde e serviço social. Trabalham em equipe, sob supervisão permanente em horários diurnos e em rodízio de turnos. Trabalham em local fechado ou a céu aberto, dependendo da necessidade. Frequentemente são expostos às variações de temperatura, materiais tóxicos, doenças contagiosas e risco de acidentes com materiais perfuro cortantes.

RECURSOS DE TRABALHO

Aparelho de pressão; Aparelho de Radiocomunicação; Balança; Kit de Ferramentas; Luva; Pinça; Prancheta, Caneta e mochila; Seringa e agulha; Termômetro; Tesoura.

Observam-se algumas das competências inseridas na organização do trabalho do ACS e que são exigidas para o desempenho do cargo: trabalhar em equipe, liderança, noção de espaço e lateralidade, relacionamento interpessoal, capacidade de comunicação assertiva e realimentação, capacidade de observação e tomada de decisões.

É importante lembrar, segundo Martines e Chaves (2007) que, embora haja a constituição de uma equipe de trabalho, os ACS são os primeiros a serem procurados pelos moradores do bairro em busca de orientação e solução para problemas eminentes. Ficam os ACS expostos às expectativas da população e reivindicações nem sempre satisfatoriamente realizadas. Com frequência há uma contraposição entre o perfil real do ACS e o perfil esperado, identificados vários fatores incapacitantes da atuação plena deste profissional que tenta superar estes fatores acreditando-se que seja uma das maiores causas do sofrimento psíquico. (op. cit. 2007)

Em pesquisa realizada sobre as estratégias defensivas e sofrimentos dos ACS, Lopes (2010), são identificadas várias situações geradoras de sofrimento no trabalho deste profissional. Destacam-se o envolvimento com as famílias e a impossibilidade de ações mais efetivas no setor da saúde, as falhas no sistema administrativo e estrutural dos órgãos de saúde que recaem sobre o ACS, a solicitação de realização de trabalhos que não estão capacitados para realizarem, o fato de morarem no mesmo local que os usuários, pois nem sempre as relações com todas as pessoas da comunidade são satisfatórias, sentem que o seu trabalho nem sempre é compreendido pois, as exigências internas e externas requisitam responsabilidades além das suas possibilidades.

Ávila (2007) destaca que o excesso de atribuições dos ACS, a falta de capacitação para o exercício de algumas delas e a exiguidade 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.

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 consequências que a falta de resolução das situações de saúde dos usuários provoca sofrimento no ACS.

Silva (2001) destacou que apesar dos agentes valorizarem seu trabalho, pensam que a população valoriza neles traços de solidariedade institucionalizada.

Duarte (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.

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 (LOPES, 2010).

2.10 VÍNCULO E ACOLHIMENTO

Seguindo os pressupostos do SUS, o princípio da integralidade, segundo Gomes e Pinheiro (2005) está presente no encontro e na conversa, na troca de saberes e é uma ação que coloca o usuário na condição de agente ativo e respeitado em suas necessidades. Essa integralidade também norteia a organização das práticas, horizontalmente, no interior das unidades de saúde superando a fragmentação das atividades.

Para Merhy (1997), integralidade é uma atuação democrática de saberes integrados, de sinceridade, responsabilidade e confiança, na qual o usuário é um ser real, produtor e responsável pelo desfecho de sua história própria (AYRES, 2001).

Alguns estudos apontam o acolhimento e o vínculo como estratégias que permitem operacionalizar os princípios do SUS. (TEIXEIRA, 2003; LOPEZ, *et al.*, 2002; FRANCO *et al.*, 1999; MERHY, 1997).

Sob esse aspecto, a equipe de saúde dispõe de tecnologias em saúde, as chamadas tecnologias leves, atos que permitem produzir relações entre trabalhador e usuário expressando a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações (MERHY, 2000).

Historicamente, a psicanálise ao estudar as relações de objeto, ou seja, a maneira como cada indivíduo se relaciona com o outro, criou um constructo chamado vínculo. O conceito de vínculo remonta à psiquiatria e à psicologia social. Pichón-Riviere (1998) desenvolveu uma psiquiatria orientada ao estudo das relações interpessoais que denominou psiquiatria do vínculo, construída com postulados da psicanálise. Para ele vínculo é:

[...] uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, que engloba tanto o sujeito quanto o objeto, tendo esta estrutura características consideradas normais e alterações interpretadas como patológicas. A todo momento o vínculo é estabelecido pela totalidade da pessoa, como uma Gestalt, em constante processo de evolução. (PICHÓN-RIVIERE, 1998, p.11)

Vínculo pressupõe interdependência, requer participação e responsabilização compartilhadas, manifestando-se o princípio da integralidade. Segundo Santos (2008) o vínculo permuta saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de

atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada indivíduo e de cada coletivo.

A autonomia que se pretende buscar é construída com o tempo necessário para o estabelecimento da confiança, respeito e empatia que vão se formando com o vínculo, deveria ocorrer na medida em que trabalhador de saúde e usuário conseguem formular suas próprias relações objetais. (MONTEIRO *et al.*, 2009)

2.11 PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Ao falar sobre sofrimento psíquico é importante a compreensão sobre a definição de saúde mental, pois quem sofre não está em estado saudável. Embora a OMS (1996), esclarece sobre saúde como um perfeito bem-estar físico, mental e social, Dejours (2015) conceitua saúde mental como a luta incessante do trabalhador na busca do equilíbrio emocional, provocando-lhe tanto o prazer como o sofrimento. Nessa ideia, pode-se afirmar que saúde é uma condição que varia de uma pessoa para outra, em conformidade com sua história de vida, sua realidade e o desejo do que cada um quer para o seu bem-estar. (RIBEIRO, 2011)

Para explicar o fato de que, mesmo em condições frustrantes de trabalho alguns trabalhadores parecem manter um bom equilíbrio emocional, recorre-se aos estudos de Dejours sobre a psicodinâmica do trabalho.

Na psicopatologia do trabalho a preocupação foi em estudar os componentes psicológicos do adoecimento do trabalhador a partir da situação de trabalho. Dejours (2004) observa a dificuldade de alcançar um equilíbrio entre as exigências da organização do trabalho e as necessidades físicas e psicológicas do trabalhador. Com isso, emerge um sofrimento que poderá tanto causar uma descompensação psicológica como ser reformulada pelo trabalhador que se dispõe de mecanismos de defesa para se proteger de uma realidade que lhe causará desconforto. Quando essa reformulação ocorre no nível do coletivo, são denominadas, ideologias defensivas. (DEJOURS, 2015) O foco dos estudos de Dejours passa a ser o modo como os trabalhadores evitam a doença e tentam preservar o seu equilíbrio psíquico. A partir desses estudos, DU, propõe a Psicodinâmica do Trabalho e o conceito sobre estratégias defensivas é central nessa nova proposta. São estratégias criadas pelos trabalhadores contra a

organização de trabalho, para amenizar o sofrimento, o medo e a angústia que o trabalho provoca. Dejours (2015) constata que o insucesso das estratégias defensivas poderá levar o trabalhador ao adoecimento tanto físico como psíquico, uma vez que são utilizadas como uma forma de proteção do que sentem como ameaça advindas de uma organização do trabalho desestabilizante. Em (Dejours; Abdoucheli e Jayet, 1994) afirmam que é neste sentido que o trabalho se torna perigoso para o aparelho psíquico, quando ele se opõe à liberdade de criação e engessa o trabalhador.

Indo mais além, Dejours (2015) afirma que a organização do trabalho acaba por explorar, não o sofrimento em si, mas os mecanismos de defesas utilizados contra estes sofrimentos pressionando o trabalhador a produzir cada vez mais.

Nessa condição, segundo Dejours (2000), o sofrimento e a injustiça social são banalizados ao serem colocadas em ação as estratégias, elas irão mascarar uma realidade que traz sofrimento e impedir que o trabalhador tenha consciência de suas causas não as enfrentando objetivamente e não transformando a sua condição social.

De acordo com os objetivos propostos para esse estudo foi feita a opção pela abordagem qualitativa.

2.12 PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa de caráter qualitativo, segundo Minayo (2014), aplica-se aos estudos que envolvem relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; representações, crenças e valores históricos e culturais; percepções; sentidos e significados; categorias que se originam das interpretações humanas e sociais, bem como das experiências e interações vividas. A pesquisa qualitativa aprecia em seu objeto de estudo as relações e estruturas sociais, a intencionalidade, os sentidos e significados, como resultado da construção humana e através dela há a possibilidade de investigar os fenômenos sociais, buscando regularidades, frequências e tendências, mas também relações, representações, pontos de vista, histórias e a lógica interna dos sujeitos (MINAYO, 2014).

[...] a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2014, p.48)

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (TURATO, 2005).

Bogdan e Biklen (1998), os pesquisadores qualitativistas procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são estes. Turato (2005), afirma que o pesquisador qualitativista não explica as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas e sim, pretende conhecer a fundo suas vivências, e que representações as pessoas têm dessas experiências de vida.

No que tange às características do método qualitativo, são pontuadas segundo Turato (2005):

1- O interesse do pesquisador é na busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam, dá forma à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim o grupo social é organizado com base nestas representações e simbolismos.

2- O ambiente natural do sujeito é inequivocamente o campo onde ocorrerá a observação sem o controle de variáveis.

3- O pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados.

4- O método tem maior força no rigor da validade (validity) dos dados coletados, já que a observação dos sujeitos, por ser acurada, e sua escuta em entrevista, por ser em profundidade, tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo.

5- Se a generalização não é a dos resultados (matematicamente) obtidos, pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito, ela se torna possível a partir dos pressupostos iniciais revistos, ou melhor, dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos.

Ainda de acordo com Minayo (2014), a realização de uma pesquisa qualitativa divide-se em três partes: a primeira é a fase exploratória, onde o pesquisador se prepara para entrar em campo, define o objeto de pesquisa, descreve os instrumentos de trabalho, define o espaço e quantidade da amostra e elabora um cronograma de ações; a segunda fase é o trabalho de campo, quando realiza o levantamento dos dados e a terceira etapa é a análise e tratamento do material empírico, quando ocorre a compreensão e interpretação dos dados levantados na segunda fase, articulando com embasamento da literatura, ou seja, os dados são ordenados e classificados e realiza-se a análise propriamente dita.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os sofrimentos psíquicos associados à organização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Investigar a organização do trabalho do ACS.

3.2.2 Identificar a percepção dos ACS sobre o seu trabalho.

3.2.3 Identificar queixas de sofrimentos psíquicos.

3.2.4 Analisar como o processo de trabalho afeta o ACS sob uma perspectiva psicológica.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DO CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Bauru, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, com população estimada para 2016 de 368.369 mil habitantes, ocupando uma área de 667.684 km² e com um Índice de Desenvolvimento Humano 0,825 (IBGE, 2016), nas áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Atualmente, o município conta com 07 Unidades de Estratégia Saúde da Família distribuídas conforme segue:

TABELA 1 – Unidades de Estratégia Saúde da Família da cidade de Bauru. Bauru-SP, 2016

UNIDADE	Nº EQUIPES ESF	Nº ACS POR EQUIPE	TOTAL DE ACS ESF
Santa Edwirges	03 equipes	06 ACS	18 ACS
09 de Julho	02 equipes	06 ACS	12 ACS
Vila Dutra	02 equipes	06 ACS	12 ACS
Vila São Paulo	02 equipes	06 ACS	12 ACS
Cidade Nova Bauru	01 equipe	06 ACS	06 ACS
Pousada da Esperança II	01 equipe	06 ACS	06 ACS
Jardim Godoy	02 equipes	06 ACS	12 ACS

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Bauru

4.2 TIPO DE PESQUISA

De acordo com os objetivos propostos para esse estudo foi feita a opção pela abordagem qualitativa.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Do trabalho de campo, participaram 24 ACS, 100% mulheres que, em média, têm 33 anos de idade, moram no bairro há 18 anos e são ACS há 5 anos. As ACS participantes da pesquisa estão distribuídas nas sete Unidades de Saúde da Família do município e a seleção das participantes foi por sorteio (33,3% em cada unidade de saúde) ocorrendo 02 recusas em participar. A distribuição das equipes pode ser observada na tabela a seguir:

TABELA 2 – Distribuição de participantes na pesquisa por unidade da ESF. Bauru-SP, 2016

UNIDADE	Nº EQUIPES ESF	Nº ACS POR EQUIPE	TOTAL DE ACS PARTICIPANTES
Santa Edwirges	03 equipes	02 ACS	06 ACS
09 de Julho	02 equipes	02 ACS	04 ACS
Vila Dutra	02 equipes	02 ACS	03 ACS
Vila São Paulo	02 equipes	02 ACS	04 ACS
Cidade Nova Bauru	01 equipe	02 ACS	02 ACS
Pousada da Esperança II	01 equipe	02 ACS	02 ACS
Jardim Godoy	02 equipes	02 ACS	03 ACS
TOTAL DE PESQUISADOS			24 ACS

Quanto à escolha da amostra e objetivos da pesquisa qualitativa, os números de participantes dificilmente são definidos a priori na medida em que o principal critério usado para determinar se as entrevistas realizadas são suficientes para a investigação de um determinado assunto é o da saturação da informação. Por saturação da informação entende-se o fenômeno que ocorre quando, após um certo número de entrevistas, o entrevistador começa a ouvir, de novos entrevistados, relatos muito semelhantes àqueles que já ouviu, havendo uma rarefação de informações novas (NICOLACI-DA-COSTA, 2007). Seidman (1998) cita que uma amostra ideal teria 25 participantes.

4.4 ESTUDO PILOTO

Com a finalidade de verificar a linguagem e metodologia do material aplicado, foi realizado um estudo piloto com dois Agentes Comunitários de Saúde, cujos dados não entraram no estudo principal.

Após esse estudo verificou-se que o material aplicado, ou seja, a linguagem utilizada na entrevista, assim como o sentido das perguntas e os testes psicológicos indicados, não apresentaram dificuldades de entendimento pelas ACS, ocorrendo dentro do tempo planejado. Com isso, não foram necessárias mudanças no material e na metodologia.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi operacionalizada em duas fases. A primeira foi através de entrevista semiestruturada (Apêndice A) com perguntas que nortearam a identificação de comportamentos e sintomas relacionados às possíveis dificuldades psicológicas apresentadas pelo entrevistado em decorrência do trabalho. As entrevistas foram realizadas individualmente, com duração média de cinquenta minutos, em local privativo estabelecido pela chefia da Unidade de Saúde da Família. As falas foram gravadas, mediante autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

A segunda fase ocorreu com a aplicação coletiva dos testes psicológicos e duração média de quinze minutos para cada teste perfazendo um total de quarenta e cinco minutos para que os participantes finalizassem os três testes.

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa que requer tempo e exige alguns cuidados, entre eles destacam-se: o planejamento da entrevista, que deve ter em vista o objetivo a ser alcançado; a escolha do entrevistado, que deve ser alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado; a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista que deverá ser marcada com antecedência para que o pesquisador se assegure de que será recebido; as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado o segredo de suas confidências e de sua identidade e, por fim, a preparação específica que consiste em organizar o roteiro ou formulário

com as questões importantes (LAKATOS, 1996). Segundo Minayo (2014), "o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas".

O roteiro da entrevista foi criado a partir de categorizações de assuntos relacionados aos objetivos específicos da presente pesquisa e com os cuidados em sua formulação, com bases no Método do Discurso Subjacente onde, para que o entrevistador possa conhecer o ponto de vista do entrevistado, as ideias devem gerar perguntas abertas que comportem qualquer tipo de resposta, perguntas de esclarecimento e/ ou aprofundamento também devem ser previstas (mas podem ser introduzidas a qualquer momento em que sejam consideradas necessárias). Para preservar a naturalidade de uma conversa informal (que nunca é composta somente de perguntas abertas), algumas ideias deverão gerar perguntas fechadas seguidas de perguntas de esclarecimento e/ ou aprofundamento. (NICOLACI-DA-COSTA, 2007)

4.6 ENTREVISTA – (Apêndice A)

A entrevista seguiu um roteiro semiestruturado de caráter individual, com a duração média de 50 minutos e composta por questões que nortearam a identificação de comportamentos e sintomas relacionados às dificuldades psicológicas apresentadas pelo ACS em relação com seu trabalho.

4.7 TESTES PSICOLÓGICOS

Aplicação do BDI-II – Inventário de Depressão de Beck (Beck *et al*, 2012) com parecer favorável pelo Conselho Federal de Psicologia, na plenária realizada em 22/11/2010.

Aplicação do ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (Lipp, 2005) com parecer favorável pelo Conselho Federal de Psicologia, na plenária realizada em 11/04/2013.

Aplicação do Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach e Jackson, 1986) com estudos de validação (GONZAGA ; BARBOSA, 2003).

No que diz respeito aos testes BDI-II e ISSL há impossibilidade de sua divulgação pois, conforme a Lei 4.119/62, que regulamenta a profissão de Psicólogo e dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia, é função privativa do Psicólogo “a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: diagnóstico psicológico; orientação e seleção profissional; orientação psicopedagógica; solução de problemas de ajustamento” (Art. 13)

O Código de Ética Profissional do Psicólogo, em seu Art. 18, reforça que os testes psicológicos são de uso exclusivo da nossa profissão e que cabe ao psicólogo não divulgar, ensinar, ceder, emprestar ou vender a leigos instrumentos e técnicas psicológicas que permitam ou facilitem o exercício ilegal da profissão.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

As gravações da entrevista receberam transcrição literal feita pela própria pesquisadora, respeitando a sintaxe e grafia expressas pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Para preservar o anonimato das entrevistadas, cada ACS foi identificada com uma letra e excertos de seus discursos são citados pela respectiva letra.

Para analisar os conteúdos das entrevistas dos ACS optou-se pela metodologia da Análise do Discurso (AD). (ORLANDI, 1994)

4.9 ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Anteriormente à realização da entrevista a pesquisadora apresentará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo2) a cada sujeito de pesquisa e mediante sua anuência, ambos assinaram o documento, obedecendo à Resolução 466 de 12/12/2012, ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, USP e Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP (Parecer nº 1.009.484)

(ANEXO A) e pela Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (e-doc. nº 80.395/2014) (ANEXO B).

4.10 QUANTO AOS RESULTADOS

Os achados principais da pesquisa são apresentados no formato de dois artigos científicos, no capítulo 5 desta dissertação, denominada “Resultados”. Os artigos são originais, redigidos em português, sendo que o Artigo 01 será submetido à revista “Cadernos de Saúde Pública”. O artigo 02 será, oportunamente submetido, após a avaliação da banca de defesa.

Esta dissertação foi elaborada de acordo com as “Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da Universidade de São Paulo”. (USP, 2016)

A Estrutura do artigo 01 foi redigida de acordo com as orientações da revista científica escolhida submissão do artigo, visando à sua publicação (ANEXO C).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

ARTIGO 01

O vínculo na construção da identidade: percepções dos Agentes Comunitários de Saúde

The bond in the construction of identity: perceptions of Community Health Agents

Andrea Luiza Escarabelo Sotero^a; Nilce Emy Tomita^a

^aDepartamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, USP – Universidade de São Paulo, Bauru - SP, Brasil

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 01

O vínculo na construção da identidade: percepções dos Agentes Comunitários de Saúde

The bond in the construction of identity: perceptions of Community Health Agents

Andrea Luiza Escarabelo Sotero^a; Nilce Emy Tomita^a

^aDepartamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, USP – Universidade de São Paulo, Bauru - SP, Brasil

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar a percepção que os Agentes Comunitários de Saúde têm sobre o vínculo como tecnologia de trabalho e a influência na construção de sua identidade, com bases teóricas na psicanálise e psicologia social. Participaram da pesquisa, 24 Agentes Comunitários de Saúde, 100% mulheres, selecionadas por sorteio, nas 7 Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte do centro-oeste paulista e o critério de exclusão foi estar em acompanhamento psicológico devido ao trabalho. Optou-se pela abordagem qualitativa, com entrevistas individuais apoiadas por um roteiro semiestruturado para conhecimento das características das trabalhadoras, a concepção que têm sobre o vínculo e sua influência na subjetividade que permeia sua vida pessoal. Utilizou-se a análise do discurso para a interpretação dos dados. Os resultados obtidos foram divididos em duas categorias, o vínculo como tecnologia de trabalho e a fragilização da identidade. As trabalhadoras reconhecem a importância do vínculo para a eficácia do seu trabalho, contudo, identificou-se queixas acerca da perda da privacidade, decorrente da exigência de morar no mesmo bairro onde trabalha, sendo a vida pessoal e familiar invadida pelos usuários, provocando uma fragilização na construção da identidade das Agentes Comunitários de Saúde.

PALAVRAS CHAVE: Saúde do trabalhador. Agente comunitário de saúde. Saúde mental.

ABSTRACT

This study aimed to identify the perception that the Community Health Agents have about the bond as work technology and the influence on the construction of their identity, with theoretical background in psychoanalysis and social psychology. Twenty four Community Health Agents, 100% women, selected by lot, participated in the survey, in the 7 Family Health Units of a large municipality in the center-west of São Paulo, and the criterion of

exclusion was to be in psychological follow-up due to work. Qualitative research was chosen, with individual interviews supported by a semi-structured script for knowledge of the characteristics of the workers, the conception they have about the bond and its influence on the subjectivity that permeates their personal life. Discourse analysis was used to interpret the data. The results obtained were divided into two categories, the link as work technology and the fragilization of identity. The workers recognize the importance of the link to the effectiveness of their work, however, there was the reported discomfort about the loss of privacy, due to the requirement to live in the same neighborhood where they work, personal and family life being invaded by users, causing a fragility in the construction of the identity of the Community Health Agents.

KEYWORDS: Occupational health. Community health agent. Mental health.

INTRODUÇÃO

A reorientação do modelo assistencial proposta pelo Ministério da Saúde apresentou ao cenário da atenção básica um novo ator, o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Foi uma estratégia que estruturalmente iniciou-se no estado do Ceará em 1987, implantado em 1992 na Bahia e em 1993 estendeu-se para a região centro-oeste^{1,2}. O Decreto Nº. 3.189/99 fixou as diretrizes para o exercício das atividades do ACS³ e a regulamentação da profissão ocorreu em 2002, com a promulgação da Lei Nº 10.507⁴.

Emergindo de sua comunidade, o ACS é caracterizado por ter o maior conhecimento empírico do território, compondo a equipe da Estratégia Saúde da Família⁵. Essas particularidades, em tese, permitem a este trabalhador agir como um facilitador de vínculos, e viabiliza o acesso da comunidade ao serviço de saúde e à comunicação entre ambos⁶.

A integralidade emerge como um dispositivo norteador das práticas no interior das unidades básicas de saúde⁷. Sua operacionalização concebe o indivíduo com suas vivências próprias, compartilhadas e nutridas pelo seu contexto social e não mais como um corpo biológico que adoece e aceita silenciosamente os cuidados impostos. Para isso, o acolhimento e o vínculo são considerados importantes dispositivos tecnológicos, que permitem produzir relações expressando a construção (ou não) de responsabilizações e que possibilitam operacionalizar os princípios do Sistema Único de Saúde^{8,9,10,11,12}.

Como ponto de partida, o acolhimento estabelecido na relação entre o trabalhador de saúde e os usuários, se concretiza no ato de escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população, e qualificando a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania¹⁰.

Superadas as dificuldades do acesso e realizado o acolhimento, há de se construir o vínculo. Este vínculo, uma tecnologia de trabalho, representa uma relação estabelecida entre trabalhadores de saúde e usuários, pressupõe interdependência e corresponsabilização, busca construir a autonomia por meio do estabelecimento da confiança, respeito e empatia, além disso, não se resume a conhecer alguém¹³ ou a uma escuta qualificada e sim, deve levar o serviço de saúde mais próximo da população e, sobretudo, dar resolução às necessidades do usuário¹⁴.

Por outro lado, o vínculo como um constructo criado pela psicanálise e um conceito que pertence à psicologia social, estuda as relações de objeto, ou seja, a maneira como cada indivíduo se relaciona com o outro¹⁵. O vínculo é sempre social onde se insere a personalidade de cada um, portanto, tem um significado particular para cada indivíduo e se estabelece numa relação dialética determinando as características do mundo interno das pessoas frente às realidades vivenciadas¹⁵.

O espaço do trabalho é o território privilegiado para trocas e emerge como mediador central da construção, desenvolvimento e complementação da identidade individual^{16,17}.

O processo identitário passa a ser tratado como metamorfose, em que o indivíduo não é alguém, mas é o que faz, autor e personagem que se constrói por meio da atividade social em um contexto histórico¹⁸. As interações são fundamentais na constituição das identidades, portanto, é na atividade social que ocorre a objetivação e a materialização do processo identitário¹⁹.

Nessa formação relacional que acontece, entre outros espaços, na visita domiciliar, o ACS é a “linha de frente”, pois os usuários do território o buscam e cobram dele uma resolução de seus problemas de saúde²⁰. Reflexões sobre o trabalho do ACS mostram sentimentos de onipotência e frustração que permeiam a subjetividade deste agente social, que mantém profunda relação de pertença com seu espaço²¹. A relação de igual e a proximidade que o ACS estabelece com a comunidade repercutem em seu trabalho ao criar vínculos, à medida que ocorre uma identificação com os problemas dos usuários²².

A construção da relação entre o trabalhador e o outro pode, por vezes, desencadear um sofrimento²³, pois a tarefa nunca é neutra em relação ao meio afetivo do trabalhador²⁴.

Aspectos relacionados ao sujeito e sua subjetividade têm sido abordados sob o ponto de vista da construção do processo produtivo na saúde¹, contudo, são escassos os estudos que abordam essa subjetividade sob a ótica da saúde mental do ACS, um trabalhador singular na composição das equipes de saúde da família.

O presente estudo parte do pressuposto que a percepção do ACS sobre o seu trabalho e o vínculo formado com a população produzem fragilidades emocionais que influenciam a construção de sua identidade.

MÉTODO

O estudo foi realizado em um município de grande porte, localizado na região centro oeste do estado de São Paulo, com população estimada em 2016 de 369.368, em uma área territorial de 667.684 Km²⁵. Nas áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família, cerca de 51.150 pessoas são assistidas por 11 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 7 Unidades de Saúde da Família²⁶.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa²⁷, dividida em três partes: a fase exploratória e preparatória para a pesquisa, a fase do trabalho de campo e a análise e tratamento dos dados coletados. A preparação do estudo envolveu pesquisa teórica sobre o vínculo como um dispositivo tecnológico que faz parte da organização do trabalho das ACS e inerente às relações sociais que se estabelecem numa movimentação dialética em que as personalidades se entrecruzam e o processo identitário se caracteriza pelos papéis assumidos a partir dessa formação relacional.

Para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro para entrevista semiestruturada, composto por vinte e cinco perguntas, construída com base em três categorias: característica do profissional; concepção que o profissional tem de sua atuação e organização do trabalho. Para verificar a coerência da linguagem e metodologia do material aplicado foi realizado um estudo piloto com duas ACS cujos dados não figuram no estudo principal.

Do trabalho de campo participaram 24 ACS, todas do sexo feminino, com idade média de 33 anos, trabalhadoras das Unidades de Saúde da Família e selecionadas por sorteio de 33,3% de trabalhadoras de cada Equipe de Saúde da Família. O critério de exclusão foi estar em acompanhamento psicológico devido ao trabalho e o de inclusão a idade acima de 18 anos. Houve duas recusas e, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram realizadas as entrevistas individuais, com duração média de 50 minutos, entre os anos de 2015 e 2016. O conteúdo das entrevistas foi gravado em aparelho de áudio digital e transcrito respeitando-se a grafia e sintaxe utilizadas pelas participantes. Para preservar o anonimato das ACS cada uma foi identificada com uma letra e excertos de seus discursos citados pela respectiva letra.

A leitura meticulosa do material coletado nas entrevistas permitiu que fossem identificadas duas ideias centrais: vínculo como tecnologia de trabalho; influências do vínculo na construção da identidade.

A interpretação foi realizada com a Análise do Discurso²⁸ com bases na psicanálise e na psicologia social.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, obedecendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (PARECER Nº 1.009.484) e pela Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (e-doc. Nº 80.395/2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vínculo como tecnologia de trabalho

O discurso da ACS mostra um entendimento de que o vínculo é um importante dispositivo tecnológico para a viabilização dos programas de saúde na ESF e resulta de uma construção. No entanto, o vínculo como um instrumento de trabalho, é algo interposto entre o indivíduo e seu objeto de trabalho que conduz sua ação²⁹ e acontece numa relação dialética permanente e interage com os aspectos internos do ACS, influenciando a sua personalidade e a do outro. Nesse sentido, deve haver uma preocupação sobre a consciência do papel assumido pelo trabalhador nesta relação, pois trabalhador e usuário devem ser sujeitos na construção identitária onde “os dois se falam” mediada pelo vínculo¹⁵. O desenvolvimento da autoconsciência possibilita a reflexão sobre os próprios atos e os determinantes sociais, produzindo a autonomia³⁰. Essa autoconsciência não fica evidente para a ACS que se percebe no papel de espectadora no processo onde somente o outro fala.

Eu vejo que a coisa mais importante na Estratégia Saúde da Família, é a construção do vínculo (...). Então essa construção do vínculo é muito importante, porque eles vão abrindo tudo, eles vão falando. (A)

Os ACS atuam como mediadores e, nessa condição, pode haver ambiguidades que resultam dos saberes populares advindos de sua convivência com a realidade da comunidade em confronto com sua orientação profissional a partir de referenciais do modelo assistencial biomédico tradicional⁵. O papel de mediação do ACS se faz na medida em que ele pondera o saber biomédico e o senso comum, facilitando o vínculo³¹. Por outro lado, a emancipação da identidade está atrelada à comunicação que garante a liberdade de procedimentos que dê condições objetivas para efetivação do processo e isso só ocorre no reconhecimento intersubjetivo. Há uma ação comunicativa que serve a um sistema em que é orientada a um

fim e não a um consenso, é unilateral³⁰. Essa condição é identificada na expressão “paciente” pela ACS.

(...) aí eu pensando na questão do vínculo: vou ter que passar aqui todo mês, vou ter que, né? Ser legal com essa paciente. (A)

Observa-se uma incompreensão do que seja vínculo como dispositivo da tecnologia leve e também de transformação dos sujeitos. A ACS apropria-se do cuidado à saúde do usuário e desconsidera a construção compartilhada e consensuada das autonomias. A ACS não percebe que o vínculo acontece naturalmente, não transformando nem as relações sociais do outro e nem a si mesmo, o que faz com que persista a alienação³².

A gente faz a prevenção e promoção da saúde, né? A gente tem o vínculo, né? O vínculo quem faz é nós. Então quando nós, os agentes comunitário fazemos o vínculo, ela consegue estar no vínculo junto com os outros profissionais. Prevenção da própria saúde que eles não cuida, eles não cuida. (H)

As ACS consideram a concepção do usuário sobre o vínculo uma construção distorcida, uma vez que este espera unicamente do ACS e da equipe de saúde uma resolução para todos os seus problemas. Em contrapartida, alguns estudos mostram a falha na tentativa de unir ações coletivas de prevenção e a efetiva participação da população, considerando como hipótese a distância entre usuários e os planejamentos e decisões da equipe³³. A maioria ainda se comporta como paciente, “à espera de uma dádiva”^{34,35}. Há de se considerar o tipo de inserção do grupo no interior da instituição e a operacionalização das tarefas nos níveis da vivência subjetiva que reproduz a ideologia capitalista e individualizante e as determinações concretas que reproduzem o cerne do sistema dominador-dominado³².

(...) que eles acham assim, que a gente tem que fazer tudo pra eles, então eles quer que a gente agenda consulta (...) que a gente levasse remédio (...) e quando a gente não fazia esse tipo de coisa, que eles achavam que era a nossa obrigação, eles falavam que o posto não servia pra nada, que o nosso serviço não serve pra nada. (C)

Quando não tão precisando eles não liga pra você mas, precisando eles corre atrás. (I)

Porque a gente trabalha com a prevenção, e as pessoas não, eles querem adoecer primeiro pra procurar, e... é isso!(U)

É importante ressaltar que o vínculo não acontece nos primeiros momentos da relação entre trabalhador de saúde e usuário. É indispensável que haja a elaboração do usuário sobre a importância do trabalho proposto, que sua confiança seja conquistada pela ACS. Toda nossa relação com o outro está fundamentada em um jogo de assumir e atribuir papéis¹⁵. Por ser pessoal, o vínculo só se estabelece dependendo do momento e do sujeito e tem para ele um

significado diferente em cada relação¹⁵, o que justifica o tempo necessário para a elaboração dos papéis de cada personagem e a abertura para um processo de conhecimento que nas relações, conforme Marx, possuem uma dimensão imediata e mediata³⁶.

(...) então, esse trabalho que a gente faz, a gente vai tendo mais assim... como se diz... pegando mais confiança do paciente.(B)

(...) porque é assim, praticamente a gente invade a privacidade deles (...) então a gente vai conquistando.(C)

A ACS percebe no usuário a necessidade de falar sobre seus problemas para alguém que o escute e em quem confie. Há casos que a escuta, no trabalho do ACS, é mais importante do que chegar ao domicílio disponibilizando informações que não são cabíveis àquela realidade ou são inúteis naquele momento, o que justifica a importância de o ACS utilizar o acolhimento e o vínculo em todas as atividades diárias de seu trabalho para levar até às famílias, além de ações educativo-preventivas, a escuta e o diálogo³⁷.

(...) um vínculo legal com aquele paciente, você vai descobrir que aquela dor de cabeça num é só fisiológica, (...) cê pode tomar outra atitude ali, em vez de usar só o remédio, cê pode usar, outras, outras estratégias pra resolver aquele problema, vai ser um paciente a menos dentro da unidade, entendeu? Vai ser um problema a menos pra equipe resolver se você teve um outro olhar.(A)

Outra percepção que a ACS tem é sobre expectativa do usuário quanto à resolução do seu problema. Muitas vezes os usuários não querem somente serem ouvidos, exigem um trabalho que não faz parte do saber e das atribuições da ACS. O vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, onde cada um constrói uma fantasia particular no seu mundo interno¹⁵. A representação dos papéis predica e nomeia o indivíduo na condição de ser socializado e se exprime na atividade social por meio dos vários personagens que dão vida aos projetos de existência de cada um¹⁹.

Se os papéis assumidos pelo indivíduo e os que lhes são atribuídos forem muito contraditórios e se não houver uma coerência interna em conformidade com o seu núcleo existencial, o que lhe dá sentido à vida, o sujeito não consegue se integrar a sua personalidade, o que pode desencadear uma frustração em não conseguir atingir as expectativas do outro¹⁵ como observa-se na fala da ACS.

Ah, cê vem na porta da minha casa, mas só pra isso? (...) então tem gente que não entende, então pra ela o meu serviço não valia (...) Só conversa... tem gente que num quer uma orientação, não, ela quer alguma coisa de concreto (...)(Z)

A ACS também se percebe singularizada num processo em que toda a equipe deveria estar comprometida, porém, o que se observa é uma atribuição de papéis sociais limitados, restringindo as interações ao nível do permitido, mantendo a ordem imposta³². Com isso, a ACS assume a identidade pressuposta impossibilitando a metamorfose-emancipação “autônoma”, tornando-se escrava de uma personagem¹⁸.

Porque, eu nem posso exigir, porque a equipe que tá aqui dentro, ela num tem o mesmo vínculo que eu construí com o paciente lá fora, (...) quem tá aqui dentro não é obrigado a tá todo mês na casa do paciente, entendeu? (A)

Influências do vínculo na construção da identidade

No vínculo não há relações impessoais e, no processo de acolhimento desenvolvido entre trabalhador de saúde e usuário, essas relações podem se confundir pela identificação projetiva. Na identificação projetiva se produz a associação com a história pessoal de um sujeito que reforça a situação emocional do momento¹⁵. Percebe-se que a ACS já está comprometida com essa relação, o que dificulta a diferenciação de papéis, onde ambos se misturam, considerada não normal e com alguma dificuldade para cada um reconhecer o que é propriamente seu.

Então eu tenho que falar de um jeito que eu não ofenda meu paciente, que eu não perco o vínculo, a amizade que eu tenho com ele... (D)

Constata-se uma participação direta da ACS no que tange à atuação na vida pública e privada das famílias, o que lhe confere um papel de provocador e detentor de histórias e sentimentos particulares. Por vezes, a ACS presencia situações constrangedoras e, diante da necessidade de estabelecimento de vínculo, acaba sendo um objeto de transferência das frustrações e descontentamentos do usuário em relação à própria equipe da qual a ACS faz parte. É importante considerar que a absorção da dor e do sofrimento do outro se intensifica através da intimidade que se estabelece no vínculo do profissional com o usuário²³.

E, às vezes, o paciente fala de um jeito na casa dele que ele num vai fala aqui (...). Lá ele escancara, ele fala um palavrão, ele xinga, daqui a pouco, ele se acalma. (A)

Assim, eu to dentro da casa das pessoas, né? Eu vejo o que elas passam, e muitas das vezes eles contam pra nós coisas que nem pro médico eles contam. (D)

Pelo fato da ACS viver a mesma realidade das famílias atendidas por ela, o vínculo acaba perfazendo não somente os caminhos do trabalho a ser realizado juntamente com a população e a equipe de saúde como, também, invadindo a vida pessoal da trabalhadora, tirando-lhe a privacidade e incorrendo numa mistura de vivências que não são suas. No vínculo sempre

haverá uma interação onde os papéis são atrelados à manifestação da personalidade de cada um num dado momento, o que poderá ser racional e consciente, mas haverá conteúdos irracionais, papéis assumidos inconscientemente e involuntariamente¹⁵. As ACS se percebem trabalhando o tempo todo, reafirmando a expectativa da população sobre este trabalhador que tem a sua liberdade e privacidade comprometida como resultado de um vínculo distorcido³⁸. Neste encontro, há uma nova formação relacional cheia de significados e sentimentos e, nesse modelo relacional as realidades se misturam, por vezes, o usuário acaba exercendo uma interferência sobre a vida privada do ACS⁵.

Não há uma autoidentificação intersubjetivamente reconhecida³⁹. Neste sentido, o indivíduo torna-se refém do próprio instrumento de trabalho, o vínculo.

(...) num sábado ou domingo que cê tá com uma roupa mais à vontade, tá vendo que cê num tá em horário de serviço, mesmo assim eles abordam, eles vão perguntando, questionando, querendo as coisas, sabe? Principalmente querendo, porque eles querem demais! (I)

(...) eu num gosto muito de andar no bairro, fora do meu horário de trabalho, então, quando eu saio da minha casa, pra ir na casa de uma amiga ali, eu vou de carro, porque ninguém vai me parar na rua, perguntando (...) (A)

Porque uma vez aconteceu isso, né? De uma moça ir na minha casa aos feriados. Feriado! (H)

(...) na hora de almoço eles acham que a gente tem que tá disposto, sabe? (L)

A obrigatoriedade de morar no mesmo bairro onde trabalha, uma exigência do cargo para o estabelecimento do vínculo, provoca interferências na formação da identidade desse trabalhador que se percebe contraditório e em permanente alerta para a necessidade de dar explicações sobre quem é, não se sentindo acolhido pelos seus próprios vizinhos como uma pessoa comum. O trabalho como elemento central na construção identitária permeia e influencia outros âmbitos da vida do sujeito⁴⁰. Por vezes, a identidade é uma construção permanente e desafiadora para encontrar o equilíbrio entre o que se é e o que os outros esperam que seja, compreende a auto percepção como membro do grupo, possibilitando a orientação para a ação devendo ser compatível com sua participação no grupo¹⁶.

(...) eu acho que muitas vezes a gente não é vista como uma pessoa mais normal, é vista como a mulher do posto (...). Então a gente, nossa! Muda de... né? De identidade! Morando no bairro a gente acaba mudando! (P)

(...) eles vão me vê fora do meu horário de trabalho eu sou vinte e quatro horas, o dia inteiro eu sou agente comunitário de saúde, o paciente não consegue fazer essa separação. (A)

Eu falei: Eu num ando de jaleco 24 horas, né? (...) e eu tava de short, bermuda, de blusinha.(S)

As relações familiares da ACS também sofrem interferência da invasão a sua privacidade, o que ameaça a sua dinâmica e territorialidade. Essa dificuldade também foi relatada na literatura, constatando que os ACS consideravam como um dos motivos de desgaste a cobrança de seus familiares sobre o atendimento aos usuários como se estivessem disponíveis à população, em tempo integral⁴¹. A dificuldade de aceitação por sua família aumenta a sobrecarga de papéis sociais⁴². O vínculo da relação familiar é a familiaridade, parte especializada do ego que é constantemente ativada pelas experiências das interações familiares e se expressa no vínculo estabelecido pelo grupo que pode tanto apoiar quanto atacar⁴³. “O valor do território é existencial: ele circunscreve, para cada um, o campo do familiar protegendo-o⁴⁴.

(...) às vezes até bate no meu portão, (...) então vai lá fazer alguns tipos de pergunta assim. É...meu marido não gosta muito.(U)

Algumas ACS, ainda que não se sintam confortáveis, consideram a abordagem do usuário fora do seu horário de trabalho como algo dentro da normalidade. Tradicionalmente, recorre-se às ideias de Dejours sobre a contaminação do tempo fora do horário de trabalho, em que se questiona a tentativa de dividir o tempo de trabalho e o tempo livre de um lado e a unidade da pessoa de outro. O homem por inteiro é condicionado ao comportamento produtivo pela organização do trabalho e, fora dele, conserva a mesma pele e a mesma cabeça, despersonalizando-o²⁴.

(...) às vezes num tem nada a ver, cê tá com pressa no mercado, querendo andar e a pessoa tá ali, atrapalhando você, mas normal! (S)

Ah! Sempre tem um ou outro que às vezes... (...) À noite que é o horário que a gente tá em casa, né? À noite! Ah! Já nem me incomodo, eu não me incomodo, não, já acostumei! (P)

O termo “formiguinha”, repetido com alguma frequência nos discursos das ACS, é alvo de considerações na literatura^{5,16,45}. Interpretações diversas representam tentativas de apreensão da complexidade de relações estabelecidas dentro da equipe de saúde e fora dos espaços da unidade de saúde. Expressões como “elo”, “linha de frente”, “mediador”, “laço” ou “nó”^{7,17,46} merecem consideração por refletirem a necessidade de rotular o trabalho de um personagem que tem no vínculo a sua principal ferramenta.

Embora o território seja o espaço de trabalho em que se efetivam as relações da ACS com os usuários, a necessidade de delimitação de um território existencial mostra-se essencial para a (re) construção de uma identidade que vem sendo mimetizada às demandas irreais que

ocupam o tempo, a vida familiar e social desta trabalhadora.

(...)porque é assim, o nosso trabalho é um trabalho de formiguinha, né? (...) então a gente vai conquistando. (C)

Algumas limitações do presente estudo decorrem das condições em que foram realizadas as entrevistas, no mesmo espaço de trabalho em que as ACS veem suas ideias, percepções e sentimentos cotidianamente “invadidos”, seja por usuários, membros da equipe de saúde ou da gestão da unidade de saúde da família. Discursos permeados por uma certa limitação da espontaneidade, por pausas e suspiros, mostram a percepção daquilo que esta trabalhadora concebe como vínculo, um vínculo que a fragiliza e produz fragmentos que vão compor a sua identidade.

COLABORADORES

AL Sotero trabalhou no delineamento da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. NE Tomita trabalhou no delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, bem como na revisão crítica do artigo.

REFERÊNCIAS

- 1- Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro 2009; 25(4):898-906.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.
- 3- Brasil. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite* – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 4- Brasil. Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 11 jul.
- 5- Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica* 2002;18(6):1639-1646.
- 6- Costa NCG, Spineli MAS. O ‘ser’ agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família. *Saúde debate* 2011; 35:353-62.
- 7- Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17): 287-301.
- 8- Texeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: *IMS-UERJ*; 2003. p.89-112.
- 9- López PP, Lima RC, Mathieu G. La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Rev Esp Salud Publica* 2002; 5:577- 84.
- 10- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 1999; 2(15):345-53.

-
- 11- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71.
 - 12- Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface (Botucatu)* 2000.
 - 13- Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2008;42(3):464-70.
 - 14- Trad LAB. Problematicando a interação entre profissionais de saúde e famílias no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 1999; 2:103-106.
 - 15- Rivière-Pichon E. *Teoria del vínculo*. Colección Psicología Contemporánea. Buenos Aires, 1980.
 - 16- Machado HV. A Identidade e o Contexto Organizacional: Perspectivas de Análise. *Rev. adm contemp* 2003;51-73.
 - 17- Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):123-35.
 - 18- Ciampa AC. Identidade. In: Lane STM & Codo W (Orgs.) *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
 - 19- Ciampa AC. A estória do Severino e a história da Severina. São Paulo: Brasiliense, 1987.
 - 20- Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família*. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3):426-33.
 - 21- Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica *Cien Saude Colet* 2008;13(1);51-60.
 - 22- Lunardelo SR. *O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto-São Paulo*. [dissertação]. Ribeirão Preto(SP): Universidade de São Paulo; 2004.
 - 23- Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: *Braz Econ Stud* 2000.
 - 24- Dejours C. *A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez; 1992.
 - 25- IBGE. *Estimativa de população para 1º de Julho de 2016*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm. Acessado em 17/02/2017.
 - 26- SORRI. *Estratégia Saúde da Família*. Disponível em: http://www.sorribauru.com.br/site/conteudo/205633-estrategia-saude-da-familia.html?menu_id=35. Acessado em 17/02/2017
 - 27- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.
 - 28- Orlandi EM. Discurso, imaginário social e conhecimento. *Em aberto* 1994; 14(61):53-59.
 - 29- Marx K, Engels F. *Obras escogidas*. URSS: Ed. Progreso Mόscu, 1978.
 - 30- Habermas J. Pensamentos pós-metafísico: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
 - 31- Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(6).
 - 32- Lane STM. O processo grupal. In: Lane STM & Codo W (Orgs.) *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
 - 33- Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Cien Saude Colet* 2005; 10(2).

-
- 34- Ronzani T M, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):23-34.
- 35- Araújo MFS, Bolama NA, Diz CC, Ferreira CNC, Lins HA, Maciel MCS, Nascimento ARS, Nogueira CGM, Torres MLS. O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa-PB*. *CAOS Revista Eletrônica de Ciências Sociais* - 2005; 9:1-15.
- 36- Konder L. *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- 37- Carli R, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(3):626-32.
- 38- Ribeiro SFR. *Sofrimento Psíquico e Privacidade do Agente Comunitário de Saúde*. [Tese]. Campinas-(SP). Universidade Estadual de Campinas; 2011.
- 39- Miranda SF. Identidade sob a perspectiva da psicologia social crítica: revisitando os caminhos da edificação de uma teoria. *Revista de Psicologia, Fortaleza*: 2014 v. 5 - n. 2, p. 124-137.
- 40- Seligmann-Silva E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cad Saude Publica* 1997; 13(Supl. 2):95-109.
- 41- Cheavegatti D. *Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da coordenadoria de saúde centro-oeste do município de São Paulo*. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2008.
- 42- Wai MFP, Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Rev enferm UERJ* 2009; 17:563-8.
- 43- Meyer L. *Família, dinâmica e terapia: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
- 44- Zourabichvili F. O Vocabulário de Deleuze. Digitalização e disponibilização da versão eletrônica: *Ifch-unicamp* 2004, [acessado em 2016 julho 22]:[cerca de 54 p.] Disponível em <http://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-vocabulario-francois>. Acessado em: 22 jul. 2016. [zourabichvili.pdf](#)
- 45- Imbrizi MJ, Aguiar FBT, Fajardo A, Hirata JHB, Kawagoe K, Miyaura AK. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho* 2012; 15(1):153-69.
- 46- Silva RVB; Stelet BP; Pinheiro R; Guizardi FL. Do elo ao laço: O agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In Pinheiro R; Mattos R A (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. HUCITEC: ABRASCO, 2004; 75-90.

ARTIGO 02

Fatores psicossociais no trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um olhar para o sofrimento

Psychosocial factors in the work of the Community Health Agent: a look at suffering

Andrea Luiza Escarabelo Sotero^a; Nilce Emy Tomita^a

^aDepartamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, USP – Universidade de São Paulo, Bauru - SP, Brasil

5.2 ARTIGO 02

Fatores psicossociais no trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um olhar para o sofrimento

Psychosocial factors in the work of the Community Health Agent: a look at suffering

Andrea Luiza Escarabelo Sotero^a; Nilce Emy Tomita^a

^aDepartamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, USP – Universidade de São Paulo, Bauru - SP, Brasil

RESUMO

Este estudo foi realizado com 24 Agentes Comunitários de Saúde, 100% mulheres, nas 7 unidades da Estratégia Saúde da Família, em um município de grande porte da região centro-oeste do Estado de São Paulo, com objetivo de identificar a percepção dessas trabalhadoras sobre as vivências de sofrimentos gerados pelos fatores psicossociais presentes na organização do seu trabalho. Optou-se pela abordagem qualitativa realizando entrevistas individuais com apoio de um roteiro para o conhecimento das características das trabalhadoras, a concepção que têm sobre seu trabalho e a organização do trabalho. Foram aplicados o Inventário de Sintomas de Stress em Adultos, o Inventário de Depressão de Beck e o Maslach Inventory Burnout junto a 41,6% das participantes. Na análise do discurso verificou-se relatos de sofrimentos psíquicos diários advindos de fatores psicossociais decorrentes da organização do trabalho das trabalhadoras. Os testes psicológicos mostraram resultados não significativos para detecção de estresse, depressão e síndrome de *burnout*. Nas falas foram identificadas ideologias defensivas o que dificulta que as percepções descritas nessa pesquisa adquiram formas de alavancar uma mudança social na organização do trabalho, ainda que este estudo dê voz a uma categoria profissional que sofre.

PALAVRAS CHAVE: Fatores psicossociais. Organização do trabalho. Saúde mental.

ABSTRACT

This study was carried out with 24 Community Health Agents, 100% women, in the 7 units of Family Health Strategy, in a large municipality of the central-western region of the State of São Paulo, in order to identify the perception of these workers about suffering generated by the psychosocial factors present in the organization of their work. Qualitative approach was adopted by conducting individual interviews with the support of a roadmap to the knowledge of the characteristics of the workers, the conception they have about their work and the organization of work. The Inventory of Stress Symptoms in Adults, the Beck Depression Inventory and the Maslach Inventory Burnout were applied in 41.6% of the participants. In the analysis of the discourse, there were reports about daily psychic sufferings arising from psychosocial factors showed at the organization of their work. The psychological tests showed non-significant results for detection of stress, depression and burnout syndrome. Defensive ideologies were identified on the worker's speeches, then, it difficult the perceptions described in this research to acquire ways of leveraging social change in work organization, even though this study gives voice for a professional category that suffers.

KEYWORDS: Psychosocial factors. Organization of work. Mental health.

INTRODUÇÃO

Em uma dimensão ontológica fundamental, o trabalho assume uma condição inerente à vida humana pois, possibilita ao homem criar, livre e conscientemente, a realidade, evoluindo da mera existência orgânica à sociabilidade¹.

Contudo, nas últimas décadas, o mundo do trabalho sofreu importantes alterações que afetaram a organização, as condições de trabalho e as relações trabalhistas as quais, influenciam significativamente a saúde do trabalhador^{2,3}, sobretudo, a organização do trabalho que pode exigir do trabalhador uma carga psíquica em dissonância com seu potencial de realização⁴. Nesse contexto, identificam-se os fatores psicossociais descritos pela Organização Internacional do Trabalho⁵ como sendo fatores suscetíveis de influenciar a saúde, o

rendimento e a satisfação no trabalho e que consistem em interações do ambiente de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, por um lado, e as características individuais e familiares, por outro. Esses fatores também percorrem a teoria da psicodinâmica do trabalho de Dejours⁴ que tem como suas vertentes principais as categorias da psicanálise e o conceito de sublimação^{4,6}. As ideologias defensivas, construídas no plano da coletividade, segundo as quais os trabalhadores não teriam a consciência do sofrimento que afeta sua vivência saudável, por fim, refletem em suas relações sociais⁴.

É importante ressaltar as contribuições de Le Guillant, segundo o qual “antes das pessoas é do trabalho que se deve cuidar”, em todos os sentidos da palavra, inscrevendo a psicopatologia do trabalho em uma psicopatologia social mais ampla⁷. Seus estudos abrem caminho aos estudos de Dejours sobre os mecanismos de defesa, ao escrever sobre a profissão das empregadas domésticas, onde “a submissão, relacionada à ofensa e humilhação, é encarada não como a aceitação da situação, mas como a forma invertida da impotência para agir”. Le Guillant identifica “a passividade da conduta como um ato psíquico defensivo”⁷.

Diante da concepção de que o trabalho deve viabilizar a possibilidade de expressão do poder criativo, da satisfação das necessidades e a busca do prazer no que faz, a impossibilidade dessa realização gerará um desprazer e, conseqüentemente, o sofrimento deste homem⁸.

Proposta pelo Ministério da Saúde, a reestruturação do atendimento à saúde com foco na pessoa agregou à atenção básica um novo trabalhador, o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esta estratégia estruturalmente iniciou-se no nordeste do Brasil e estendeu-se posteriormente para outros estados^{9,10}. Com isso, foram fixadas as diretrizes para o trabalho do ACS¹¹ e a regulamentação da profissão ocorreu em 2002¹². Destacam-se, entre as atribuições dos ACS, as visitas domiciliares em que devem desenvolver ações que busquem a integração entre a Equipe de Saúde da Família e população adscrita, promovendo o acolhimento e viabilizando o vínculo¹³.

Esta pesquisa concentrou seus esforços na identificação dos principais fatores psicossociais presentes na organização do trabalho do ACS e dos sofrimentos vivenciados em seu território de trabalho, colocando à luz dessa classe de profissionais, a possibilidade de entender os sofrimentos que afetam uma grande parte de trabalhadores do país.

MÉTODO

O estudo foi realizado em um município de grande porte, localizado na região centro oeste do estado de São Paulo, com população estimada em 2016 de 369.368, em uma área territorial de 667.684 Km¹⁴. Nas áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família, cerca de 51.150 pessoas são assistidas por 11 equipes de Saúde da Família¹⁵.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa¹⁶, dividida em três partes: a fase exploratória e preparatória para a pesquisa, a fase do trabalho de campo e a análise e tratamento dos dados coletados. A preparação do estudo envolveu pesquisa teórica sobre a organização do trabalho conceituado como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, ou seja, relações sócio-profissionais⁴. Destaca-se a definição de riscos psicossociais relacionados ao trabalho pela Organização Mundial da Saúde¹⁷, que abrange aspectos da concepção e gestão do trabalho e seus contextos sociais e organizacionais que têm o potencial de causar danos psicológicos ou físicos.

Para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro para entrevista semiestruturada, composto por vinte e cinco perguntas, construída com base em três categorias: característica do profissional; concepção que o profissional tem de sua atuação e organização do trabalho. Para verificar a coerência da linguagem e metodologia do material aplicado foi realizado um estudo piloto com duas ACS cujos dados não figuram no estudo principal.

No segundo encontro, foram aplicados os testes: BDI-II – Inventário de Depressão de Beck¹⁸, ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp¹⁹ e MBI - Maslach Burnout

Inventory²⁰ junto a 41,6% das ACS visando avaliar sintomas de estresse, depressão e síndrome de *burnout*.

Do trabalho de campo participaram 24 ACS, todas do sexo feminino, com idade média de 33 anos, trabalhadoras das sete Unidades de Saúde da Família e selecionadas por sorteio de 33,3% de trabalhadoras de cada Unidade. O critério de exclusão foi estar em acompanhamento psicológico devido ao trabalho e o de inclusão a idade acima de 18 anos. Houve duas recusas e, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram realizadas as entrevistas, individualmente, com duração média de 50 minutos, entre os anos de 2015 e 2016. O conteúdo das entrevistas foi gravado em aparelho de áudio digital e transcrito respeitando-se a grafia e sintaxe utilizadas pelas participantes. Para preservar o anonimato das ACS cada uma foi identificada com uma letra e excertos de seus discursos citados pela respectiva letra.

A leitura meticulosa do material coletado nas entrevistas permitiu que fossem identificadas as ideias centrais: Relações sócio profissionais; Sobrecarga (excesso de tarefas, pressão de tempo e repetitividade); Baixo controle sobre o trabalho; Falta de apoio social²¹; Exigências emocionais e conflitos de papéis; Medo e insegurança na situação de trabalho²²; Ideologias defensivas⁴. A interpretação foi realizada com a Análise do Discurso²² à luz da psicodinâmica do trabalho.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, obedecendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (PARECER Nº 1.009.484) e pela Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (e-doc. Nº 80.395/2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relações sócio profissionais

A percepção de desvalorização que as ACS têm em relação ao seu trabalho também se origina na organização do trabalho, mais especificamente nas relações sócio profissionais. O sentido do trabalho vincula-se ao estabelecimento de uma dinâmica de reconhecimento²³. Na teoria freudiana, sublimação é um processo onde as pulsões de satisfação sexual encontram uma saída substitutiva em uma atividade socialmente valorizada, podendo ser a realização do trabalho⁶. Uma das condições para que essa sublimação ocorra é a espera do trabalhador pela retribuição dada ao seu trabalho que não se resume somente ao salário, mas sobretudo, tomar a forma de um reconhecimento moral²⁴. A valorização da atividade do trabalhador pelos seus próprios colegas reveste-se de muita importância na medida em que não é mais a hierarquia que a faz.

E até esses dias atrás a gente escutou uma coisa que deixou todas chateada, aqui, foi falado que não veem razão pro PACS existir, nós escutamos isso, nós escutamos isso, aí a gente ficou assim... então a gente vê que a gente é tipo assim descartável, né? (Y)

Existem pessoas que são realmente... te tratam como se você fosse tipo, escrava! (R)

... eu não tenho poder pra fazer quase nada na vida delas, é uma orientação, mas, orientação às vezes entra por ouvido e sai pelo outro, né?... (V)

Constituindo parte da organização do trabalho das ACS, o local de trabalho não deve ser considerado apenas como um lugar onde os indivíduos têm a oportunidade de contribuir construtivamente, mas também como um local onde têm a oportunidade de estabelecer ligações interpessoais satisfatórias, cultivar um espírito de ajuda e trabalhar em comunidade para atingir um objetivo comum, em suma: um lugar onde o indivíduo pode habitar, o que remete ao sentimento de pertença²⁵.

O sentimento de pertença é análogo ao que Homero nomeou de Ethos, com o significado de morada, em que o homem habita numa disposição mental que lhe concede espaço para desenvolver a identidade e, em última instância, o construir tem como meta habitar²⁶. A

ansiedade relativa à degradação do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo resulta de uma desestruturação das relações psicoafetivas espontâneas com os colegas de trabalho e de seu envenenamento pela discriminação e suspeita⁴.

Eles acham que o nosso serviço é andar, bater palma na casa dos outros, jogar conversa pro ar...(C)

Os administrativos... têm um comentário meio maldoso, pra... tipo prejudicar, acho que só prejudica. (P)

...sempre a gente é deixado de lado,... eles fazem diferença,... tudo que fazem, fazem às vezes escondido, ou fazem assim fazendo cara feia, nem sempre a gente é chamado...(Y)

Apoio social

O sentimento de frustração e desvalorização das ACS também perpassa as falas que remetem às relações hierárquicas. A presença de apoio social tem sido associada aos níveis de saúde, pois elevado grau de apoio funciona como um agente de proteção frente aos riscos de doenças induzidas pelo estresse, inibindo o desenvolvimento de doenças²⁷. O apoio social diz respeito à interação que há do trabalhador com seus colegas e chefia no ambiente de trabalho. Situações em que a participação, colaboração e valorização do trabalho dos subordinados por parte dos supervisores são escassas resultam em aumento da exaustão emocional dos trabalhadores²⁶.

Tem muita coisa que eu não... cê vê que tá errado, eu mesmo, vixi... tem coisa aqui dentro que, pra um pode pro outro não, cê vê as coisa assim... (N)

...nós somos a maioria, mas lá embaixo, categoria lá de baixo...é muita gente querendo mandar... até a mulher da limpeza aqui, manda na gente...(P)

...Eles não vê o nosso lado; de ouvir a gente mesmo, vê o nosso lado, como agente comunitária.(V)

Eles em vez de vim e perguntar assim... não, eles anota aquilo lá e manda, pra mulher aqui...

Eles num qué saber de perguntar pra gente...(N)

...ela deu advertência pra nós,... nós fomos muito pressionada..., a pressão psicológica ... é uma coisa assim, humilhante, né? Uma coisa humilhante...eu fui chamada tipo, de chefe da gangue...(P)

Atividades repetitivas

Foram identificadas atividades repetitivas no cotidiano das ACS que remetem ao trabalho taylorizado, o que impossibilita a expressão do trabalho criativo, “amordaça a liberdade”, e despossui o trabalhador do seu aparelho mental provocando o isolamento entre seus pares, que permanecem estabelecidos individualmente, na solidão. Essa individualização objetiva uma diferenciação do sofrimento entre cada trabalhadora para que as defesas, personalizadas, não propiciem a construção das defesas coletivas⁴.

É papel assim, papel muito igual...é muito repetitivo, mas cê tem que pedir todos.(S)

...as mesmas informações que a gente passou tem que passar de novo, é, é muito...(T)

Pressão do tempo

Quanto ao conteúdo da tarefa, identifica-se no trabalho das ACS, uma demanda psicológica enfrentada na realização da tarefa que envolve a pressão do tempo, marcada por prazos exíguos e a ideia intrínseca da possibilidade de perda do emprego. Esses medos também são estressores, decorrentes de conflitos pessoais²⁸. A sobrecarga ou a baixa carga de trabalho, a falta de controle sobre as atividades laborais e os altos níveis de pressão são potenciais fatores que podem levar ao estresse²⁹.

Não, num to conseguindo..., tá difícil, a gente tem que ficar correndo,...tenho que cumprir minha meta, se não cumprir...! Vem advertência, três meses sem cumprir já manda embora, né? (M)

nem sempre a gente consegue bater essas metas,... se a gente não trabalhasse com meta a gente priorizaria coisas que eu acho mais importante, que é por exemplo: essa questão de dá atenção devida pro paciente.(A)

...e é tudo a meta, meta, meta... (F)

...então pra mim pegar as pessoas em casa tem que vim, vão falar, de domingo pra mim acha alguém em casa, ou no sábado a gente trabalha. (N)

...então, é uma coisa que tá gerando muito, é... estresse pra nós, porque além de... nós temos as visitas nós temos que preencher as fichas, né?...é muita coisa...(T)

Baixo controle de trabalho

A frustração relatada pelas ACS faz emergir um sofrimento pela impossibilidade de realização de seu trabalho. O afeto negativo vivenciado na frustração inclui emoções desagradáveis, tais como ansiedade, depressão, agitação, aborrecimentos e sintomas psicológicos considerados angustiantes³⁰. Situações que desapontam ou privam o indivíduo de algo podem ser definidas como situações geradoras de sofrimento³¹ e ocorrem pela frustração do indivíduo em estabelecer no seu trabalho a ressonância simbólica com a falta de um espaço de palavra (espaço público) para expressar suas questões internas³². A frustração acumula seus efeitos e, na impossibilidade de uma expressão direta, a única saída é de voltar a agressividade a si mesma. No caso das ACS, o sentimento de impotência e incompetência reforça a necessidade de autoafirmação contra a desvalorização profissional. O efeito crônico de uma vida mental sem saída, mantida pela organização do trabalho, favorece as desordens psiconeuróticas⁴.

Então assim, por eu ser devagar, eu acho, eu tiro essa conclusão, que eu não consigo bater as metas. (B)

...me senti extremamente frustrada, porque eu passei o problema e nada aconteceu, um problema muito grave, eu fiquei até, até em depressão, cheguei a ficar dias assim, sem conseguir dormir.(D)

Às vezes a gente fica, fica... como que fala? Às vezes a gente espera mais, né? Porque a gente se dá mais, a gente espera mais, mas, não acontece...e às vezes a gente traz um problema, alguma coisa e nem sempre é resolvido...(S)

Ah, mas não tem, num pode, num dá! num tem...e aquilo eu ficava meio desanimada, ficava triste até, falava: Poxa vida! Poxa, meu serviço num é nada daquilo que eu tava pensando, num consigo ajuda, num consigo fazer, então ficava um pouco de frustração...(Z)

Suporte para a realização do trabalho

As agressões relacionadas ao trabalho não se referem somente às doenças profissionais e acidentes de trabalho, devem ser identificadas aquelas situações que solicitam de maneira crítica o organismo, as capacidades cognitivas e personalidade dos trabalhadores. Determinadas agressões à saúde não se manifestam de modo perceptível³³. É importante considerar que condições físicas do ambiente de trabalho são co-variáveis e não consequências do nível de satisfação no trabalho. Em contrapartida, o ambiente físico exerce sobre o trabalhador certo constrangimento, exigindo-lhe gastos de natureza física e emocional³⁴.

As empresas exigem um profissional competente, polivalente e criativo, mas nem sempre fornecem um suporte organizacional promotor da saúde no trabalho. Diante dessa situação, é visível a distância entre o que a organização demanda (trabalho prescrito) e o que o trabalhador realiza (trabalho real). Nessa perspectiva, ele é obrigado a utilizar estratégias de mediação a fim de atender às demandas da empresa e manter sua empregabilidade e integridade física e psíquica. A mediação dessa discrepância entre a tarefa e a atividade implica um custo humano que abarca as dimensões física, psíquica e cognitiva³⁵. O ambiente

de trabalho e os equipamentos irão repercutir diretamente na qualidade da assistência prestada, levando à insatisfação do trabalhador, a qual, por sua vez, é causa de tensão e irritabilidade³⁶.

...então o período que a gente tá na mesa a gente consegue fazer alguma parte burocrática, alteração, essas coisa, período que tá fora da mesa não tem condições de ficar escrevendo no colo tudo que precisa. (P)

A gente tem uma escala, porque são muitos agentes, né? E é pouco computador, então os agentes tem as escalas dos períodos que a gente fica na unidade pra tá fazendo esses trabalhos burocráticos. (C)

...não tem espaço pra todo mundo sentar numa mesa, eu mesma sento lá no sofazinho...(F)

Mas, tipo assim, que muitos não chamam às vezes pra entrar pra dentro da casa cê fica no sol e eles pro lado de dentro da sombra e cê tem muita ficha pra preencher... (I)

Exigência psicológica e conflito de papéis

Para a análise do discurso das ACS, toma-se emprestado a teoria do modelo demanda–controle, focada na organização psicossocial do trabalho, que postula que o estresse psicológico e o consequente adoecimento físico ou mental resultam da interação entre duas características específicas do trabalho: demanda psicológica e controle. A principal predição do modelo é a de que a maioria dos efeitos adversos à saúde ocorre quando a demanda de trabalho é alta e o controle do trabalhador sobre o seu trabalho é baixo²⁸. Nas situações descritas pelas ACS, percebe-se que a atuação profissional exige um contato com os conteúdos das realidades psicológicas e sociais das famílias atendidas, caracterizando uma alta demanda de trabalho, à qual o trabalhador não está instrumentalizado para resolver.

Uma característica singular do trabalho das ACS consiste em viver no mesmo bairro em que trabalham e compartilhar a mesma realidade social com as famílias que atendem³⁷. O trabalho e as relações que dele se originam nunca são um espaço de neutralidade subjetiva e social e,

com isso, o sofrimento acontece, pois há falhas na intermediação entre as expectativas do trabalhador e a realidade imposta pela organização do trabalho³⁸. Destaca-se em alguns estudos a teoria de papéis onde a ambiguidade e falta de clareza dos papéis desempenhados podem representar potenciais fontes de sofrimento ao trabalhador^{29,39}.

...sentava com ela no sofá e escutava ela contar tudo que ele tinha feito naquele dia, naquele mês e chorava, chorava junto com ela, nós se abraçava e chorava... (V)

Aí tinha bastante coisa assim, triste na família...Então você imagina, você no lugar daquela pessoa, né? ...assim que me chocou...(C)

Então, eu peguei uma área bem... que até mexe muito com o psicológico da gente.(G)

...eu faço uma parte bem carente, né?...e a gente vê o sofrimento, não só também de uma enfermidade, o sofrimento das pessoas de muitas vezes num terem assim, um pão pra dá pro filho, então isso choca...Aí a gente acaba, né? Sendo a psicóloga, né? Até, até ajuda! Tenta, é isso que a gente faz, né?... (U)

Medos e inseguranças na relação de trabalho

O medo está presente em todas as atividades profissionais que apresentam ameaças à integridade física e emocional do trabalhador⁴. Para as ACS, esse medo é inerente ao seu trabalho, uma vez que ele emerge da necessidade de estar em contato com as situações de violência do bairro onde atuam, com pessoas e famílias que enfrentam problemas de violência doméstica e desequilíbrio emocional.

...não tenho segurança..., a gente tem medo muitas vezes... de pegar uma doença assim, porque a gente tá em todos lugares aqui nessa vila, né?(I)

Eu já senti medo... tem setor que eu faço que é meio assim, afastado, tem muito mato, então cê tem medo! (X)

...eu poderia muito bem ter corrido, mas eu cheguei assim eu olhei, eu olhei olho no olho e cheguei perto dela, tremendo de medo: Ela vai me bater! Que ela é barraqueira!(A)

Já. Já fui ameaçada por algumas famílias sim, já.(B)

O que tá aqui é aqui e eu num quero que saia daqui, se um dia sair daqui eu vou atrás de você!(L)

...tem certas ruas minhas... Que é ponto de tráfico,... quando eu vou fazer visita,... eles ficam meio que...desconfiados, ...antes de eu começar a fazer [o serviço], eu era uma cidadã comum, sem uniforme, passava na rua,... era uma pessoa normal! (E)

...tava ele e a esposa e naquele momento eles tinha tido um atrito... ele tinha guardado uma faca pra me matar junto com ela... (U)

Insegurança na relação trabalho e emprego

Há também, uma outra modalidade, a do medo da perda do emprego, frequentemente utilizado pelas chefias para obter maior produtividade no desempenho das funções da ACS. Esse sentimento produz ansiedade, contribuindo para o desgaste progressivo dos trabalhadores⁴⁰.

Regime CLT e, acho que a pessoa que pensa que tá segura, tá enganado! Independente, por mais... Tem gente que tá há dez [anos] e pode ser mandada embora e tem gente que tá seis meses e também pode.(O)

...eu sei que eu faço o meu trabalho, mas às vezes a gente escuta tantas coisas que a gente fala assim: será que...que...vão ficar comigo? será que vão me mandar embora? será que vão fechar? (Y)

Se eu to fazendo o meu trabalho, to atingindo a minha meta, to dando conta de realizar, então não tem porque se mandar embora, né? Mas, segura, segura, acho que ninguém se sente, não.(V)

Ideologias defensivas

Com a Psicodinâmica abdica-se de perseguir inapreensíveis doenças mentais do trabalho e centra-se no estudo da normalidade. A questão de partida é “como os trabalhadores

conseguem não ficar loucos, apesar das exigências do trabalho, que, pelo que sabemos são perigosas para a saúde mental?”²³.

Tem-se uma reviravolta epistemológica e a normalidade aparece então como um enigma, “um equilíbrio precário (equilíbrio psíquico) entre constrangimentos do trabalho desestabilizantes, ou patogênicos, e defesas psíquicas”⁴². Essa regulação requer estratégias especiais que são mecanismos de defesa construídos pelos próprios trabalhadores para enfrentar mentalmente a situação de trabalho. São essas estratégias, individuais ou coletivas, que evitam o desequilíbrio mental, e de maneira simbólica, criam no trabalhador a sensação de ser mais forte que a organização do trabalho.

Ao longo do processo, o sofrimento e a própria injustiça social são banalizados, à medida que as estratégias de defesa contra o sofrimento impedem que o trabalhador tome consciência das causas deste sofrimento e as enfrente objetivamente, pois a finalidade é amenizar o sofrimento, necessariamente negando a percepção de sua causa⁴³. O sofrimento e a injustiça decorrentes da exploração no trabalho acabam sendo aceitos pelo trabalhador e influenciam a sua própria condição social e existencial, uma vez que o sofrimento é vivenciado e internalizado como algo natural e como única realidade possível, impedindo as tentativas de transgressão dessa realidade⁴³.

...às vezes, tem um pouco de diferença entre o agente comunitário e o restante da equipe. Não desrespeito... (F)

Na minha área mesmo eu tenho, filho de paciente que vende drogas, né? ...você vê e não vê...(D)

Mas, eu faço a minha área da saúde, não a área da polícia. (G)

Nem Jesus agradou num é a gente que vai conseguir agradar,... Que ele me xingou muito, me xingou... (Q)

...o nosso trabalho, a gente tem que tá sempre bem com a pessoa..., porque se a gente,...é...discutir com eles aqui, no posto, a gente já não é mais bem vista na vila...(Y)

...às vezes a pessoa que sai e volta pra rua, usar droga de novo, entendeu? Então isso, com o tempo cê acostuma até com a situação... (G)

Então cê vai trabalhar somente a parte técnica...não funciona...tem que ter um pouquinho do ser humano, tem que ter um pouquinho da... cristã...(D) ???

Então, às vezes, se eu saio da minha casa com algum tipo de problema, eu vou, ouço a queixa do paciente, vejo que o meu problema, em vista daquele, não é nada.(T)

Já me xingaram, rsrsrsrs, mas, aí, normal... (F)

Até aquelas que me tratam mal, não tem problema...Agora eu já acostumei.(F)

Se eles vendem droga ou não, pra mim é indiferente...(D)

Os traficante também,... eles são assim, bem gente fina, eles conversa... Quer dizer, eles cuida da gente também. (J)

Testes psicológicos

As respostas aos testes, aplicados a 41,6% das ACS, mostraram escores não significativos para os três testes psicológicos. Verificou-se nos resultados do ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos, a ausência de sintomatologia acima do escore crítico para cada fase avaliada, ou seja, fase de alarme, resistência e exaustão segundo orientações para interpretação dos resultados. Quanto ao BDI – II – Inventário de Depressão de Beck, a intensidade foi considerada mínima, não configurando sintomas de depressão. Resultados abaixo do nível de significância foram encontrados para o teste MASLACH.

Uma limitação imposta pelo uso de protocolos clínicos, por meio da aplicação de testes psicológicos, é a irrestrita adoção dos escores postulados pelos seus autores, que mostraram insuficiência na detecção de sintomas de estresse, depressão ou mesmo esgotamento, indo na contramão dos discursos das ACS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma melhor compreensão acerca da percepção das ACS sobre a organização do trabalho permitiu elencar as atribuições de sua atuação e as condições presentes no trabalho e nas relações sociais construídas como importantes fatores psicossociais. O trabalho em equipe caracteriza o trabalho das ACS, o que exige que os membros participantes desenvolvam um sentimento de pertença, de ajuda mútua e reconhecimento em conjunto. Contudo, observa-se que o discurso das ACS expressa sentimentos de desvalorização e frustração. Este sentimento de desvalorização perpassa não somente a estrutura social como também as condições e o espaço físico de trabalho. Na realização das visitas às famílias, as trabalhadoras enfrentam intempéries como exposição ao sol escaldante ou caminhadas de longa distância sob chuva e enfrentam o medo da violência no território e no interior dos domicílios das famílias visitadas por elas. O trabalho de confecção de relatórios, considerado burocrático pelas ACS, produz ansiedade e sentimentos de insuficiência e insegurança na relação de trabalho. A persecução de metas mensais como forma de se manter no emprego coloca a questão do vínculo empregatício no cume das preocupações das ACS, constituindo um importante fator psicossocial com repercussões no sofrimento relatado por estas trabalhadoras.

Implicitamente, observaram-se exigências psicológicas do trabalho, solicitando de forma crítica um envolvimento emocional das ACS com os problemas dos indivíduos e suas famílias. O baixo controle sobre o trabalho fica evidenciado na frustração de não poder contar com as resoluções de casos com efetiva participação da Equipe de Saúde da Família, bem como na escassa preparação para abordagens com as diferentes demandas emocionais da população atendida, de forma que as ACS se empenham individualmente, desencadeando um conflito de papeis.

Contudo, na tentativa de amenizar essas vivências de sofrimentos, observou-se que as ideologias defensivas permeiam as ações identificadas nas falas das trabalhadoras, de que já

estão acostumadas com o desrespeito, apegam-se à religião e aceitam as situações de violência e constrangimentos como “normais”. O desenvolvimento de atitudes de conformismo soma-se às ideologias defensivas, dificultando que as percepções descritas no presente estudo adquiram forma de alavancas para uma mudança social na organização do trabalho. No entanto, este estudo dá voz a uma categoria profissional que sofre.

COLABORADORES

AL Sotero trabalhou no delineamento da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. NE Tomita trabalhou no delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, bem como na revisão crítica do artigo.

REFERÊNCIAS

- 1- Lukács G. Ontologia dell'essere sociale. Prolegomeni all'ontologia dell'essere sociale. Volume I, editora Pgreco, 2012.
- 2- Chiavegato LGJ, Navarro VL. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. *Revista Pegada* 2012; v.13, n. 2.
- 3- Reis ALPP, Fernandes SRP, Gomes AF. Estresse e Fatores Psicossociais. *Psicologia, Ciência e Profissão* 2010; 30(4), 712-725.
- 4- Dejours, C. *A loucura do trabalho*. Estudo de Psicopatologia do trabalho. São Paulo. Cortez. 6ª edição, 2015.
- 5- International Labour Organisation. *Psychosocial factors at work: recognition and control*. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session, Geneva 1984;18-24 September, 1984. Geneva; 1986. (Occupational Safety and Health Series, 56). Disponível em: http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl.pdf
- 6- Merlo, ARC. *Psicodinâmica do trabalho*. Saúde Mental & trabalho: leituras. Organizadores: Maria da Graça Jaques; Wanderley Codo. Editora Vozes. Petrópolis, 2002.
- 7- Lima MEA, *Escritos de Le Guilliant*: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Prefácio Yves Clot; Posfácio Wanderley Codo. Tradução de Guilherme Teixeira. Petrópolis, RJ; Vozes, 2006.
- 8- Freud, S. *Obras Completas*. Rio de Janeiro, edição 1, editora Imago, 2011.
- 9- Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro 2009; 25(4):898-906.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília, 2002.
- 12- Brasil. Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 11 jul.

-
- 13- Brasil. Ministério da saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.
- 14-IBGE. *Estimativa de população para 1º de Julho de 2016*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm. Acessado em 17/02/2017.
- 15- SORRI. *Estratégia Saúde da Família*. Disponível em:http://www.sorribauru.com.br/site/conteudo/205633-estrategia-saude-da-familia.html?menu_id=35. Acessado em 17/02/2017
- 16- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- 17- World Health Organization. PRIMA-EF: *Guidance on the European framework for psychosocial risk management: a resource for employers and worker representatives*. Geneva; 2008; (Protecting workers' Health Series, 9).
- 18- Beck TA; Steer AR; Brown GK. *BDI-II – Inventário de Depressão de Beck*. Casa do Psicólogo, 1ª Edição, 2012.
- 19- Lipp MEN. *Inventário de Stress para adultos*. Casa do Psicólogo, 3ª edição, 2005.
- 20- Gonzaga LA; Barbosa A G. *Características do Maslach Burnout Inventory-MBI quando submetido à análise fatorial*. 2003. Disponível em:<<http://www.discursividade.cepad.net.br/>>Acesso em: 15 jan 2015.
- 21- Sauter SL, Hurrell JJJ, Murphy LR, Levi L. "Factores Psicosociales." *MAGER Jeanne. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo 2012; 34:2.
- 22- Gollac M, Bodier M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser* (Relatório do Collège d'Expertise sur le Suivi des Risques Psychosociaux au Travail), 2011.
- 23- Dejours C. *Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Fundap; EAESP/ FGV, 1999.
- 24- Souffrance et plaisir au travail: Approche par la psychopathologie du travail. In: Dejours, C. (org.). *Plaisir et souffrance dans le travail*. Séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail, Paris: Ed. de l'AOCIP, Tome I 1987; 15-24.
- 25- Albino T. *Sentimento de Pertença nas organizações: Contornos teóricos*. Seminário de Comunicação, Mídias e Estudos Organizacionais, 2011. Disponível em: www.docslide.com.br. Acesso em 23 fev 2017.
- 26- Tamayo MR, Troccoli BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia* 2002; 7(1), 37-46.
- 27- Marques AKMC, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RB. Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(Supl. 1), 945-955.
- 28- Karasek, R. El modelo de demandas-control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estres y desarrollo de comportamientos activos in factores psicosociales y de organización. In *Enciclopédia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, 2002. Recuperado em 10 abril, 2009, de <http://mtas.es/insht/EncOIT/index.htm>
- 29- Cox T, Rial-Gonzáles E. Work-related stress: the european picture. *Magazine* (European Agency for Safety and Health at Work) 2002;(5):4-6.

-
- 30- Albuquerque AS. "Bem-estar subjetivo e sua relação com personalidade, coping, suporte social, satisfação conjugal e satisfação no trabalho." *Unpublished doctoral thesis*. Universidade de Brasília, Brasília, Brazil, 2004.
- 31- Rosenzweig S. Aggressive behavior and Rosenzweig Picture-Frustration (P-F) study. *Journal of Clinical Psychology* 1976; 32(4), 885-891.
- 32- Dejours C. Uma nova visão do sofrimento humano no trabalho. In: J. F. Chanlat (Org.). *O indivíduo na Organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas. 1996; 151-75.
- 33- Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.
- 34- Henne D, Locke EA. Job dissatisfaction: what are the consequences? *International Journal of Psychology* 1985; 20, 221-240.
- 35- Barros PCR, Mendes AMB. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. *Psico-USF* 2003; v. 8, n. 1, p. 63-70, Jan./Jun.
- 36- Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Cienc Cuid Saude* 2008; Abr/Jun; 7(2):232-240.
- 37- Bachili RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica. *Cienc Saude Coletiva* 2008;13(1):51-60.
- 39- França ACL, Rodrigues AL. *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas; 1999.
- 40- Cunha EG, Mazzilli CP. A gestão do medo: o mal como instrumento de gestão na ótica da psicodinâmica do trabalho. *Revista da ABET* 2005; V. V, NQ2, jul/dez; 69:96.
- 41- Dejours C. Travail: usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris: Bayard, Réédition 1993; 152:153.
- 42- Dejours C. *Banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: 7ª edição; Ed. FGV, 2011.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Conhecer o mundo do trabalho e toda a sua complexidade histórica, cultural e social, que se articula num amplo território com diferentes estratégias e vivências próprias, exige uma racionalidade científica e ao mesmo tempo uma lente aguçada de sensibilidade atenta às percepções de uma realidade nem sempre visível aos olhos. Neste mundo, estruturas e tecnologias dividem espaço com o ser humano, pessoas repletas de histórias próprias em busca de realizações. Faz-se aqui, a necessidade da ideia de Freud em que afirma que nenhuma outra atividade fornece à pessoa um espaço seguro na realidade da convivência social como o trabalho. O trabalho como condição inerente à vida humana busca a subsistência, mas também concede um espaço possibilitando ao homem a expressão livre e criativa de si em que objetiva a sua existência na materialização de seus sentimentos, desejos e transforma a realidade que é compartilhada em suas relações sociais. Por ser um mundo dinâmico e sincrônico, está em permanente transformação, sofre influências de múltiplos fatores, culturais, políticos, econômicos, tecnológicos. Nesta dinâmica surge uma organização do trabalho que emoldura o homem um processo de produção que nem sempre possibilitará a sua participação real, ativa e criativa de transformação da realidade e é neste desequilíbrio entre uma história personalizada do homem e uma organização de trabalho que o desconsidera é que se concentram as ideias centrais desta pesquisa e focaliza um trabalhador participante deste mundo, o Agente Comunitário de Saúde.

A organização do trabalho do ACS se dá por atribuições que lhe foram conferidas pelo Ministério da Saúde a partir da criação das equipes de Estratégia Saúde da Família, das quais este trabalhador é parte orgânica. Destaca-se dentre essas atribuições, a obrigatoriedade de morar no mesmo bairro em que atua, presume-se que, por participar da mesma realidade social com uma convivência mais próxima de sua comunidade, o ACS conhece mais apuradamente os problemas estruturais do local e as necessidades das pessoas, essa condição lhe fornece maior confiabilidade o que facilita o seu acesso às famílias e a produção do vínculo, considerado uma tecnologia de trabalho indispensável para o Agente Comunitário de Saúde com o objetivo de atar a relação da comunidade com a equipe de saúde e firmar o compromisso de corresponsabilidade nos cuidados com

a saúde. Nessa mesma linha, destaca-se a importância do trabalho em equipe e do apoio social entre os trabalhadores membros da equipe de saúde formada por médicos, enfermeiras, dentistas, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, em que todos devem reconhecer e se reconhecerem como pertencentes da mesma realidade de trabalho, atuando em sinergia num processo de ajuda mútua. Essa coesão ao ser expressa e percebida pela comunidade, sinaliza confiança, efetiva o vínculo e garante o sucesso na continuidade dos atendimentos e participação nos programas educativos.

Esta pesquisa oportunizou uma proximidade maior com este trabalhador permitindo a revelação de uma realidade que somente pode ser vista numa ótica mais apurada e escuta mais atenta às percepções do ACS sobre o seu trabalho. As ACS entrevistadas, participam de uma organização de trabalho nem sempre estabilizante e como todos os trabalhadores, estão em constante relação de conflito entre uma possível realização e reais frustrações que corrompem a estabilidade emocional e gera um sofrimento em vezes, cortinado por defesas inconscientes lutando constantemente para manter o equilíbrio mental.

Vários estudos contemplam os fatores físicos que podem trazer consequências à saúde tanto física como emocional do trabalhador, que não constituem o foco do presente estudo, mas vale observar que, a prática desta pesquisa ofereceu uma experiência que não poderia deixar de ser expressa quanto às dificuldades estruturais encontradas, espaços apertados, salas sem muita privacidade, desfavorecendo em alguns momentos, um diálogo mais espontâneo com algumas ACS e a aplicação dos testes planejados.

Toda organização do trabalho, seja qual for a atividade profissional, é acompanhada de fatores que podem tanto favorecer quanto prejudicar a saúde, e o interesse que moveu a realização deste estudo foi identificar os fatores psicossociais que causam prejuízos à saúde mental do trabalhador e em consequência disso, um possível transtorno psicossomático.

Mesmo entendendo as limitações presentes, percebeu-se a necessidade que todas as trabalhadoras sentiam em falar sobre o seu trabalho e as emoções presentes no seu dia-a-dia, o que não impediu a construção de um material enriquecedor sobre o mundo do trabalho na percepção das ACS. Essas percepções foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora que, neste

processo, adentrou um pouco mais neste mundo. Como resultado já apresentado, até o momento configurou-se em dois artigos científicos.

Na intenção de identificar possíveis transtornos mentais advindos do trabalho, como estresse, depressão e síndrome de *burnout*, optou-se pela aplicação dos testes psicológicos específicos para diagnosticar tais problemas, o que deu mais substância às investigações. Esse material foi aplicado em 41,6% das participantes da pesquisa e surpreendentemente, não foram identificados resultados positivos para qualquer dos transtornos, o que, após reflexão sobre esses dados, decidiu-se por mudar a rota e procurar encontrar os outros caminhos que estes resultados estavam indicando.

Na busca de respostas para essa indagação, retornou-se a uma leitura minuciosa dos dados coletados, incorrendo às teorias de Dejours sobre a psicodinâmica do trabalho e suas explicações sobre as ideologias defensivas proporcionando a chave para a porta que levaria o percurso de pesquisa ora apresentado.

Com isso, este estudo mostra que apesar dos sentimentos de desvalorização, das frustrações causadas pela impotência na resolução de muitos dos problemas das famílias atendidas, pelas vivências de insegurança e medo dentre outros fatores que poderiam desencadear um desequilíbrio emocional, as ACS compartilham de algumas das estratégias defensivas na tentativa de manter a integridade emocional e mascarar o enfrentamento do real o que não se pode negar o prejuízo que poderá futuramente, trazer à saúde dessas trabalhadoras.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adentrar no mundo do trabalho das ACS foi uma prática instigante que gerou questionamentos diante de uma contradição da realidade dessas trabalhadoras que, pelas atribuições do seu trabalho devem zelar pela saúde das pessoas e famílias atendidas no seu território, incluindo a saúde do trabalhador.

No primeiro momento, foram levantados questionamentos sobre as tecnologias de trabalho utilizadas pelas ACS, o acolhimento para a produção do vínculo e, sobretudo, qual é a percepção dessas trabalhadoras sobre essas ferramentas de trabalho acrescentando a condição de morar no mesmo bairro das famílias atendidas por elas. Vale ressaltar que o vínculo nunca é unilateral e só se estabelece se houver a troca pessoal que influencia diretamente a formação da identidade das pessoas envolvidas neste processo relacional. As ACS reconhecem a importância do vínculo para o desenvolvimento do seu trabalho, contudo, identificaram-se relatos de desconforto pela perda da privacidade dessas trabalhadoras que se deparam com a vida pessoal e familiar sendo invadidas pelos usuários que, na percepção das Agentes Comunitárias de Saúde, não compreendem o vínculo como ferramenta de trabalho, por vezes, as relações produzidas com essa tecnologia, se misturam entre emoções e trabalho, provocando uma vulnerabilidade da identidade da ACS.

Na sequência, a análise do discurso, permitiu uma compreensão melhor acerca das percepções das ACS sobre a organização do trabalho, suas atribuições e condições presentes no trabalho e nas relações sociais construídas como importantes fatores psicossociais. Nesses relatos, foram encontrados sentimentos de desvalorização e frustração que circulam sobre a estrutura social e condições físicas de trabalho.

Em suma, os resultados desta pesquisa permitiram oferecer respostas que dialogam com as hipóteses propostas, instigando um olhar crítico e a produção de futuras reflexões sobre este tema.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALBINO, T. **Sentimento de Pertença nas organizações**: Contornos teóricos. Seminário de Comunicação, Medias e Estudos Organizacionais, 2011.
- ALBUQUERQUE, A.S. **"Bem-estar subjetivo e sua relação com personalidade, coping, suporte social, satisfação conjugal e satisfação no trabalho."** 2004. Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, Brasil, 2004.
- ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem Psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- ARAÚJO, M.F.S, *et al.* O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa-PB*. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais-CAOS**, 2005; 9:1-15.
- ARAÚJO, C.; ROLO, D. Apresentação do dossier temático: Psicodinâmica e psicopatologia do trabalho. **Laboreal**, 2011;7, (1), 10-12. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582235338944745462>. Acesso em: 12 fev. 2017.
- ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAUJO E. Estress ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciênc. saúde colet.**, 2013.;8(3):991-1003.DOI:10.1590/ S1413-81232003000400021
- ÁVILA, M.M.M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde colet.**, 2007.v.30.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde colet.**, 2001; 6(1):63-72.
- BACHILI, R.G.; SCAVASSA, A.J.; SPIRI, W.C. A identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. Saúde colet.**, 2008;13(1):51-60.
- BÁRBARO, A.M. *et al.* Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. **SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas**, 2009; Vol. 5, Núm. 2, pp. 1-16.Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80313060007>. Acesso em: 21 fev. 2015.
- BARROS, P.C.R; MENDES, A.M.B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico-USF**, 2003; v. 8, n. 1, p. 63-70, Jan./Jun.
- BAUMANN, N.; KASCHEL, R.; KUHL, J. Striving for unwanted goals: stress-dependent discrepancies between explicit and implicit achievement motives reduce subjective well-being and increase psychosomatic symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, 2005 Washington, v 89, n 5, p. 781-799.

BECK, T. A.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. Manual for Beck Depression Inventory II. San Antonio, TX: **Psychological Corporation**, 1996.

BECK, T. A.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of general psychiatry**, 1961;4, 561-571.

BECK, T.A.;STEER, A. R.;BROWN G. K. **BDI-II – Inventário de Depressão de Beck**. Casa do Psicólogo, 1ª Edição, 2012.

BEEHR, T. A. Research on occupational stress: An unfinished enterprise. **Personnel Psychology**,1998;51(4), 835-844.

BERNARD, B.P. **Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors**: A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back. Cincinnati, OH: U.S, 1997.

BLEGER, J. **Psico-higiene e Psicologia Institucional**. Editora Artes Médicas, Porto Alegre,1984.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Qualitative research education**. An introduction for theory and methods. 3 th ed. Boston: Allynand Bacon, 1998.

BOSI, E. **Simone Weil**: a condição operária e outros estudos sobre a opressão. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1996.

BRASIL. **Doenças relacionadas com o trabalho**: diagnóstico e condutas: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2002; 11 jul.

BRASIL. Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho** - manual de procedimento para os serviços de saúde. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde**:um pacto tripartite. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 84.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **CBO – Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília, 2010; p. 773-4.

BREDE, K. **Sozioanalyse Psychosomatischer storungen**. Frankfurt: Athenaum, 1972.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Cienc Cuid Saude**, 2008; Abr/Jun; 7(2):232-240.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de stress nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Am Enfermagem**, 2004; jan./fev. 12 (1): 14-21.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde colet.**, 2010; 15(Supl. 1):1509-1520.

CARLI, R; COSTA, M.C; SILVA, E.B; RESTA, D.G; COLOMÉ, I.C.S. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto Contexto Enferm**, 2014; 23(3):626-32.

CARLOTTO, M. S., CÂMARA, S. G. Análise da Produção Científica sobre a síndrome de Burnout no Brasil. **Revista Psico**, 2008; v. 39, n. 2, pp. 152-158.

CAVALHEIRO, G.; TOLFO, S.R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **Psico-USF**, 2011 v. 16, n. 2, p. 241-249.

CHEAVEGATTI, D. **Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da coordenadoria de saúde centro-oeste do município de São Paulo**. 2008. Mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2008.

CHIAVEGATO, L.G. J.; NAVARRO, V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Revista Pegada**, 2012; v.13, n. 2.

CHIAVENATO, I. **Iniciação à teoria das organizações**. Barueri, SP: Manole, 2010.

CIAMPA, A.C. **A estória do Severino e a história da Severina**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

- CIAMPA, A.C. Identidade. In: Lane STM & Codo W (Orgs.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- CODO W. Relações de trabalho e transformação social. In: Lane STM & Codo W (Orgs.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- COSTA, N.C.G; SPINELI, M.A.S. O 'ser' agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família. **Saúde em debate**, 2011; 35:353-62.
- COSTA, L.S.; SANTOS, M. Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho: Lições Aprendidas e Novos Caminhos. **International Journal on Working Conditions**, 2013 No. 5.
- COSTA, N. A. M., O campo da pesquisa qualitativa e o método do discursos subjacente (MEDS). **Psicol. Refl. Crít.**, 2007 20 (1), 65- 73.
- COX, T; RIALGONZÁLES, E. Work-related stress: the european picture. **Magazine** (European Agency for Safety and Health atWork), 2002;(5):4-6.
- 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 colet.**, 2005; 10(2).
- CUNHA, E.G; MAZZILLI, C.P. A gestão do medo: o mal como instrumento de gestão na ótica da psicodinâmica do trabalho. **Revista da ABET**, 2005; V. V, NQ2, jul/dez; 69:96
- D'ACRI, V. Trabalho e saúde na indústria têxtil de Amianto. **Sao Paulo em Perspec.**, 2003; 17(2): 13-22.
- DEJOURS, C. **Souffrance et plaisir au travail: Approche par la psychopathologie du travail**. In: Dejours, C. (org.). Plaisir et souffrance dans le travail. Séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail, Paris: Ed. de l'AOCIP, 1987; Tome I; 15-24.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez; 6ª Edição, 2015.
- DEJOURS, C. **Travail: Usure mentale. De la psychopathologie à La psychodynamique Du travail**. Paris: Bayard, 1993; 141.
- DEJOURS C. **Uma nova visão do sofrimento humano no trabalho**. In: J. F. Chanlat (Org.). O indivíduo na Organização: Dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996; 151-75.
- DEJOURS, C. **Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: FGV, 1999.
- DEJOURS, C. **Banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2011.

DEJOURS, C. Addendum – da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S, Sznelwar L, organizadores. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília/Rio de Janeiro: Paralelo15/Fiocruz, 2004. p.47-104.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação de prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DRUSS, B. G.; ROSENHECK, R. A; SLEDGE, W. H. Health and disability costs of depressive illness in a major US corporation. **American Journal of Psychiatry**, 2000;157, 1274-1278.

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

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V.; ANDRADE, S.M.O. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc. São Paulo**, 2009; v.18, n.4, p.620-626.

ENGEL, G.L. **The conception psychosomatic disorder**. Oxford, 1967; v 11, n 1. FARBER, B. A. **Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher**. São Francisco: Jossey-Bass Inc., 1991.

FERNANDES, S.R.P. Transformações no mundo do trabalho e a saúde psíquica: a ótica do estresse ocupacional. **Organ. Soc.**,1999;6(16), 67-75.

FERREIRA, V.S.C; ANDRADE, C.S; FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009; 25(4):898-906.

FONSECA, I.S.S; ARAÚJO, T.M; BERNARDES, K.O; AMADO, N. Apoio social e satisfação no trabalho em funcionários de uma empresa de petróleo. **Psicologia para América Latina**, 2003;25, 43-56.

FRANÇA, A.C.L; RODRIGUES, A.L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas; 1999.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 1999; 2(15):345-53.

FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro, Imago, XXI, p.174, 1974.

FREUD, S. **O mal estar na civilização**; Rio de Janeiro; Imago, 2002.

GANEM, V. Relato de uma experiência de terreno de intervenção em psicodinâmica do trabalho (PDT). **Laboreal**, 2011;7, (1), 68-75. Retirado de <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582235338949985532>. Acesso em: 15 jan. 2017.

- GOLLAC, M; BODIER, M. **Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser** (Relatório do Collège d'Expertise sur le Suivides Risques Psychosociaux du Travail), 2011. Disponível em: <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/rapport-final,fr,8,59.cfm.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2015.
- GOMES, M.C.P.A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, 2005; 9(17): 287-301.
- GONZAGA L. A.; BARBOSA A. G. **Características do Maslach Burnout Inventory-MBI quando submetido à análise fatorial**, 2003.
- GRISCI, C.L.I. **Trabalho Imaterial**. In A. D. Cattani & L. Holzmann (Eds.), Dicionário de trabalho e tecnologia. Porto Alegre, RS: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.
- GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUÉLEN, A. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.
- HABERMAS, J. **Pensamentos pós-metafísico**: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
- HELOANI, J. R., CAPITÃO, C.G. Saúde mental e psicologia no trabalho. **Sao Paulo em Perspec.**, 2003; 17(2), p. 102-108.
- HENNE, D.; LOCKE, E.A. Job dissatisfaction: what are the consequences? **International Journal of Psychology** 1985; 20, 221-240.
- IBGE. **Estimativa de população para 1º de Julho de 2016**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm. Acesso em: 17 fev. 2017.
- IMBRIZI, M.J.; AGUIAR, F.B.T.; FAJARDO, A.; HIRATA, J.H.B.; KAWAGOE, K.; MIYAURA, A.K. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2012; 15(1):153-69.
- INOCENTE, N. J.; CAMARGO, D. A. De. Contribuições para o diagnóstico da depressão no trabalho. Em L. A. M. Guimarães & S. Grubits (Orgs.). **Série saúde mental e trabalho**, 2004;(vol. III.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Psychosocial factors at work: recognition and control**. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session, Geneva, 18-24 September, 1984. Geneva; 1986.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, 2009; 13(28):123-35.

JEX, S. M. **Stress and job performance**. London: Sage Publications, 1998.

JONES, F.; KINMAN, G. Approaches to studying stress. Em F. Jones & J. Bright (Orgs.), **Stress: Myth, theory and research** (pp. 17-45). England: Prentice Hall, 2001.

KALIMO, R; EL-BATAWI, M.A; COOPER, C.L. **Los Factores Psicossociales em eltrabajo y su relacion com La salud**. Organizacion Mundial de La Salud. Genebra, 1988.

KARASEK R. El modelo de demandas/control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estres y desarrollo de comportamientos activos in factores psicossociales y de organización. In Enciclopédia de Salud y Seguridad en el Trabajo, 2002. Recuperado em 10 abril, 2009, de <http://mtas.es/insht/EncOIT/index.htm>

KESSLER, R. C.; GREENBERG, P. E.; MICKELSON, K. D. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 2001; 43, 218-225.

KONDER L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

LAFER, B.; ALMEIDA, P.; FRÁGUAS, R. JR.; MIGUEL, E. C. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

LAKATOS, E.M. ; MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisa**. 3a edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LANE, S.T.M. O processo grupal. In: Lane STM & Codo W (Orgs.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004; 20(1):197-203.

LIMA MEA, **Escritos de Le Guillant**: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Prefácio Yves Clot; Posfácio Wanderley Codo. Tradução de Guilherme Teixeira. Petrópolis, RJ; Vozes, 2006

LIPP, M.E.N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LIPP, M.E.N. **Inventário de Stress para adultos**. Casa do Psicólogo, 3ª edição, 2005.

- LOPES, D.M.K. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. Santa Maria, RS, 2010. 110p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, 2010.
- LÓPEZ, P.P.; LIMA, R.C.; MATHIEU, G. La intervención con adolescentes y jóvenes en laprevención y promoción de lasalud. **Rev Esp Salud Publica**, 2002; 5:577- 84.
- LUKÁCS, G. Per una Ontologia dell'essere sociale. Prolegomeni all'ontologia dell'essere sociale. Volume I, editora Pgreco, 2012.
- LUDERMIR, A.B.; MELO, D.A. Filho. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**. 2002; 36(2):213-21.
- LUNARDELO, S.R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto-São Paulo**. 2004. Mestrado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2004.
- MACHADO, H.V. A Identidade e o Contexto Organizacional: Perspectivas de Análise. **Rev. adm comtemp**, 2003:51-73.
- MARQUES, A.K.M.C.; LANDIM, F.L.P.; COLLARES, P.M.; MESQUITA, R.B. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciênc. saúde colet.**, 2011; 16(Supl. 1), 945-955.
- MARTINES, W.R.V.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Ver Esc Enferm USP**, 2007; 41(3):426-33. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 18 Ag. 2016.
- MARX, K.; ENGELS, F. **Obras escogidas**. URSS: Ed. Progreso Móscu, 1978.
- MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2004.
- MASLACH, C. Job burnout: How people cope. **Public Welfare**, 1978;8, 56-58.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. Maslach Burnout Inventory. (research manual, second edition). **Consulting Psychologist Press**: Palo Alto, 1986.
- MASLACH, C. Job burnout: How people cope. **Public Welfare**, 8, 56-58, 2008.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. The future of burnout. In W. B. Schaufeli, C., Maslach& T. Marek (Orgs.). **Professional burnout: Recent developments in theory and research** (pp. 253-59). New York, Taylor & Francis, 1993.
- MCREYNOLDS, P. Diagnosis and clinical assessment: current status and major issues. **Annual Review of Psychology**, 1989; 40, 83-108.

MEANING OF WORK INTERNATIONAL RESEARCH TEAM. **The meaning of working**. London: Academic Press. 1987.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol., Ciênc. Prof. (impr.)**, 1995; p. 34-8.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997; p.71.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface (Botucatu)**, 2000.

MERLO, A.R.C. **Psicodinâmica do trabalho**. Saúde Mental & trabalho: leituras. Organizadores: Maria da Graça Jaques; Wanderley Codo. Editora Vozes. Petrópolis, 2002.

MEYER, L. **Família, dinâmica e terapia**: uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.

MIRANDA, S.F. Identidade sob a perspectiva da psicologia social crítica: revisitando os caminhos da edificação de uma teoria. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, 2014; v. 5 - n. 2, p. 124-137.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. Formação do Vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa unidade básica de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 2009;43(2):358-64.

MONTMOLLIN, M. **L'ergonomie**. Paris: Editions La Decouverte, 1986.

MORAES, A., MONT'ALVÃO, C. R. **Ergonomia**: conceitos e aplicações Metodologia Ergonômica. Rio de Janeiro :iUsEr, 2003 p.139.

MOREIRA, D.S.; MAGNAGO, R.F.; SAKAE, T.M.; MAGAJEWSKI, F.R.L. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2009 vol.25 no.7: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700014>. Acesso em: 02 Jan. 2016.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 2001;41(3), 8-19, jul/set.

MORIN, E. M., TONELLI, M. J., PLIOPAS, A. L. V. O trabalho e seus sentidos. In: **Encontro Nacional dos Programas de Pós Graduação**, 2003; 27.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C.R.S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, 2008; 24(6).

NEIMEYER, R. A.; FEIXAS, G. Cognitive assessment in depression: a comparison of existing measures. **European Journal of Psychological Assessment**, 1992; 8(1), 45-56.

NICOLACI-DA-COSTA, A.M. O Campo da Pesquisa Qualitativa e o Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). **Psicol. Refl. Crít.**, 2007; vol. 20, núm. 1, p. 65-73. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18820109>. Acesso em: 24 jul. 2016.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: **Braz Econ Stud**, 2000.

NUNES, M.O; TRAD, L.B; ALMEIDA, B.A; HOMEM, C.R; MELO, M.C.I.C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, 2002;18(6):1639-1646.

OLIVEIRA, R.M.R. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER / DORT no centro de referência em saúde do trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES**. 2001. p. Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ do Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, R. da A. A concepção de trabalho na filosofia do jovem Marx e suas implicações antropológicas. **Kinesis**, 2010; v.II, n 03, p.72-88.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. (Coord). Organização Mundial da Saúde. (Trad. Dorgival Caetano). Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

ORLANDI, E.M. Discurso, imaginário social e conhecimento. **Em Aberto**, 1994; 14(61):53-59.

PARANHOS, M.E.; ARGIMON, I.I.L.; WERLANG, B.S.G. **Propriedades psicométricas do inventário de depressão de BECK-II (BDI-II) em adolescentes**. Avaliação Psicológica, 2010; 9(3), pp. 383-392.

PASCHOAL, T., TAMAYO, A. Impacto dos valores laborais e da interferência familiar – Trabalho no estresse ocupacional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, 2005;v. 21, n. 2, p.173-180.

PERLMAN, B.; HARTMAN, A. E. **Burnout: Sumary and future research**. Human Relations, 1982; 35, 4, 283-305.

- RANGEL, F. B.; GODOY, C. K. Sintomas psicossomáticos e a organização do trabalho. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, 2009; v.11, n.33, p. 404-422.
- REIS, A.L.P.P; FERNANDES, S.R.P.; GOMES, A.F. Estresse e Fatores Psicossociais. **Psicol., Ciênc. Prof. (impr.)**,30(4), 712-725, 2010.
- RIBEIRO, S.F.R. **Sofrimento Psíquico e Privacidade do Agente Comunitário de Saúde**. 2011. Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas-São Paulo, 2011.
- RIVIÉRE-PICHON, E. **Teoria del vínculo**. Colección Psicología Contemporánea. Buenos Aires, 1980.
- RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde colet.**, 2008; 13(1):23-34.
- ROSENZWEIG, S. Aggressive behavior and Rosenzweig Picture-Frustration (P-F) study. **Journal of Clinical Psychology**, 1976; 32(4), 885-891.
- SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saude Publica**, 2008;42(3):464-70.
- SAUTER, S.L.; HURRELL, J.J.J.; MURPHY, L.R.; LEVI, L. "Factores Psicosociales." MAGER Jeanne. **Enciclopedia de Salud y Seguridad em El Trabajo**. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo 2012; 34:2.
- SEIDMAN, I. **Interviewing as qualitative research**: A guide for researchers in education and the social sciences, 1998;(2nd ed.). [New York]:Teachers College Press.
- SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cad. Saúde Pública**, 1997; 13(Supl. 2):95-109.
- SILVA, R.V. B.; STELET, B. P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Do elo ao laço: O agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In Pinheiro R; Mattos R A (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. HUCITEC: ABRASCO, 2004; 75-90.
- SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 290 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Publica. Departamento de Pratica de Saúde Publica. São Paulo, 2001.
- SORRI. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em:http://www.sorribauru.com.br/site/conteudo/205633-estrategia-saude-da-familia.html?menu_id=35. Acesso em: 17 fev. 2017.

-
- SOUZA FILHO, M. L.; BELO, R. & GOUVEIA, V.V. Testes Psicológicos: Análise da Produção Científica Brasileira no Período 2000-2004. **Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.)**, 2006;26 (3), 478-489.
- SOUZA, S. F.; CARVALHO, F.M.; ARAÚJO, T.M.; PORTO, L.A. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Rev Saúde Pública**, 2010;44(4):710-7.
- SVARTMAN, B.P. Trabalho e desenraizamento: um estudo sobre o sofrimento psicossocial gerado pela organização do trabalho fabril. **Psic. Rev. São Paulo**, 2011; volume 20, n.2, 221-244.
- TAMAYO, M.R.; TROCCOLI, B.T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de Psicologia**, 2002; 7(1), 37-46.
- TEIXEIRA, S. A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho. **Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.**, Belo Horizonte, 2007; v.46, n.76, p.27-44.
- TEODORO, M.L.M.; CARDOSO, B.M.; FREITA, S A.C.H. Afetividade e Conflito Familiar e sua Relação com a Depressão em Crianças e Adolescentes. **Psicol. Refl. Crít.**, 2010; 23(2):324-333.
- TEXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: **IMS-UERJ**, 2003. p.89-112.
- TOLFO, S. R.; PICININI, V. "Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros". **Psicol. Soc.**, 2007;19, Edição Especial 1: 38-46.
- TRAD, L.A.B. Problematizando a interação entre profissionais de saúde e famílias no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, 1999; 2:103-106.
- TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seu objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, 2005;39 (3): 507-14.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP**: partel (ABNT). Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, coordenadora ; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, et al, 2016; 3.ed. rev. ampl. mod.: São Paulo; 100p. (Cadernos de estudos ; 9)
- VAN KOLCK, O. L. **Técnicas de Exames Psicológicos e suas Aplicações no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1974.
- VASCONCELOS, A.; FARIA, J.H. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicol. Soc.**, 2008; 20 (3): 444-452.

VINCENT, K. R. **The full battery codebook: a handbook of psychological test interpretation for clinical, counseling, rehabilitation, and school psychology.** Norwood, N.J.: Ablex, 1987.

WAI, M.F.P.; CARVALHO, A.M.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev enferm UERJ**, 2009; 17:563-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the first WHO interdisciplinary workshop on psychosocial factors and health.** Stockholm, October 1976; 11-15; Geneva; 1976.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. PRIMA-EF: **Guidance on the European framework for psychosocial risk management:** a resource for employers and worker representatives. Geneva, 2008;(Protecting workers' Health Series, 9).

ZOURABICHVILI, F. O Vocabulário de Deleuze. Digitalização e disponibilização da versão eletrônica:**lfch-unicamp**,2004,Disponível em http://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-vocabulario-francois_zourabichvili.pdf. Acesso em: 22 Jul. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS ACS

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

CATEGORIA 01	
CARACTERÍSTICA DO PROFISSIONAL	
1-	Qual é a sua idade?
2-	Há quanto tempo você é Agente Comunitário de Saúde?
3-	Qual o seu dia de descanso?
4-	O que faz no seu tempo livre? (Quando não está trabalhando)
5-	Já fez ou faz algum acompanhamento médico?
6-	Você tem privacidade em sua casa ou em andar pelo seu bairro quando não está a trabalho?
7-	Você participa dos eventos da sua comunidade?
CATEGORIA 02	
CONCEPÇÃO QUE O PROFISSIONAL TEM DA SUA ATUAÇÃO	
8-	Você consegue exercer todas as atribuições do ACS?
9-	Qual a maior dificuldade enfrentada no seu trabalho?
10-	Você se realiza no trabalho que faz?
11-	O que te realiza neste trabalho?
12-	Como as pessoas demonstram satisfação?
13-	Como as pessoas demonstram insatisfação?
14-	Como você percebe a importância do seu trabalho?
CATEGORIA 03	
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	
15-	Você sente que está seguro em seu trabalho?
16-	O que acha do local em que trabalha?
17-	Precisa tomar decisões quando está realizando o seu trabalho?
18-	Tem conseguido atender a todas as famílias sob sua responsabilidade?
19-	Está conseguindo fazer os atendimentos com qualidade?
20-	Quando tem uma dificuldade no trabalho, você conversa com alguém?
21-	Existe competição entre seus pares?
22-	Há um ambiente de respeito e cooperação?
23-	Você solicita ao seu superior uma avaliação do seu trabalho?
24-	Aceita quando o seu superior faz uma avaliação do seu trabalho orientando-o de como deve ser feito?
25-	Há algo a mais que você gostaria de falar sobre seu trabalho?

APÊNDICE B – TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Departamento Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

Venho convidá-lo a participar da pesquisa, com o título “O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Uma análise sob o ponto de vista psicológico” e que será desenvolvida com o objetivo de identificar os estados psicológicos de trabalhadores que atuam na Estratégia Saúde da Família.

A sua participação acontecerá em duas etapas onde a primeira será a entrevista individual que terá duração de 60 minutos e a segunda etapa, que será marcada em outro dia, você irá responder a três testes com duração de 45 minutos. Esta pesquisa será realizada nas dependências da unidade Estratégia Saúde da Família em dias e horários previamente agendados.

Os benefícios esperados são o de conhecer sua situação quanto ao estresse e depressão. Não há riscos à saúde física do entrevistado. Alguns possíveis desconfortos envolvem a ansiedade por conversar sobre este assunto. Se a entrevista ou os testes lhe causarem desconforto, eles serão interrompidos.

Após a avaliação dos resultados será realizada uma devolutiva ao participante e caso haja necessidade, será feito o encaminhamento para os serviços de saúde de referência do município.

Você poderá, a qualquer momento, recusar-se a participar do estudo e, se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo.

A sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outra informação serão mantidos em sigilo. Os resultados deste estudo serão publicados para divulgação em meio científico, mas com a segura garantia de que não será revelada qualquer identidade e que todas as informações serão confidenciais, o que não oferecerá riscos a sua dignidade, nem a saúde física ou emocional.

Você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não haverá quaisquer despesas para a sua participação nesta pesquisa.

Se houver algum dano à sua saúde decorrente da sua participação nesta pesquisa, você tem a garantia de indenização após a comprovação do dano.

Ficam a Prefeitura Municipal de Bauru e a Secretaria Municipal da Saúde, isentas de quaisquer responsabilidades sobre a presente pesquisa.

Para esclarecimentos ou qualquer dúvida sobre esta pesquisa, favor entrar em contato com:

Pesquisadora responsável: Andrea Luiza Escarabelo Sotero

E-mail: andrea.sotero@usp.br

Telefone: (14) 99794-4366

Para reclamações ou denúncias sobre esta pesquisa, entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP:

Endereço: Alameda Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Bauru – SP.

E-mail: cep@fob.usp.br

Telefone: (14)3235-8356

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

_____,
portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Resolução CFP 016/2000, Art.4º do código de ética do psicólogo). Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, comprometo-me a cumprir todas as exigências contidas no item IV.3 e IV.4 (se pertinente) da resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da pesquisa

Andrea Luiza Escarabelo Sotero
Pesquisadora

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP – Prédio da Pós-Graduação (bloco E – pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das 13h30 às 17 horas, em dias úteis.

Alameda Dr. Otaviano Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901

Telefone/FAX (14)3235-8356

e-mail: cep@fob.usp.br

ANEXOS

ANEXO A **PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fone: (014) 3104-1474/ 3104-1475

Email: saude@bauru.sp.gov.br

Bauru, 01 de dezembro de 2014

Ofício e-doc.nº 80.395 /2014

Senhora Coordenadora,

Como parte da documentação solicitada por este Colegiado para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, declaramos estar ciente da realização da pesquisa **“O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma análise sob o ponto de vista psicológico”** de autoria de Andrea Luiza Escarabelo Sotero, sob orientação da Profª Drª Nilce Emy Tomita, nas dependências das unidades de saúde da família, pertencente à esta Secretaria Municipal de Saúde, bem como do compromisso de cumprir as exigências contidas na Resolução CNS Nº 466, de 12.12.12.

O trabalho só poderá ser iniciado em nossas instalações, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da FOB-USP.

Atenciosamente,

Dr. José Fernando Casquel Monti
Secretário Municipal de Saúde de Bauru

Ilma Srª

Profª Drª Izabel Regina Fischer Rubira de Bullen

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FOB- USP

ANEXO B

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma análise sob o ponto de vista psicológico

Pesquisador: Andrea Luiza Escarabelo Sotero

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42928715.1.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.009.484

Data da Relatoria: 25/03/2015

Apresentação do Projeto:

O agente comunitário de saúde (ACS) é um trabalhador que atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, foi efetivado na cidade de Bauru, Estado de São Paulo, em junho de 2000 e atualmente há 78 ACS atuando no município, distribuídos em 07 unidades de Estratégia Saúde da Família. Assim, esta pesquisa tem como objetivo identificar os aspectos psicológicos associados ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde- ACS, conhecer a organização do trabalho do ACS, compreender a percepção dos ACS sobre o seu trabalho, identificar algumas das dificuldades psicológicas e analisar como o processo de trabalho influencia o ACS sob o ponto de vista psicológico. Serão entrevistados e responderão aos testes 33% dos ACS de cada equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando 26 participantes e a seleção será por sorteio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os aspectos psicológicos associados ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Objetivo Secundário:

- Conhecer a organização do trabalho do ACS.- Identificar a percepção dos ACS sobre o seu

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

CONTINUA

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 1.009.484

trabalho.- Identificar algumas das dificuldades psicológicas.

- Analisar como o processo de trabalho influencia o ACS sob o ponto de vista psicológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Não há riscos à saúde física do entrevistado. Alguns possíveis desconfortos envolvem a ansiedade por conversar sobre o assunto no momento da entrevista.

Benefícios:

Os benefícios esperados são: que o trabalhador possa conhecer sua situação quanto ao possível estresse e depressão relacionados ao seu trabalho e poder com isso, buscar ajuda profissional contribuindo para o seu desenvolvimento humano.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos pertinentes foram apresentados corretamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista a apresentação de todos os documentos de forma correta (inclusive o TCLE e o Termo de Aquisição), sou de parecer favorável a aprovação do projeto de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 25.3.2015, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

CONTINUA

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 1.009.484

pertinentes.

BAURU, 02 de Abril de 2015

Assinado por:
Izabel Regina Fischer Rubira Bullen
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: oep@fob.usp.br

ANEXO C

Publication of Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz
On-line version ISSN 1678-4464

Âmbito e política

Cadernos de Saúde Pública publica artigos originais de alto mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a CSP publica somente sua versão on-line, em um sistema contínuo de publicação de artigos em periódicos indexados na base de dados SciELO. Recomendamos que os autores leiam atentamente as instruções antes de submeterem seus artigos ao CSP.

Como o resumo do artigo alcança mais visibilidade e distribuição que o artigo per se, sugerimos que as recomendações específicas para a sua escrita sejam lidas atentamente. (**Link resumo**) .

Não há taxas para a submissão e avaliação de artigos.

O Journal adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Cada manuscrito é revisto preferencialmente por pelo menos três consultores da área de especialização do estudo e que estão afiliados a instituições de ensino e / ou pesquisa brasileiras ou estrangeiras e têm resultados comprovados de pesquisa científica. Na sequência das devidas correções e possíveis sugestões, o artigo é aceite se tiver recebido pelo menos duas revisões favoráveis e rejeitado no caso de duas ou mais revisões desfavoráveis.

O autor mantém direitos autorais do trabalho, dando a publicação em Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e apresentação dos manuscritos

Recomendamos que os autores leiam atentamente as seguintes instruções antes de enviarem seus manuscritos para a CSP.

1. O CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 - Perspectivas: análise de temas convergentes, de interesse de curto prazo e de importância para a Saúde da População (máximo de 1.600 palavras);

1.2 - Debate: análise de temas relevantes no campo da Saúde Pública, seguidos de comentários críticos feitos por autores convidados pelos Editores e resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Seção Temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos ou um pequeno debate sobre um tema comum relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para esta Seção devem consultar os Editores;

1.4 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas relacionados à Saúde Pública, no máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deve ter seu protocolo

publicado ou registrado em um registro de revisões sistemáticas, tais como PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); As revisões sistemáticas devem ser enviadas em inglês (leia mais - [LINK 3](#));

1.5 - Ensaio: texto original onde um argumento sobre um tema bem circunscrito é desenvolvido e pode ter até 8.000 palavras (leia mais - [LINK 4](#));

1.6 - Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos focados na discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja sobre o desenho do estudo, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); Artigos sobre instrumentos de medição epidemiológica devem ser submetidos a esta Seção, de preferência de acordo com as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 - Artigo: resultado de pesquisas de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentre os diferentes tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo sobre pesquisa etiológica em epidemiologia ([LINK 1](#)) e artigo usando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 - Comunicação Breve: relato de resultados preliminares de pesquisa, ou resultados de estudos originais que podem ser apresentados abreviados (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Cartas: crítica do artigo publicado em uma edição anterior do CSP (no máximo 700 palavras);

1.10 - Resenhas de livros: revisão crítica de livros relacionados ao campo do CSP, publicados nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Apresentação de manuscritos

2.1 O CSP só considera a publicação de manuscritos originais, anteriormente não publicados, que não estejam sendo revistos simultaneamente para publicação em outra revista. Os autores devem declarar estas condições no processo de submissão. Caso a publicação anterior ou a submissão simultânea a outra revista seja identificada, o artigo será rejeitado. A submissão duplicada de um manuscrito científico constitui uma grave violação da ética pelo (s) autor (es).

2.2 As inscrições são aceitas em português, espanhol ou inglês.

2.3 Não serão aceitas notas de rodapé, notas de fim de página e anexos.

2.4 A contagem de palavras inclui apenas o corpo do texto e referências (ver item 12.13).

2.5 Todos os autores de artigos aceitos para publicação serão automaticamente incluídos na base de dados de consultores da revista e os autores concordam em participar como revisores pares de artigos submetidos sobre o mesmo tema.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Os manuscritos que apresentem resultados parciais ou completos de ensaios clínicos devem incluir o número eo nome da agência ou organização onde o ensaio clínico está registrado.

3.2 Este requisito está em conformidade com as recomendações da BIREME / OPAS / OMS sobre Registro de Ensaios Clínicos a serem publicadas com base nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 Agências e organizações que registram ensaios clínicos de acordo com os critérios do ICMJE incluem:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomized Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)

- Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da OMS (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem divulgar todas as fontes de financiamento ou apoio institucional ou privado para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos livres ou de desconto devem ser divulgados como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 Se o estudo foi realizado sem financiamento institucional e / ou privado, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu qualquer financiamento.

5. Conflitos de interesses

5.1 Os autores devem divulgar quaisquer potenciais conflitos de interesse, incluindo interesses políticos e / ou financeiros associados a patentes ou propriedades e fornecimento de materiais e / ou insumos e equipamentos utilizados pelo fabricante no estudo.

6. Autores

6.1 Devem ser especificadas as contribuições individuais dos diversos autores para a elaboração do artigo.

6.2 Ressaltamos que os critérios de autoria devem basear-se nos requisitos uniformes do ICMJE que estabelecem o seguinte: o reconhecimento da autoria deve basear-se em contribuições substanciais para o seguinte: 1. concepção e desenho, aquisição de dados ou análise e interpretação de dados; 2. redigir o artigo ou revisá-lo criticamente por conteúdo intelectual importante; 3. aprovação final da versão a publicar; 4. Acordo para ser responsável por todos os aspectos do trabalho em assegurar que as questões relacionadas com a precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho são devidamente investigados e resolvidos. Os autores devem satisfazer todas as quatro condições.

7. Agradecimentos

7.1 Reconhecimentos potenciais incluem instituições que de alguma forma permitiram ou facilitaram a pesquisa e / ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não conseguiram cumprir os critérios de autoria.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem pela primeira vez no texto. Devem ser identificados por algarismos arábicos (ex .: Silva ¹). As referências citadas devem ser listadas no final do artigo, em ordem numérica, seguindo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]. Referências como notas de rodapé ou notas finais não serão aceitas. As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir da última referência citada no texto.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas na forma correta e completa. A veracidade das informações contidas na lista de referências é da responsabilidade do (s) autor (es).

8.3 Se utilizar um software de gestão de referências (EndNote, por exemplo), os autores devem converter as referências a texto.

9. Nomenclatura

9.1 O manuscrito deve obedecer às regras da nomenclatura zoológica e botânica, bem como às abreviaturas e convenções adotadas nos campos especializados.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque (1964, revista em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000) da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, a pesquisa deve atender à legislação específica (quando existente) do país em que a pesquisa foi realizada.

10.3 Os artigos que apresentem os resultados de pesquisas envolvendo seres humanos devem conter uma declaração clara desse cumprimento (esta declaração deve ser o último parágrafo da seção Metodologia do manuscrito).

10.4 Após a aceitação do manuscrito para publicação, todos os autores devem assinar um formulário específico, a ser fornecido pela Secretaria Editorial da CSP, declarando o pleno cumprimento dos princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial do CSP reserva-se o direito de solicitar informações adicionais sobre os princípios éticos adotados na pesquisa.

11. Processo de apresentação on-line

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente através do Sistema de Revisão e Gestão de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Não serão aceitas outras formas de apresentação. As seguintes instruções completas para submissão. Em caso de dúvida, entre em contato com o sistema de suporte da SAGAS pelo e-mail: [csp- artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.3 O autor deve começar por entrar no SAGAS. Em seguida, digite o nome de usuário e a senha para acessar a área de gerenciamento de artigos restritos. Os novos utilizadores da SAGAS devem registrar-se através do link "Registrar" na página inicial. Caso você tenha esquecido sua senha, solicite que ela seja enviada automaticamente da seguinte forma: "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do SAGAS. Depois de clicar em "Register", você será direcionado para o registro SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone e instituição.

12. Enviando o artigo

12.1 A submissão on-line é feita na área de gerenciamento de artigos restritos. O autor deve acessar "Autor Central" e selecione o link "Enviar um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste em verificar as Instruções do CSP aos Autores.

O manuscrito só será considerado pelo Secretariado Editorial da CSP se cumprir todos os requisitos uniformes para publicação.

12.3 Durante a segunda etapa, todos os dados referentes ao artigo serão codificados: título, título curto, campo, palavras-chave, divulgação de financiamento e conflitos de interesse, resumos e agradecimentos quando necessário. Se assim o desejarem, os autores podem sugerir potenciais revisores (nome, e-mail e instituição) que considerem capazes de rever o manuscrito.

12.4 O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, com um máximo de 150 caracteres, incluindo espaços

12.5 O título abreviado (no idioma original) pode conter no máximo 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3, no máximo 5, no idioma original do artigo) devem aparecer na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas para as seções Book Review, Letters ou Perspectives, todas as submissões de artigos devem incluir o resumo no idioma original do artigo, que pode conter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Para ampliar o alcance dos artigos publicados, a CSP publica os resumos em português, inglês e espanhol. A fim de garantir padrões de qualidade no trabalho, oferecemos tradução livre do resumo para as línguas para publicação.

12.8 *Agradecimentos* . Os reconhecimentos de instituições e / ou indivíduos podem conter no máximo 500 caracteres com espaços.

12.9 A terceira etapa inclui o nome completo do (s) autor (es) do artigo e respectivas instituições, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como uma especificação da contribuição de cada autor. O autor que registra o artigo será automaticamente incluído como autor. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma que na publicação.

12.10 A quarta etapa é a transferência de arquivos com o corpo do texto e referências.

12.11 O arquivo contendo o texto do manuscrito deve ser formatado em DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não pode exceder 1 MB.

12.12 O texto deve ser formatado com espaçamento de 1.5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo de texto deve conter apenas o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens devem ser inseridos em campos separados durante o processo de submissão: resumos; Nome (s) do (s) autor (es), mais afiliação institucional ou qualquer outra informação que identifique o (s) autor (es); Reconhecimentos e contribuições; Ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 A quinta etapa inclui a transferência dos arquivos com as ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em um arquivo separado, clicando em " *Transferir* "

12.15 *Ilustrações*. As ilustrações devem ser mantidas ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores irão cobrir os custos das ilustrações que ultrapassam esse limite.

12.17 Os autores devem obter autorização por escrito de qualquer detentor de direitos autorais para reproduzir ilustrações publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas* . As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando uma fonte de tamanho 9. Eles devem ser enviados em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) na ordem em que aparecem no texto e devem ser citadas no corpo do manuscrito. Os dados nas tabelas devem ser inseridos em células separadas e divididos em linhas e colunas.

12.19 *Figuras* . Os seguintes tipos de figuras serão permitidos pelo CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélites, Fotografias, Diagramas de Fluxo e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser enviados em formato vetorial e os seguintes tipos de arquivos são permitidos: WMF (Windows Meta File), EPS (Encapsuled Post Script) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas originalmente gerados em formato raster ou de imagem e posteriormente exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser apresentados em formato vetorial e serão permitidos nos seguintes tipos de arquivos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows Meta File), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens e fotografias por satélite devem ser apresentadas em TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). Resolução mínima deve ser 300dpi (pontos por polegada), e largura mínima 17,5 centímetros. O tamanho máximo do arquivo é de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser enviados em arquivo de texto ou em formato vetorial e será permitida nos seguintes tipos de arquivos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Documento de texto), WMF (Windows

Metafile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) na ordem em que aparecem no texto e devem ser citadas no corpo.

12.25 Os títulos e as legendas das figuras devem ser apresentados em um arquivo de texto separado dos arquivos de figuras.

12.26 *Formato do vetor* . Um desenho vetorial é gerado com base em descrições geométricas de formas e normalmente consiste de curvas, elipses, polígonos, texto e outros elementos, ou seja, usando vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Conclusão da submissão* . Ao concluir todo o processo de transferência de arquivos, clique em "Entrega Completa"

12.28 *Confirmação de Envio* . Após a conclusão do envio, o autor receberá um e-mail confirmando a recepção do artigo pela CSP. Caso você não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial da CSP por e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br .

13. Acompanhamento do processo de revisão de artigos

13.1 Os autores podem monitorar o fluxo editorial do artigo através do sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

14. Enviar novas versões de artigos

14.1 Novas versões do artigo podem ser submetidas usando a área de gerenciamento de artigos restritos (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>) no sistema SAGAS, acessando o artigo e clicando em "Enviar Novo Versão".

15. Prova Digital

15.1 A prova digital é acessada pelo (s) autor (es) correspondente (s) através do sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. Ver a prova do artigo requer Adobe Reader ou um programa semelhante. O Adobe Reader pode ser baixado gratuitamente a partir

de: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html> .

15.2 - Para acessar a prova e as declarações digitais, o (s) autor (es) correspondente (s) deve acessar o link do sistema,

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, usando o login ea senha previamente registrados no O site do CSP. Os arquivos estarão disponíveis usando a guia "Documents", seguindo o procedimento passo-a-passo:

15.2.1 - Em "Documentos" guia, baixe o arquivo PDF com o texto e declarações: *Aprovação da Prova Digital* , *Transferência de Direitos Autorais (Publicação Científica)* e *Termos e Condições* ;

15.2.2 - *Encaminhar a prova digital e a Transferência de Direitos Autorais (Publicação Científica)* para cada um dos autores;

15.2.3 - Cada autor deve *verificar a prova digital e assinar a Transferência de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 - As declarações assinadas pelos autores devem ser digitalizadas e encaminhadas pelo autor correspondente através do sistema, na guia "Autores". Os documentos devem ser carregados nos espaços para cada autor;

15.2.5 - Informações importantes para envio de correções à prova:

15.2.5.1 - A prova digital terá linhas numeradas para facilitar a localização de possíveis correções;

15.2.5.2 - As correções feitas diretamente ao arquivo PDF não serão aceitas;

15.2.5.3 - As correções devem ser listadas na guia "Chats", especificando os números de linha e as respectivas correções.

15.3 - As declarações assinadas pelos autores e as correções devem ser enviadas

dentro de 72 horas através do sistema
(<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>).